



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 214/2018 z dnia 21 listopada 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja
lecnicza mieszkańców Gminy Lesznowola” realizowanego przez:
gminę Lesznowola**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznowola”, 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 uzupełnienie.

Wybór populacji docelowej jest zasadny, jednakże należy doprecyzować warunki włączenia do programu w odniesieniu do wskazania konkretnych schorzeń kwalifikujących do udziału w programie.

Zaplanowane interwencje korespondują z wytycznymi. Przy czym należy podkreślić, że realizacja interwencji powinna skupić się w głównej mierze na zabiegach kinezyterapeutycznych. Ponadto należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały świadczeń finansowanych w ramach NFZ u danego pacjenta. Dodatkowo w ramach działań zaplanowanych w projekcie warto rozważyć prowadzenie edukacji zdrowotnej wśród pacjentów.

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 kosztów jednostkowych poszczególnych zabiegów, planowanych do realizacji w ramach programu. W kosztorysie należy także uwzględnić monitorowanie i ewaluację programu.



Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu oszacowano na 200 000 zł, zaś okres realizacji to lata 2018-2022.

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 nie przedstawiono danych epidemiologicznych.

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 województwie mazowieckim w 2015 r. wynosił 7,1%. Biorąc pod uwagę liczebność mieszkańców w gminie Lesznówola, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością może wynosić ok. 1 844 mieszkańców.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zwiększenie dostępności mieszkańcom Gminy Lesznówola do zabiegów rehabilitacyjnych oraz poprawa jakości życia osób niepełnosprawnych poprzez przywracanie im sprawności ruchowej”. 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.

W treści projektu wskazano także 6 celów szczegółowych: „usunięcie procesów chorobowych oraz zapobieganie nawrotom i postępowaniu choroby”, „zwalczanie bólu i stanów zapalnych”, „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 rehabilitacyjna osobom przewlekle chorym z dysfunkcją narządu ruchu” oraz „zwiększenie samodzielności osób z niepełnosprawnością w zakresie narządu ruchu”. Cele programowe nie są w pełni zgodne z zasadą SMART, według której dobrze sformułowany cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Niektóre założenia szczegółowe stanowią działania, a nie rezultaty, jakie zamierza się

osiągnąć w ramach realizacji programu. Reasumując ww. cele programowe wymagają przekonstruowania.

W programie określono 4 mierniki efektywności. Wskaźniki „liczba pacjentów skierowanych do udziału w programie w poszczególnych latach” oraz „liczba wykonanych zabiegów” mogą zostać użyte w ocenie zgłaszalności do programu. Natomiast mierniki: „liczba pacjentów deklarujących poprawę zdrowia, sprawności, zmniejszenia odczuwanego bólu po leczeniu” i „liczba pacjentów deklarujących utrzymanie stałego stopnia choroby, dolegliwości przed i po zastosowaniu leczenia” będą oceniane na podstawie subiektywnych odczuć uczestników programu. Należy zwrócić uwagę, że mierniki powinny odnosić się do wszystkich założonych celów. 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. Zatem powyższy element programu wymaga doprecyzowania.

Populacja docelowa

W programie będą mogli uczestniczyć mieszkańcy gminy Lesznowola, którzy ze względu na stan zdrowia będą wymagali rehabilitacji. Zgodnie z treścią projektu na terenie gminy Lesznowola mieszka 24 390 osób (według GUS za 2017 r. – 25 976 osób), z czego w 2018 r. ok. 1 500 osób posiada orzeczenie o niepełnosprawności (6% wszystkich mieszkańców). W projekcie nie wskazano ograniczeń wiekowych dla uczestników programu.

W projekcie brak jest jasno określonych kryteriów kwalifikacji do programu, co należy uszczegółowić. Wskazano, że do rehabilitacji przystąpić będzie mógł wyłącznie mieszkaniec posiadający skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. 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. Ponadto nie wskazano, co będzie decydowało o włączeniu do programu w przypadku zgłoszenia się większej liczby chętnych, zatem powyższe kwestie należy doprecyzować.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano 10-dniowy cykl zabiegów kinezyterapii i fizykoterapii, masażu leczniczego, hydroterapii. Uczestnikowi programu przysługiwać będzie nie więcej niż 5 zabiegów dziennie. Wskazano przykładowe rodzaje zabiegów oraz określono czas ich trwania oraz rodzaj sprzętu, który będzie wykorzystywany w ramach wykonywania ww. zabiegów. Wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych w ramach programu będzie odbywało się według zaleceń i wskazań lekarskich.

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.

Zatem zaplanowane działania znajdują odzwierciedlenie w ww. wytycznych klinicznych. Przy czym należy podkreślić, że realizacja interwencji powinna skupić się w głównej mierze na zabiegach kinezyterapeutycznych.

Należy podkreślić, że zaplanowane interwencje znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, zatem istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń. Z zapisów projektu wynika, 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.

W ramach zaplanowanych działań warto rozważyć przeprowadzenie edukacji zdrowotnej wśród pacjentów – wskazać formę działań, zakres tematyczny, czas trwania i częstotliwości spotkań oraz osobę odpowiedzialną za ich przeprowadzenie.

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, że ma zostać przeprowadzona na podstawie liczby pacjentów zgłoszonych w programie. W ramach oceny zgłaszalności należy monitorować m.in.: liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie, liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów) oraz liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej.

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.

Ewaluacja programu będzie obejmowała wyniki ankiety ewaluacyjnej, wypełnianej przez pacjentów przed i po zakończeniu cyklu terapeutycznego. Należy zauważyć, że ocena ewentualnej poprawy zdrowia będzie się opierać na subiektywnych odczuciach osób uczestniczących w programie. Warto 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. Zatem powyższy element programu wymaga doprecyzowania.

Warunki realizacji

Realizatorem programu będzie podmiot, wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Przedstawiono informacje nt. personelu, wyposażenia i warunków lokalowych względem realizatora.

Projekt zawiera ogólny opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu.

Zaplanowano przeprowadzenie kampanii informacyjnej nt. programu. Jednak nie przedstawiono szczegółowych informacji w tym zakresie, co należy doprecyzować.

W projekcie odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie i wskazano, że zakończenie udziału pacjenta w programie nastąpi z chwilą zakończenia zabiegów rehabilitacyjnych i wypełnienia ankiety końcowej. W projekcie przewiduje się, że uczestnicy programu będą mieli możliwość kontynuacji świadczeń rehabilitacyjnych w ramach umowy z NFZ. 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. W projekcie nie wskazano czy pacjent będzie informowany o dalszych zaleceniach rehabilitacyjnych, co należy doprecyzować.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 200 000 zł. W projekcie oszacowano koszty jednostkowe 10-dniowego cyklu zabiegów realizowanych – w trybie ambulatoryjnym na ok. 200 zł, zaś w trybie domowym na ok. 250 zł. Jednakże nie wyszczególniono cen jednostkowych zabiegów, które będą realizowane w ramach programu, co należy uzupełnić. Powyższa kwestia uniemożliwia weryfikację poprawności ww. kosztu jednostkowego 10-dniowego cyklu zabiegów. Należy zauważyć, że przedstawiony budżet programu uniemożliwia również oszacowanie maksymalnej liczby uczestników programu. W kosztach programu uwzględniono: sprzęt (konserwacja i naprawa), medyczne środki czystości, wynagrodzenia pracowników, dojazd do pacjenta, koszty eksploatacyjne (czynsz, media) oraz koszty promocji programu. W budżecie należałoby uwzględnić również koszty monitorowania i ewaluacji programu. Program ma zostać sfinansowany z budżetu gminy.

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.441.191.2018 „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznowola” realizowany przez: gminę Lesznowola, Warszawa, listopad 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 288/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku o projekcie programu „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznowola”.