Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 252/2017 z dnia 11 września 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy realizacji interwencji rehabilitacyjnych w grupie dorosłych aktywnych zawodowo. Mimo iż zaproponowane interwencje rehabilitacyjne (kinezyterapia, fizykoterapia, masaże) stanowią świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej, to w połączeniu z działaniami edukacyjnymi, stanowią one logiczną całość i mogą stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonującego systemu. Zatem zgodnie z wytycznymi dla Europejskiego Funduszu Społecznego mogą być uznane za wykraczające poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępujące świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Należy mieć jednak na uwadze, że niektóre elementy projektu wymagają korekty.

Cel programowe nie budzą zastrzeżeń. Mierniki efektywności należy uzupełnić o wskaźniki jakościowe.

Wybór populacji docelowej uznać należy za zasadny. Należy jedynie zwrócić uwagę, że w ramach programu działaniami planuje się objąć niewielki odsetek osób kwalifikujących się do udziału, co może nie przełożyć się na widoczne efekty zdrowotne w populacji.

Zaplanowane działania stanowią interwencje rekomendowane. Zaplanowana edukacja zdrowotna jest istotnym elementem programu. W projekcie zakłada się dobieranie czasu i liczby spotkań indywidualnie dla uczestników, podobnie jak wybierane będą metody terapeutyczne, co jest podejściem poprawnym.

Rehabilitacja medyczna obejmuje świadczenia finansowane ze środków publicznych, zatem warto określić sposób postępowania umożliwiający uniknięcie podwójnego finansowania.

Monitorowanie opisano prawidłowo. W ramach ewaluacji należy zwrócić uwagę na pytania zwarte w ankiecie dla uczestnika.

Oszacowania w budżecie nie budzą większych zastrzeżeń.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 5 400 000 PLN, zaś okres realizacji to lata 2018-2021.

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 problemu zdrowotnego jakim są choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, w tym przede wszystkim: choroby zwyrodnieniowej stawów (ChZS). 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 następujące priorytety: zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego oraz rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126)

W treści projektu programu przedstawiono szczegółowy opis regionalnej sytuacji epidemiologicznej.

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy choroby stawów w roku 2014 wyniosła 584,5 tysięcy przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 1538,0. W województwie małopolskim zapadalność rejestrowana na 100 tysięcy ludności na choroby stawów wyniosła 1428,0. Liczbę chorych w analizowanej podgrupie w Polsce oszacowano na 4 673,9 tysięcy (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to 12 299,8) – dla małopolski wskaźnik ten wyniósł 11 766,01.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „przywrócenie osobom z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej, pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej oraz zdolności do aktywności zawodowej poprzez wdrożenie kompleksowego programu profilaktyki i rehabilitacji na terenie województwa małopolskiego w latach 2018-2021". W projekcie programu przedstawiono także 4 cele szczegółowe, jednak wymagają one poprawy. Biorąc po uwagę ww. cel główny zaplanowane interwencje, celami szczegółowymi programu powinny być: zwiększenie liczby osób w wieku aktywności zawodowej z określonymi dysfunkcjami narządu ruchu, którym udzielone zostaną określone świadczenia rehabilitacyjne, a także zwiększenie wiedzy osób w wieku aktywności zawodowej z określonymi dysfunkcjami narządu ruchu nt. profilaktyki chorób narządu ruchu. Należy zwrócić uwagę, aby konstruować cele programowe zgodnie z zasadą SMART, według której cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

Przedstawione mierniki efektywności programu również wymagają przeformułowania oraz uzupełnienia. Prawidłowo przedstawione mierniki efektywności odnoszą się do liczby osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie, a także do ogólnej liczby osób biorących udział w programie, jak również osób po 50 r.ż. Zaleca się, aby w omawianym zakresie mierniki otrzymały przykładowe brzmienie: liczba osób, u których stwierdzono wzrost/obniżenie natężenia dolegliwości bólowych oraz liczba osób, u których stwierdzono wzrost poziomu wiedzy, odsetka osób, u których zanotowano poprawę sprawności fizycznej, czy też liczby udzielonych świadczeń. Jednocześnie należy każdemu z tych mierników przypisać odpowiednią skalę. Konieczne jest także odniesienie się do wskaźników efektywności programu w zakresie jego wpływu na poprawę aktywności zawodowej populacji docelowej.

Populacja docelowa

Program adresowany jest do mieszkańców województwa małopolskiego w wieku aktywności zawodowej z rozpoznaną dysfunkcją narządu ruchu będącą skutkiem: wrodzonych zniekształceń narządu ruchu (Q-65-Q79), chorób zwyrodnieniowych stawów (M00-M25, M47), chorób układowych tkanki łącznej (M32-M35), urazów (S40-S99, T91T95, Z89).

W 2016 r. województwo małopolskie zamieszkiwało łącznie 2 097 173 osób w wieku produkcyjnym. Według Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wiek produkcyjny rozumiany jest jako „wiek zdolności do pracy, tj. dla mężczyzn grupa wieku 18-64 lata, dla kobiet - 18-59 lat". Wnioskować zatem należy, iż wiek aktywności zawodowej jest tożsamy z wiekiem produkcyjnym.

Zgodnie z informacją w projekcie, 10% populacji województwa małopolskiego w wieku produkcyjnym jest dotknięta chorobą układu mięśniowo-szkieletowego, tj. ok. 210 tysięcy osób. Środki alokowane w ramach przesłanego projektu pozwolą jednak na objęcie programem 1800 osób. Oznacza to, iż planowane działania będą skierowane do 0,9% możliwej do włączenia populacji docelowej. Tym samym, planowane działania mogą nie przełożyć się na widoczne w populacji efekty zdrowotne.

Interwencja

W ramach przesłanego projektu programu planuje się przeprowadzenie następujących interwencji: konsultacji lekarskiej/fizjoterapeutycznej, rehabilitacji (w tym kinezyterapii, fizykoterapii i masażu leczniczego) oraz edukacji zdrowotnej.

Pierwszym etapem programu będzie przeprowadzenie konsultacji lekarskiej, które będzie miało na celu kwalifikację uczestników programu do odpowiednich ćwiczeń z zakresu rehabilitacji. Konsultacja ta będzie prowadzona przez zespół złożony z lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, a także specjalisty fizjoterapii (ew. magistra fizjoterapii). W ramach kwalifikacji przeprowadzona zostanie analiza dokumentacji medycznej pacjenta, a także badanie lekarskie oraz fizjoterapeutyczne, co jest zgodne z opiniami ekspertów.

Planowana do przeprowadzenia edukacja zdrowotna będzie obowiązkowa dla każdego uczestnika programu i będzie się opierać na 2 spotkaniach, trwających nie krócej niż 45 minut. W ramach edukacji prowadzone będą prelekcje z udziałem fizjoterapeuty, a także instruktaże z zakresu ergonomii pracy, zachowań prozdrowotnych oraz ćwiczeń przeznaczonych do samodzielnego wykonania w domu. Działanie to jest zgodne z odnalezionymi rekomendacjami.

W ramach programu oferowana będzie również rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych. Świadczenia rehabilitacyjne będą prowadzone przez okres 4-8 tygodni, 3 razy w tygodniu, przez 120 minut. Zakres stosowanych ćwiczeń rehabilitacyjnych zostanie określony przez zespół rehabilitacyjny indywidualnie dla każdego uczestnika programu. Każdemu uczestnikowi programu zostanie zleconych minimum 5 procedur rehabilitacyjnych. W treści projektu wskazano, że zabiegi mogą obejmować: kinezyterapię, fizykoterapię (w tym: elektroterapię, sonoterapię, magnetoterapię, światłolecznictwo, termolecznictwo, krioterapię, hydroterapię, balneoterapię).

Należy podkreślić, że w związku z brakiem precyzyjnych informacji na temat zakresu oraz dokładnej liczby stosowanych poszczególnych rodzajów interwencji, nie jest możliwe do zweryfikowania czy pacjenci faktycznie otrzymają odpowiednią ilość świadczeń terapeutycznych.

W wytycznych podkreśla się również konieczność zapewnienia powszechności, kompleksowości, wczesności i ciągłości w zakresie rehabilitacji leczniczej. Należy podkreślić, że 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 zalecana jest szczególnie osobom aktywnym zawodowo z przewlekłymi chorobami narządu ruchu w celu utrzymania ich w zatrudnieniu.

W rekomendacjach wskazuje się także, że w celu uzyskania optymalnych wyników, zwiększona intensywność rehabilitacji w połączeniu z wczesną interwencją, powinna być dostarczona przez interdyscyplinarny zespół specjalistów.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522)7 wszystkie wymienione

w projekcie zabiegi rehabilitacyjne są świadczeniami gwarantowanymi. Świadczeniami gwarantowanymi są również: porada lekarska rehabilitacyjna, podczas której przeprowadzane jest badanie ogólnolekarskie, badanie fizykalne dla potrzeb rehabilitacji, zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego, wizyta fizjoterapeutyczna, która obejmuje m.in.: zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii.

W ramach podsumowania, warto zaznaczyć, że mimo iż zaproponowane interwencje rehabilitacyjne stanowią świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej, to w połączeniu z poprawnie zaplanowanymi działaniami edukacyjnymi stanowią logiczną całość oraz skierowane są do zdefiniowanej grupy docelowej. Zatem zgodnie z wytycznymi dla EFS mogą być uznane za wykraczające poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępujące świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

Monitorowanie programu zostało zaplanowane poprawnie i uwzględnia zarówno ocenę zgłaszalności jak i jakości udzielanych świadczeń.

Podstawę oceny efektywności programu będą stanowiły wyznaczone mierniki efektywności. Zestawione zostaną wartości wskaźników przed i po realizacji programu, co uznać należy za działanie zasadne, bowiem dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości, stanowi o wadze osiągniętego efektu programu. Ponadto zaznaczono, że ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu programu i będzie procesem długoterminowym.

W ramach monitorowania oraz ewaluacji przeprowadzona zostanie także ocena poziomu wiedzy oraz dolegliwości bólowych uczestników programu. Należy się zastanowić czy zawarte w kwestionariuszu pytania dot. podziału wydolności fizycznej na tlenową i beztlenową lub definicji hipermobilności są adekwatne w kontekście edukacji zdrowotnej z zakresu profilaktyki chorób narządu ruchu. Zastosowane pytania nie są także w pełni spójne z przedstawioną w formie załącznika treścią programu edukacyjnego. Wiedza powinna być przekazywana w sposób prosty, zrozumiały, a także być dostosowana do możliwości zrozumienia problemu przez uczestnika programu. Pytania, na które uczestnicy programu powinni potrafić odpowiedzieć to przede wszystkim pytania dot. czynników ryzyka zachorowania, metod zapobiegania rozwojowi choroby, możliwości leczenia wybranych jednostek chorobowych, ograniczeń zawodowych z nimi związanych, itp.

Ocena natężenia bólu będzie z kolei prowadzona przy użyciu skali NRS, co jest podejściem właściwym. Skala NRS jest uznana za skalę o wysokiej czułości i wiarygodności. Ze względu na jej zrozumiałość dla pacjentów i łatwość stosowania jest obecnie polecana w praktyce klinicznej zarówno do oceny bólu ostrego, jak i przewlekłego.

Podstawę oceny efektywności programu powinny stanowić wyznaczone przez wnioskodawcę mierniki efektywności. Zestawione powinny zostać wartości wskaźników przed i po realizacji programu - dopiero bowiem uzyskana zmiana w zakresie tych wartości, stanowić będzie o wadze osiągniętego efektu programu.

Warunki realizacji

W treści projektu programu przedstawiono jego części składowe, etapy oraz działania organizacyjne oraz odniesiono się do kompetencji/warunków niezbędnych do jego realizacji. Przedstawiono także kryteria kwalifikacji uczestników do programu, sposób udzielania świadczeń oraz sposób zakończenia udziału w programie. Realizator programu wybrany zostanie w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W treści projektu programu określono zarówno koszty jednostkowe, jak i całkowite zaplanowanych działań. Łączny średni koszt uczestnictwa jednej osoby został określony na kwotę 3000 zł (w tym koszt: rehabilitacji – 1500 zł, konsultacji medycznej – 600 zł, edukacji – 100 zł, inne jak np. dowóz i opieka nad osobą zależną – 800 zł). Planowane koszty całkowite przy udziale 1800 osób zostały

oszacowane na kwotę 5 400 000 zł. Wskazany koszt jednostkowy jest kosztem uśrednionym i może się różnić między uczestnikami programu w zależności od udzielanych im świadczeń rehabilitacyjnych.

Na realizację programu przeznaczone zostaną środki Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

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 ogólnoświatowym, 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 Badawczyego, 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 kombinację 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 ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu OT.441.241.2017 „„Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej" realizowany przez: województwo małopolskie (ocena projektu programu polityki zdrowotnej)" Warszawa, sierpień 2017, Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu zapobiegania chorobom mięśniowo-szkieletowym oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy – wspólne podstawy oceny", wrzesień 2016 r. Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny", sierpień 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 294/2017 z dnia 11 września 2017 roku o projekcie programu „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej" (woj. małopolskie)