



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 61/2018 z dnia 20 kwietnia 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „5-krotna
rehabilitacja wraz z podstawową diagnostyką dla seniorów Gminy
Miejskiej Legionowo w wieku 60 plus”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „5-krotna rehabilitacja wraz z podstawową diagnostyką dla seniorów Gminy Miejskiej Legionowo w wieku 60 plus”.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców gminy, jednak został on przygotowany w sposób nieprecyzyjny, przez co niemożliwe jest wydanie pozytywnej opinii Prezesa Agencji.

Wybór populacji docelowej można uznać za zasadny, jednak wątpliwości budzi fakt, że nie zostały określone konkretne kryteria, według których realizator podejmie ostateczną decyzję o udziale pacjenta w programie. Kryteria te powinny być uzupełnione w taki sposób, aby w sposób jednoznaczny pozwalały stwierdzić czy dany uczestnik kwalifikuje się do programu czy też nie.

Program przewiduje przeprowadzenie 5 spotkań rehabilitacyjno-fizjoterapeutycznych oraz przygotowanie indywidualnych zestawów ćwiczeń dostosowanych do warunków domowych. Zakres oraz liczba interwencji planowanych podczas spotkań nie zostały sprecyzowane. Ponadto udział w 5 cyklach rehabilitacyjnych może nie przynieść oczekiwanych efektów zdrowotnych u każdego uczestnika. W przypadku świadczeń rehabilitacyjnych istotne jest zapewnienie kontynuacji udzielanych świadczeń. Przygotowanie indywidualnie dostosowanych ćwiczeń nie gwarantują ich samodzielnego i systematycznego wykonywanie przez osoby zakwalifikowane do programu.

Poniżej przedstawiono uwagi do pozostałych elementów programu:

Zaproponowane w projekcie cele programowe wymagają przeformułowania tak, aby były zgodne z regułą SMART, według której cel powinien być sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Również część dotycząca mierników efektywności, nie została opracowana poprawnie.

Monitorowanie i ewaluacja nie zostały zaplanowane poprawnie.

Budżet nie zawiera kosztów poszczególnych świadczeń oraz kosztów akcji informacyjnej.

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, świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych. Wdrożenie



proponowanego programu w aktualnym kształcie może doprowadzić do podwójnego finansowania świadczeń.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 50 000 zł w okresie realizacji, którymi są miesiące od kwietnia do grudnia 2018 r.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu odnosi się do szerokiego problemu zdrowotnego.

Należy podkreślić, że programy polityki zdrowotnej poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji.

Opiniowany program realizuje następujące priorytety: *ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, w szczególności poprzez skuteczną rehabilitację osób poszkodowanych, 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 w sposób ogólny przedstawiono dane epidemiologiczne dotyczące niepełnosprawności w skali globalnej. Przedstawiono dane ogólnopolskie nie odnoszą się do przedmiotowego problemu zdrowotnego.

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”. Wraz ze wzrostem wieku, wzrastał również odsetek osób niepełnosprawnych. Odsetek osób niepełnosprawnych w województwie mazowieckim w 2015 roku wynosił 7,1%. Biorąc pod uwagę liczebność mieszkańców w gminie miejskiej Legionowo, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby oscylować w granicach 3 660 mieszkańców ww. gminy.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest *„poprawa jakości życia mieszkańców w wieku 60 plus poprzez zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacji oraz usprawnienie funkcji fizycznych u osób wymagających procesu rehabilitacji, jak również umożliwienie kontynuacji rehabilitacji osób po złamaniach i operacjach kończyn po zakończeniu rehabilitacji w ramach NFZ. Oczekuje się, iż zapewnione uczestnikom programu świadczenia fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjne pozwolą na zwiększenie ich samodzielności oraz poprawę ogólnej sprawności fizycznej, tym samym na poprawę*

jakości życia psychicznego i społecznego. Ponadto zestaw ćwiczeń aerobowych, ćwiczeń fizycznych oraz ćwiczeń wzmacniających mięśnie, które otrzymają seniorzy od rehabilitanta po zakończonej 5-krotnej rehabilitacji (5 spotkań rehabilitacyjno-fizjoterapeutycznych) podniosą sprawność fizyczną seniora, mającą na celu m. in. poprawę równowagi oraz zapobieganiu upadkom seniorom o ograniczonej mobilności, tym samym zwiększając ich sprawność fizyczną". Powyższy cel jest bardzo złożony, w związku z czym jest trudny do zmierzenia. Ponadto założenie główne nie zostało osadzone w czasie, więc należy je przeformułować.

Sformułowano również 5 celów szczegółowych, obejmujących m.in. wzrost jakości i skuteczności świadczeń opieki zdrowotnej poprzez rozszerzenie rehabilitacji dostępnej w ramach NFZ, utrwalenie sposobów rehabilitacji, poprawę ogólnej sprawności fizycznej. Jednak wskazane cele szczegółowe nie przedstawiają wartości do których należy dążyć w ramach programu.

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

W programie przedstawiono 2 mierniki efektywności, które nie odnoszą się do celów programu. Wskazane mierniki: „liczba osób uczestniczących w programie: planowane 500”, „procent objęcia programem populacji docelowej: 3,6%” mogą zostać zastosowane przy ocenie zgłaszalności. Należy podkreślić, że mierniki powinny zostać dobrane do wszystkich celów programu, co w omawianym przypadku wymaga uzupełnienia. Zgodnie z definicją są to wskaźniki, które powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary.

Populacja docelowa

W programie uczestniczyć może każdy mieszkaniec gminy miejskiej Legionowo w wieku 60 lat i powyżej.

W przedmiotowym programie nie określono kryteriów oraz sposobu kwalifikacji do programu. Kryteria włączenia do programu powinny być przejrzyste i pozwalać na podjęcie jednoznacznej decyzji. W związku z powyższym w programie należy uzupełnić opis kryteriów kwalifikacji. Ponadto konieczne jest uwzględnienie zakresu schorzeń, które będą stanowiły podstawę do włączenia do programu.

Określono, że gminę zamieszkuje 13 790 osoby w wieku adresatów programu, co jest zbieżne z informacjami pochodzącymi z Głównego Urzędu Statystycznego.

Odsetek populacji, który ma zostać włączony do programu oszacowano na ok. 500 osób, co stanowi 3,6%.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano 5 spotkań rehabilitacyjno-fizjoterapeutycznych oraz przygotowanie dla pacjentów planu ćwiczeń do wykonywania w warunkach domowych. Określono, że spotkania będą prowadzone przez rehabilitanta i będą realizowane indywidualnie. Nie wskazano jednak zakresu i częstotliwości planowanych interwencji, a także nie wskazano na konieczność przeprowadzenia działań diagnostycznych.

Należy podkreślić, że odnalezione rekomendacje (National Stroke Foundation – NSF 2010, Veterans Health Administration-Department of Defense – VHA-DoD 2010) zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Powyższe wytyczne nie znajdują odzwierciedlenia w przedmiotowym programie.

Projekt zakłada, że po zakończeniu 5 spotkań rehabilitacyjno-fizjoterapeutycznych, każdy z uczestników otrzyma „indywidualne zalecenia fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjne oraz zestaw ćwiczeń do stosowania w domu dostosowanych do warunków zdrowotnych, będących przedłużeniem procesu rehabilitacji”. Nie określono, czy pacjent będzie miał możliwość kontynuacji świadczeń w ramach NFZ.

Należy podkreślić, że świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych. Na terenie gminy miejskiej Legionowo funkcjonują 4 podmioty lecznicze świadczące zabiegi z zakresu rehabilitacji leczniczej finansowane ze środków 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.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie monitorowania, jednak nie uwzględnia ewaluacji.

W ramach oceny zgłaszalności zaplanowano analizę liczby osób zgłaszających się do programu. Powyższy punkt programu należy uzupełnić o wskaźnik analizujący liczbę osób niezakwalifikowanych do programu w stosunku do zgłoszonych z podziałem na przyczyny.

Ocena jakości świadczeń określona będzie „na podstawie dokumentów poświadczających wykształcenie/certyfikatów/dyplomów posiadanych przez specjalistów, którzy będą bezpośrednimi wykonawcami świadczeń oraz na podstawie wypowiedzi osób po udzielonych im świadczeniach” oraz na podstawie ankiety satysfakcji, której załączony wzór budzi wątpliwości z uwagi na zawarte pytania odnoszące się do innych programów realizowanych na terenie Legionowa. Ankiety należy skonstruować w sposób umożliwiający ocenę proponowanych w programie interwencji związanych z rehabilitacją. Powyższy element programu wymaga poprawy.

Ocena efektywności programu ma odbyć się po jego zakończeniu i może być dokonana na podstawie ankiet ewaluacyjnych. Należy jednak podkreślić, że w projekcie nie przedstawiono żadnych wskaźników odnoszących się do omawianej kwestii. Wskaźnikami, które można zastosować w ramach ewaluacji może być: odsetek pacjentów, u których wystąpiła poprawa w ocenie danej dolegliwości wskazana w ankiecie ewaluacyjnej przez pacjenta.

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.

Projekt zawiera ogólny opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Nie wskazano harmonogramu planowanych działań, co należy uzupełnić.

Zaplanowana została również kampania informacyjna. Informacje o programie zostaną umieszczone na stronie internetowej Urzędu Miasta Legionowo oraz będą rozpowszechniane za pomocą kont organizatora i realizatora programu na portalu społecznościowym, a także za pośrednictwem mediów lokalnych.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 50 000 zł. Koszt jednostkowy określono na 100 zł/os., obejmujący 5 spotkań rehabilitacyjnych oraz opracowanie zestawu ćwiczeń do domu. W

budżecie nie uwzględniono kosztów akcji informacyjnej. Nie jest jednak jasne, na jakiej podstawie oszacowano budżet programu, ze względu na brak wskazania zakresu działań rehabilitacyjnych. Niemożliwe jest zatem zweryfikowanie poprawności założonego budżetu. Budżet powinien zostać uzupełniony o oszacowania dot. 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 gminy miejskiej Legionowo.

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 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.30.2018 „5-krotna rehabilitacja wraz z podstawową diagnostyką dla seniorów Gminy Miejskiej Legionowo w wieku 60 plus” realizowany przez: Gminę Miejską Legionowo, Warszawa, kwiecień 2018 r. oraz Aneksu „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 80/2018 z dnia 9 kwietnia 2018 roku o projekcie programu „5-krotna rehabilitacja wraz z podstawową diagnostyką dla seniorów Gminy Miejskiej Legionowo w wieku 60 plus”