



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 62/2018 z dnia 12 kwietnia 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program rehabilitacji
lecniczej mieszkańców Gminy Solec-Zdrój na lata 2018-2019”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program rehabilitacji lecniczej mieszkańców Gminy Solec-Zdrój na lata 2018-2019” 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 oraz część mierników efektywności wymagają przeformułowania.

Wybór populacji docelowej można uznać za zasadny. Wątpliwość 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 jednoznacznie pozwalały stwierdzić, czy dany uczestnik kwalifikuje się do programu, czy też nie.

Zaplanowane interwencje pozostają zgodne z wytycznymi. Niemniej jednak należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane pacjentowi w ramach programu nie powielają świadczeń finansowanych przez NFZ. Należy także uszczegółowić działania z zakresu edukacji zdrowotnej uczestników programu.

Monitorowanie oraz ewaluacja wymagają uzupełnienia, ponieważ w obecnej formie nie pozwolą na pełną ocenę zgłaszalności, jakości świadczeń i efektywności programu.

Budżet należy uzupełnić w zakresie oszacowania kosztów działań promocyjno-informacyjnych oraz edukacyjnych. Ponadto w kosztorysie powinna zostać określona kwota przeznaczona na pokrycie kosztów ewaluacji i monitorowania programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji lecniczej. Całkowity budżet programu wynosi 80 000 zł. Okres realizacji obejmuje lata 2018-2023.

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 w sposób pobieżny przedstawiono dane epidemiologiczne odnoszące się do niepełnosprawności na świecie, w Polsce i w regionie.

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, 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, największą osób niepełnosprawnych było w kategorii wiekowej „65 lat i więcej”. Wraz ze wzrostem wieku wzrastał również odsetek osób niepełnosprawnych.

Odsetek osób niepełnosprawnych w województwie świętokrzyskim, na którego terenie znajduje się gmina Solec-Zdrój w 2015 r. wynosił 11,4%, co stanowiło trzecią wartość wśród województw.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest *zwiększenie dostępności mieszkańców Gminy Solec-Zdrój do zabiegów rehabilitacyjnych oraz poprawa jakości życia osób niepełnosprawnych poprzez przywracanie im sprawności ruchowej w czasie trwania programu w latach 2018-2019*. Ww. cel nie jest w pełni zgodny z zasadą SMART, według której powinien on być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Cel główny został sformułowany na zbyt ogólnym poziomie. Natomiast powinien on być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie wytyczony (w odniesieniu do planowanego czasu), a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

W projekcie sformułowano także 5 celów szczegółowych. Jednak należy podkreślić, że podobnie jak założenie główne programu, nie są one w pełni zgodne z koncepcją SMART. Mogą pojawić się trudności w zmierzeniu przedstawionych założeń oraz sprawdzeniu, czy faktycznie zostały osiągnięte. Cele odnoszące się do usunięcia procesów chorobowych oraz zapobiegania nawrotom i postępowaniu choroby; usuwania dolegliwości, zwalczania bólu i stanów zapalnych; wsparcia, pomocy rehabilitacyjnej osobom przewlekle chorym z dysfunkcją narządu ruchu nie stanowią oczekiwanych efektów, lecz działania, co jest niezgodne z definicją celu.

W programie przedstawiono 4 mierniki efektywności:

- liczba pacjentów skierowanych do udziału w programie w poszczególnych latach;

- liczba wykonanych zabiegów;
- liczba pacjentów deklarujących poprawę zdrowia, sprawności, zmniejszenie odczuwanego bólu po leczeniu;
- liczba pacjentów deklarujących utrzymanie stopnia choroby, dolegliwości przed i po zastosowaniu leczenia.

Powyższe mierniki zaleca się przeformułować na odsetek pacjentów. Pierwsze dwa wskaźniki mają charakter wyłącznie ilościowy. Natomiast dwa pozostałe mierniki opierają się na subiektywnej ocenie pacjenta, co przekłada się na trudności w zmierzeniu stopnia realizacji założonych celów. 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, który uzyska skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne od lekarza rodzinnego, lekarza specjalisty lub lekarza w trakcie specjalizacji w ramach zagwarantowanych zabiegów. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego liczba mieszkańców gminy w 2016 r. wynosiła 5 092 osób, natomiast w projekcie wskazano, że liczba mieszkańców gminy wynosi 5 029 osób. W projekcie założono, udział ok. 15% mieszkańców gminy tj. 755 osób rocznie. Natomiast mając na uwadze, że przewidziane koszty uwzględniają realizację ok. 4 260 zabiegów rocznie, przyjmując średnio 6 zabiegów na jednego uczestnika oraz liczbę mieszkańców gminy wg GUS należy wskazać, że z zaplanowanych działań będzie mogło skorzystać ok. 710 osób rocznie. Zgodnie z odnalezionymi informacjami, odsetek osób niepełnosprawnych w województwie świętokrzyskim wynosił 11,4%. Biorąc pod uwagę liczebność mieszkańców gminy Solec-Zdrój wg GUS, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby wynosić ok. 580 osób. Ponadto warto zaznaczyć, że w projekcie nie odniesiono się do populacji dzieci i młodzieży w przedziale wiekowym 0-14 lat, które także stanowią populację docelową i stanowią ponad 14% populacji gminy (732 osoby).

W opisie kryteriów kwalifikacji do programu wskazano, że decyzję o udziale pacjenta w programie podejmie realizator programu. Należy podkreślić, że kryteria włączenia do programu powinny być przejrzyste i pozwalać na podjęcie jednoznacznej decyzji. W związku z powyższym w programie należy doprecyzować zagadnienia dotyczące ww. kwestii.

Interwencja

W programie zaplanowano szereg zabiegów fizykoterapeutycznych, kinezyterapeutycznych oraz masażu.

Jednakże nie wskazano precyzyjnych informacji na temat zakresu oraz dokładnej liczby poszczególnych interwencji. W części projektu poświęconej kosztom zaznaczono jedynie, że w przypadku danego uczestnika zaplanowano 6 zabiegów. Zatem nie jest możliwa weryfikacja, czy pacjenci faktycznie otrzymają adekwatną ilość świadczeń terapeutycznych. Odnalezione rekomendacje (National Stroke Foundation – NSF 2010, Veterans Health Administration-Department of Defense – VHA-DoD 2010) zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Według rekomendacji Royal College of Physicians-National Institute for Health and Care Excellence (RCP-NICE 2008) i The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP 2009) ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności. Warto dodać, że zgodnie z opinią eksperta klinicznego, plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

Należy podkreślić, że zaplanowane interwencje znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Biorąc pod uwagę, iż na terenie gminy Solec-Zdrój nie działa żaden

podmiot świadczący zabiegi z zakresu rehabilitacji leczniczej finansowanej ze środków NFZ można stwierdzić, że gmina próbuje za pomocą programu zwiększyć dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych. Należy jednak wskazać, że projekt programu powinien ograniczać możliwość uczestnictwa w osób, które mają udzielane omawiane świadczenia w ramach NFZ (np. w placówkach na terenie innego samorządu).

Warto także zaznaczyć, że zgodnie z art. 9a i 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, przy uwzględnieniu regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stanu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane na podstawie umowy ze świadczeniodawcą. Biorąc pod uwagę powyższe, nie ma konieczności przygotowywania w tym zakresie programu polityki zdrowotnej.

Ponadto w projekcie programu w części dotyczącej realizowanych świadczeń przewidziano elementy edukacji zdrowotnej z zakresu zagrożeń zdrowotnych wynikających z niewłaściwie dobranych form aktywności fizycznej oraz ćwiczeń wykonywanych w warunkach domowych. Jednakże nie sprecyzowano formy działań edukacyjnych oraz nie wskazano kto będzie odpowiedzialny za edukowanie uczestników programu we wskazanym powyżej zakresie, co należy uzupełnić.

Zgodnie z wytycznymi edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej tak, aby pacjent pozostał aktywny (National Institute for Health and Care Excellence NICE 2009, Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ 2009). Edukacja pacjenta powinna opierać się na informacjach dotyczących wytrzymałości anatomicznej i strukturalnej kręgosłupa, neurologicznym wyjaśnieniu odczuwania bólu, stosowania aktywnego radzenia sobie z bólem.

Monitorowanie i ewaluacja

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

Zgłaszalność zostanie oceniona na podstawie liczby pacjentów zgłoszonych oraz zakwalifikowanych do udziału w programie. Warto także zaznaczyć, że wskazane w projekcie mierniki efektywności mogą zostać wykorzystane do oceny zgłaszalności („liczba pacjentów skierowanych do udziału w programie w poszczególnych latach” oraz „liczba wykonanych zabiegów”). Powyższy punkt programu należy także uzupełnić o wskaźniki dotyczące np. liczby osób niezakwalifikowanych do programu w stosunku do zgłoszonych, z podziałem na przyczyny.

Ocena jakości świadczeń ma zostać zrealizowana na podstawie ankiety ewaluacyjnej wypełnianej przed i po zakończeniu cyklu terapeutycznego. Jednak należy zaznaczyć, że zakres pytań nie obejmuje jakości świadczeń, a odnosi się jedynie do występujących dolegliwości. Zatem w celu oceny jakości świadczeń należy zastosować wystandaryzowaną ankietę satysfakcji przeprowadzoną po ukończeniu udziału w programie. Można uwzględnić również możliwość zgłaszania pisemnych uwag do realizatora.

Ocena efektywności programu ma być prowadzona po zakończeniu realizacji programu. Wskazano, że zostanie ona przeprowadzona na podstawie ankiet ewaluacyjnych, ankiet zebranych od pacjentów oraz raportów miesięcznych, przy czym nie wskazano żadnych konkretnych wskaźników odnoszących się omawianej kwestii.

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. Dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości i jej wielkość, stanowi o wadze uzyskanego efektu programu. Wskaźnikiem, który można zastosować w ramach ewaluacji może być: odsetek pacjentów, u których wystąpiła poprawa w ocenie danej dolegliwości wskazana w ankiecie ewaluacyjnej przez pacjenta.

Warunki realizacji

Realizatorem programu będzie podmiot, wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. W projekcie programu przedstawiono informacje dotyczące wymagań wobec personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Wskazano także, że realizator powinien dysponować lokalem położonym na terenie gminy Solec-Zdrój.

Program będzie się składał z dwóch etapów – I obejmuje akcję informacyjną nt. programu, II – realizację świadczeń zdrowotnych zaplanowanych w programie. Po zgłoszeniu się pacjenta ze stosownym skierowaniem, weryfikacji uprawnień do udziału w programie oraz wywiadu i oceny stanu funkcjonalnego pacjenta nastąpi rejestracja na zabiegi. Następnie zostanie zaplanowane postępowanie rehabilitacyjne. W dalszej kolejności będą wykonywane zabiegi rehabilitacyjne (wg zaleceń i wskazań lekarskich). Dodatkowo podkreślono, że pacjenci zachęceni będą do zwiększenia aktywności fizycznej. W ramach realizacji świadczeń przewidziano także edukację zdrowotną uczestników, jednak ten element programu wymaga doprecyzowania zgodnie z uwagami w części opinii dotyczącej planowanych interwencji.

Zarówno przed przystąpieniem do programu, jak i po zakończeniu cyklu rehabilitacji pacjenci będą wypełniać ankiety ewaluacyjne dotyczące określenia przez pacjenta natężenia dolegliwości (ból, ograniczona ruchomość, osłabiona siła mięśni, zaburzenie czucia, obrzęk, zmiany skórne, niesprawność fizyczna i inne).

Wskazano, że o zakończeniu udziału w programie będzie decydował podmiot medyczny realizujący program. Po wykonaniu zabiegów rehabilitacyjnych pacjent otrzyma zalecenia oraz informacje na temat możliwości dalszej rehabilitacji. Warto wziąć pod uwagę, aby zakończenie udziału w programie było możliwe na każdym etapie jego realizacji, na życzenie uczestnika. Przy czym osoba rezygnująca powinna zostać poinformowana o możliwych konsekwencjach zdrowotnych takiego postępowania.

Okres realizacji planowanych działań wyznaczono na lata 2018-2019. Jednak należy zaznaczyć, że nie zamieszczono precyzyjnych informacji dotyczących momentu rozpoczęcia realizacji programu, a także czasu wyboru realizatora, co należy doprecyzować.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 80 000 zł. Przedstawiono koszty jednostkowe poszczególnych interwencji/zabiegów: jonoforeza (5 zł), prądy diadynamiczne (5 zł), prądy interferencyjne (5 zł), laser (6 zł), sollux (5 zł), TENS (5 zł), ultradźwięki (5 zł), masaż klasyczny całościowy kręgosłupa (20 zł), masaż klasyczny częściowy (15 zł), krioterapia miejscowa (8 zł), elektrostymulacja (5 zł), pole magnetyczne (5 zł), galwanizacja (5 zł), kinezyterapia (30 zł). Zaplanowano realizację ok. 4 260 zabiegów rocznie oraz przyjęto, że średnio na jednego uczestnika przypadnie 6 zabiegów. Założenia te umożliwiają zatem udział ok. 710 osób w planowanych działaniach w skali roku. Jednakże, mając na uwadze specyfikę ocenianego programu, nie można w sposób precyzyjny określić, jakie zabiegi zostaną zastosowane u poszczególnych osób. W treści programu nie zamieszczono informacji dotyczącej kryteriów zastosowania poszczególnych procedur u danego uczestnika. Zatem, nie jest możliwe zweryfikowanie czy zaplanowany budżet będzie wystarczający do zrealizowania interwencji w programie. Budżet powinien zostać oszacowany w zakresie kosztów jednostkowych np. na podstawie średniego kosztu świadczeń w oparciu o dane NFZ o zawartych umowach lub w oparciu o cenniki komercyjne. W kosztorysie należy także wskazać kwotę przeznaczoną na akcję promocyjno-informacyjną. Ponadto w budżecie programu należy uwzględnić koszty związane z monitorowaniem i ewaluacją.

Program ma zostać sfinansowany z budżetu gminy Solec-Zdrój.

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 ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: OT.441.25.2018 „Program rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Solec-Zdrój na lata 2018-2019” realizowany przez: gminę Solec-Zdrój, Warszawa, kwiecień 2018, Aneksu do raportu szczegółowego: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 81/2018 z dnia 9 kwietnia 2018 roku o projekcie programu „Program rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Solec-Zdrój na lata 2018-2019”.