



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 138/2018 z dnia 12 lipca 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program rehabilitacji
dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku powyżej
65 r.ż. i poniżej 18 r.ż.”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku powyżej 65 r.ż. i poniżej 18 r.ż.”, realizowany przez Miasto Żary, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przestawiony 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. Jednakże niektóre elementy programu zostały przygotowane na zbyt dużym poziomie ogólności i wymagają uzupełnienia zgodnie z uwagami przedstawionymi poniżej.

Zaproponowane w projekcie cele programowe wymagają przeformułowania zgodnie z regułą SMART. Mierniki efektywności należy uzupełnić, tak aby odnosiły się do wszystkich celów programu.

Wybór populacji docelowej można uznać za zasadny, przy czym doprecyzowania wymaga wykaz poszczególnych rozpoznań, które będą uwzględniane w ramach kwalifikacji do programu.

Zaplanowane interwencje pozostają zgodne z wytycznymi. Jednakże należy zaznaczyć, że wymieniony w projekcie zakres zabiegów rehabilitacyjnych znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Zatem istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń. Ponadto, w przypadku świadczeń rehabilitacyjnych istotne jest zapewnienie kontynuacji udzielanych świadczeń. Należy także wskazać długość cyklu rehabilitacyjnego oraz określić zakres cykli/zabiegów przysługujących jednemu uczestnikowi. Ponadto przygotowanie indywidualnie dostosowanych ćwiczeń nie gwarantuje ich samodzielnego i systematycznego wykonywania przez osoby zakwalifikowane do programu. W tym celu warto rozważyć wprowadzenie działań edukacyjnych.

Monitorowanie i ewaluacja wymagają dopracowania, szczególnie w zakresie oceny efektywności. 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 uszczegółowić w zakresie oszacowania kosztów planowanych cykli zabiegów w odniesieniu do jednego pacjenta. W kosztorysie należy także uwzględnić koszty monitorowania i edukacji programu, co należy uzupełnić.

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.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Całkowity budżet programu został oszacowany na 360 000 zł. Okres realizacji obejmuje lata 2019-2021.

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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 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.

Opiniowany projekt wpisuje się w priorytet: „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, dotyczących niepełnosprawności w Polsce i w regionie. Natomiast przytoczono informacje dotyczące liczby fizjoterapeutów oraz pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych w województwie lubuskim. Odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych, wskazując dane dotyczące struktury pacjentów według grup rozpoznań u poszczególnych świadczeniodawców z terenu miasta.

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 odsetek osób niepełnosprawnych w woj. lubuskim w 2015 r. wynosił 20%. Biorąc pod uwagę liczebność mieszkańców w mieście Żary, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością w grupach wiekowych poniżej 18 r.ż. oraz powyżej 65 r.ż. mogłaby wynosić ok. 2 764 mieszkańców.

Cele i efekty programu

Celem głównym jest *zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych wśród populacji powyżej 65 r.ż. i poniżej 18 r.ż.* W projekcie przedstawiono 4 cele szczegółowe: *przywracanie sprawności ruchowej pacjentów, poprawa koordynacji ruchowej, zwiększenie dostępności zabiegów rehabilitacyjnych oraz skrócenie czasu oczekiwania na ich wykonanie, osiągnięcie możliwie*

najlepszego stanu funkcjonalnego. Przedstawione cele nie są w pełni zgodne z zasadą SMART, według której cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Ponadto większość celów została sformułowana w sposób ogólny. W związku z tym utrudniony jest prawidłowy dobór mierników efektywności. Cele szczegółowe powinny stanowić uzupełnienie celu głównego, a ich osiągnięcie jest warunkiem osiągnięcia celu nadrzędnego. Zatem wszystkie wskazane w projekcie cele wymagają przekonstruowania zgodnie z regułą SMART.

W programie przedstawiono 3 mierniki efektywności: „odsetek wykonanych zabiegów”, „odsetek pacjentów deklarujących poprawę zdrowia i sprawności” oraz „odsetek pacjentów deklarujących utrzymanie stałego stopnia choroby, dolegliwości przed i po zastosowaniu leczenia”. Warto zwrócić uwagę, że przedstawione w projekcie mierniki nie odnoszą się bezpośrednio do wszystkich założonych celów, a niektóre z nich będą oceniane na podstawie subiektywnych odczuć uczestników programu. Zgodnie z definicją mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. W związku z powyższym mierniki efektywności wymagają uzupełnienia.

Populacja docelowa

W programie będą mogli uczestniczyć mieszkańcy miasta Żary w wieku poniżej 18 lat oraz powyżej 65 lat ze schorzeniami narządu ruchu, posiadający skierowanie od lekarza POZ lub lekarza specjalisty. Wskazano, że populacja osób poniżej 18 lat liczy 6 845 (dane GUS 2017 wskazują, że jest to ok. 7 165 osób) oraz w wieku powyżej 65 lat – 6 977 (według danych GUS 2017 – ok. 6753 osoby). Założono, że ok. 20% mieszkańców w omawianych grupach wiekowych (łącznie 2 764 osoby) może mieć schorzenia narządu ruchu predysponujące do udziału w programie, co koresponduje z danymi epidemiologicznymi.

Kryteria kwalifikacji do programu wymagają doprecyzowania w zakresie wskazania dokładnego wykazu rozpoznań zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, jakie zostaną uwzględnione w programie. Ponadto do udziału w programie powinni być kwalifikowani pacjenci, którzy wyrażą pisemną zgodę na udział w programie (w przypadku osób poniżej 18 r.ż. – zgoda na udział w programie powinna być potwierdzona przez rodzica/opiekuna prawnego).

Interwencja

W ramach programu zaplanowano szereg zabiegów fizykoterapeutycznych (elektroterapia: jonoforeza, galwanizacja, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, TENS, prądy Traberta, prądy Kotza; magnetoterapia; laseroterapia; światłolecznictwo; ultrasonoterapia; termoterapia) i kinezyterapeutycznych (m.in. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, wspomagane czynnie w dociążeniu i odciążeniu, izometryczne, pionizacja, nauka czynności lokomocyjnych) oraz masażu (suchego, limfatycznego ręcznego i limfatycznego mechanicznego).

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. W projekcie nie wskazano precyzyjnych informacji na temat zakresu oraz dokładnej liczby poszczególnych interwencji. Zatem nie jest możliwa weryfikacja, czy pacjenci faktycznie otrzymają adekwatną ilość świadczeń terapeutycznych. W projekcie podkreślono jedynie, że o liczbie cykli terapeutycznych i ich częstotliwości będzie decydował podmiot leczniczy realizujący program, biorąc pod uwagę rodzaj schorzenia wg skierowań od lekarzy opieki zdrowotnej. 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. Zgodnie z zapisami projektu Miasto Żary próbuje za pomocą programu zwiększyć dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych. Należy jednak wskazać, że projekt programu powinien ograniczać możliwość uczestnictwa w programie 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.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji, jednak te elementy programu wymagają poprawy.

Zgłaszalność zostanie oceniona na podstawie liczby osób biorących udział w programie oraz liczby osób niezakwalifikowanych do programu w stosunku do zgłoszonych. Powyższy punkt programu należy uzupełnić o wskaźnik dotyczący liczby osób, które zrezygnowały z uczestnictwa w trakcie realizacji programu.

Ocena jakości świadczeń ma zostać zrealizowana na podstawie ankiety satysfakcji przeprowadzonej po zakończeniu udziału w programie. Ponadto uwzględniono również możliwość zgłaszania pisemnych uwag do realizatora.

Ewaluacja ma obejmować ocenę „odsetka pacjentów deklarujących poprawę zdrowia i sprawności” oraz „odsetka pacjentów deklarujących utrzymanie stałego stopnia choroby, dolegliwości przed i po zastosowaniu leczenia”. Z powyższych wskaźników można wywnioskować, że ocena efektywności będzie opierać się na subiektywnych odczuciach osób uczestniczących w programie. Dodatkowo w ramach oceny efektywności zaplanowano analizę odsetka wykonanych zabiegów. Przytoczone mierniki mogą okazać się niewystarczające do kompleksowej oceny efektywności programu.

Należy 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.

Warunki realizacji

W treści projektu wskazano, że realizator programu zostanie wybrany w drodze otwartego konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Określono warunki lokalowe, sprzętowe i kadrowe wobec realizatora programu.

Projekt zawiera ogólny opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Zaplanowano przeprowadzenie kampanii informacyjnej nt. programu. Pacjenci będą mogli skorzystać ze świadczeń w miejscu wskazanym przez realizatora programu, w wyznaczonych dniach i godzinach, zgodnie z harmonogramem określonym w umowie na realizację świadczeń.

Wskazano, że o zakończeniu udziału w programie decyduje realizator oraz, że „uczestnicy mogą kontynuować zabiegi rehabilitacyjne, korzystając ze świadczeń udzielanych przez podmioty lecznicze, w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia”. 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. Powyższe kwestie należy doprecyzować.

W projekcie określono koszt całkowity realizacji planowanych działań na 360 000 zł (120 000 zł rocznie). Oszacowano koszty jednostkowe poszczególnych zabiegów.

Założono limit miesięczny kosztów w kwocie 10 000 zł na każdy miesiąc. Ostateczny koszt miesięczny wykonywanych świadczeń będzie przedstawiony przez realizatora programu na podstawie rozliczeń miesięcznych. Mając na uwadze specyfikę ocenianego programu, nie można w sposób konkretny określić, jakie zabiegi zostaną zastosowane u poszczególnych osób. Niemniej jednak należałoby oszacować średnią liczbę zabiegów przysługującą jednemu uczestnikowi oraz średni koszt cyklu rehabilitacyjnego w odniesieniu do jednego pacjenta.

W projekcie należy także uwzględnić koszty związane z monitorowaniem i ewaluacją programu.

Program ma być sfinansowany ze środków własnych miasta Żary. Dodatkowo wskazano na możliwość uzyskania dotacji z budżetu państwa lub innych źródeł, jednak nie wskazano szczegółów w tym zakresie.

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 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 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.441.99.2018 „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku powyżej 65 r.ż. i poniżej 18 r.ż.” realizowany przez: Miasto Żary, Warszawa, czerwiec 2018, Aneksu do raportów szczegółowych „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 162/2018 z dnia 2 lipca 2018 roku o projekcie programu „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku powyżej 65 r.ż. i poniżej 18 r.ż.”.