



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 60/2018 z dnia 12 kwietnia 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób
pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji
medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu
nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Oceniany projekt programu odnosi się do problemu zdrowotnego jakim są schorzenia układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związane ze sposobem wykonywania pracy i zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców województwa, co może przełożyć się na podniesienie jakości życia i poprawę zdrowia osób niepełnosprawnych. Projekt ten był już przedmiotem opinii Prezesa (opinia nr 321/2017), jednak został oceniony negatywnie ze względu na nieprecyzyjne i niespójne zapisy, szczególnie w zakresie planowanej populacji docelowej i kryteriów kwalifikacji do programu. W obecnym projekcie programu w większości uwzględniono uwagi zawarte w poprzedniej opinii i naniesiono stosowne poprawki. W związku z powyższym projekt w obecnym kształcie może stanowić wartość dodaną do obecnie dostępnych świadczeń z przedmiotowego zakresu. Aczkolwiek w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości proszę uwzględnić poniższe uwagi.

Uwagi Prezesa Agencji dotyczące celów programowych zostały uwzględnione jedynie częściowo, niektóre z celów programu nadal nie są w pełni zgodne z zasadą SMART, co należy skorygować. Zaproponowane mierniki efektywności odpowiadają celom programowym.

W kontekście opiniowanego programu zasadnym wydaje się ponowne oszacowanie liczebności populacji docelowej z uwzględnieniem współczynników zapadalności na choroby odpowiadające medycznym kryteriom kwalifikacji do udziału w programie. Warto uwzględnić poszczególne jednostki chorobowe pod kątem częstości ich występowania i uśrednić w planowanych cyklach terapeutycznych.

W opiniowanym projekcie uwzględniono uwagi Prezesa AOTMiT odnoszące się do planowanych interwencji i uszczegółowiono działania z zakresu edukacji zdrowotnej i pomocy psychologicznej. Zatem w obecnej postaci program może stanowić kompleksowe podejście do osób wymagających opieki rehabilitacyjnej wspartej konsultacjami lekarskimi, psychologicznymi oraz działaniami szkoleniowymi.



Należy pamiętać, że zaproponowane interwencje rehabilitacyjne (fizykoterapia, kinezyterapia, masaże) stanowią świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej. Jednak w połączeniu z działaniami edukacyjnymi i dodatkowymi konsultacjami specjalistycznymi (psycholog, lekarz medycyny pracy) mogą stanowić logiczną całość i wartość dodaną do obecnie funkcjonującego systemu. Zatem zgodnie z wytycznymi dla Europejskiego Funduszu Społecznego mogą być uznane za wykraczające poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępowujące świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Monitorowanie w zakresie zgłaszalności do programu zostało poprawione zgodnie z uwagami w poprzedniej opinii. Pozostałe elementy programu odnoszące się do monitorowania i ewaluacji opisano poprawnie. 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 programu został zweryfikowany i uzupełniony zgodnie z uwagami Prezesa Agencji. Niemniej jednak zasadnym wydaje się wskazanie kosztu jednostkowego w odniesieniu do porady psychologicznej (indywidualnej).

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 9 411 765 zł, zaś okres realizacji to lata 2018-2020.

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 schorzenia układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związane ze sposobem wykonywania pracy. 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 sytuacji epidemiologicznej w ujęciu ogólnopolskim, krajowym i regionalnym.

W oparciu o dane GUS oraz Diagnozę Społeczną z 2015 r. można wskazać, że województwo lubuskie znajduje się na 1. miejscu pod względem liczby osób niepełnosprawnych (ok. 20%).

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest *przywrócenie osobom ze schorzeniami układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanymi ze sposobem wykonywania pracy, pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej oraz zdolności do aktywności zawodowej poprzez wdrożenie kompleksowego programu rehabilitacji medycznej na terenie województwa lubuskiego w latach 2018-2020*. Cel główny został przeformułowany zgodnie z uwagami w poprzedniej opinii. Większość celów szczegółowych programu także przeformułowano zgodnie z zasadą SMART, według której cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny

i terminowy. Jednak należy zaznaczyć, że cel szczegółowy związany ze zwiększeniem liczby osób w wieku aktywności zawodowej ze schorzeniami układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego związanymi ze sposobem wykonywania pracy, którym udzielone zostaną kompleksowe świadczenia rehabilitacyjne nadal stanowi działanie, a nie rezultat. Skutkiem powyższego działania może być zmniejszenie liczby osób ze schorzeniami układu ruchu. Należy zatem stwierdzić, że w projekcie częściowo odniesiono się do uwag Prezesa Agencji w zakresie przeformułowania celów zgodnie z koncepcją SMART.

Zaproponowane mierniki efektywności programu dostosowano do celów programowych. Należy pamiętać, aby wartości wskaźników były określane przed i po realizacji programu, ponieważ dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości, stanowi o wadze osiągniętego efektu programu.

Populacja docelowa

W aktualnie ocenianym projekcie uwzględniono uwagi Prezesa Agencji dotyczące populacji i kryteriów kwalifikacji oraz wykluczenia z udziału w programie. Program adresowany jest do 2 grup osób: pozostających w zatrudnieniu i bezrobotnych, w wieku aktywności zawodowej, zamieszkujących teren województwa lubuskiego (także uczniów praktykantów), u których stwierdzono schorzenie układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego związane ze sposobem wykonywania pracy, kwalifikujące się do leczenia z zastosowaniem metod rehabilitacji medycznej. W przypadku osób bezrobotnych w programie będą mogły wziąć udział także osoby niepełnosprawne, jeśli niepełnosprawność dotyczy ww. chorób, skutków wypadków przy pracy lub chorób zawodowych, u których rokowanie co do odzyskania sprawności i powrotu do pracy jest pozytywne.

Zgodnie z treścią projektu lista schorzeń kwalifikujących do udziału w programie obejmuje następujące choroby zawodowe: zapalenie ścięgna i jego pochewki, zapalenie kaletki maziowej, uszkodzenie łąkotki u osób wykonujących pracę w pozycji klęczącej lub kucznej, zapalenie okołostawowe barku, zapalenie nadkłykcia kości ramiennej, zmęczeniowe złamanie kości, mononeuropatie obwodowe z ucisku, zespół wibracyjny, chorobę dekompresyjną, choroby zakaźne z objawami kostno-stawowymi, zespoły bólowe kręgosłupa, zapalenie mięśni lub przyczepów ścięgnistych, przewlekłe uszkodzenie torebki stawowej, martwicę kości nadgarstka oraz skutki wypadków przy pracy a także w drodze do lub z pracy.

Opiniowany projekt uwzględnia uwagę Prezesa Agencji dotyczącą licznych niejasności i ograniczeń związanych z wyborem populacji docelowej. Dane liczbowe w obecnie ocenianym projekcie zostały oparte o opracowanie GUS „Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą”. Należy zaznaczyć, że w województwie lubuskim na 728 tys. osób, które pracują lub kiedykolwiek pracowały, dolegliwości związane z wykonywaną pracą zgłaszało 163 tys. osób (22,4%). Z tej grupy 130 tys. osób odczuwało ograniczenia w codziennej aktywności, co stanowiło 80%. Należy zaznaczyć, że z populacji 163 tys. osób, 106 tys. uskarżało się na schorzenia o podłożu kostno-mięśniowo-stawowym. Przyjęto założenie, że 80% wskazanej populacji tj. 84,5 tys. osób może stanowić grupę potencjalnych odbiorców programu. Ostatecznie zaplanowano włączenie do programu „co najmniej” 10% tej populacji czyli ok. 8,5 tys. pracowników. Powyższy sposób oszacowania populacji docelowej programu można uznać za zasadny.

Interwencja

W ramach przesłanego projektu programu zaplanowano przeprowadzenie następujących interwencji:

- konsultację lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej lub magistra fizjoterapii (wstępną oraz po zakończonym cyklu rehabilitacji);
- zabiegi fizykoterapeutyczne (elektroterapia, światłolecznictwo, magnetoterapia, hydroterapia, krioterapia, ultradźwięki), ćwiczenia lecznicze (kinezyterapia), masaż leczniczy;
- dodatkowe formy wsparcia dla uczestników: konsultację psychologiczną, konsultację lekarza specjalisty medycyny pracy (stosowane na podstawie zaleceń wynikających z konsultacji rehabilitacyjnej);

- szkolenia dla uczestników programu ukierunkowane szczególnie na profilaktykę zagrożeń w środowisku pracy oraz kształtowanie zdrowego stylu życia;
- końcową konsultacją lekarza specjalisty rehabilitacji lub magistra fizjoterapii na zakończenie udziału uczestnika w programie.

Zgodnie z treścią projektu konsultacja lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej lub magistra fizjoterapii ma uwzględniać ogólną diagnozę medyczną, ustalenie stanu początkowego i kwalifikację do procesu rehabilitacji medycznej oraz innych form wsparcia. Warto zaznaczyć, że zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych przeprowadzenie kwalifikacji powinno obejmować swoim zakresem wywiad, badanie przedmiotowe, a także w rzadkich przypadkach - badanie dodatkowe oraz należy je odnotować w dokumentacji pacjenta. Plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji. Zatem zaplanowana pozostaje w zgodzie z zaleceniami ekspertów w przedmiotowym zakresie. Kompetencje i zakres zadań zarówno w odniesieniu do lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej, jak i magistra fizjoterapii powinny być zgodne ze standardami postępowania w rehabilitacji.

Dobór form postępowania usprawniającego ma być zindywidualizowany i obejmuje szeroki zakres metod terapeutycznych. Należy zaznaczyć, że jest to działanie zgodne z wytycznymi z Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji (NIGRiR 2013), które mówią, że program rehabilitacji powinien być indywidualnie dostosowywany do potrzeb danego pacjenta. Założono, że zabiegi będą prowadzone w cyklach po 10, a w razie potrzeby ich kontynuacji, wynikającej z sugestii zespołu usprawniającego, uczestnik ponownie zostanie skierowany na konsultację rehabilitacyjną. Planując cykl rehabilitacyjny warto odnieść się do danych NFZ w zakresie realizowanych świadczeń rehabilitacyjnych.

Odnalezione rekomendacje 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. Należy podkreślić, że w związku z brakiem precyzyjnych informacji na temat zakresu oraz dokładnej liczby stosowanych rodzajów interwencji, nie jest możliwa weryfikacja, czy pacjenci faktycznie otrzymają adekwatną ilość świadczeń terapeutycznych. W wytycznych podkreśla się także konieczność zapewnienia powszechności, kompleksowości, wczesności i ciągłości w zakresie rehabilitacji leczniczej, co zostało przewidziane w opiniowanym programie.

W ramach dodatkowych form wsparcia przewidziano konsultację psychologiczną i konsultację lekarza specjalisty medycyny pracy. Wskazano, że możliwe są także sesje grupowe. W opiniowanym projekcie uwzględniono uwagi Prezesa Agencji i określono liczebność potencjalnych grup oraz czas trwania konsultacji. Warto także wskazać liczbę przewidzianych konsultacji w przypadku danego uczestnika. Po przeprowadzonej konsultacji ma zostać wydana opinia odnosząca się do aktualnego stanu uczestnika z uwzględnieniem jego potencjału motywacyjnego oraz zaleceń dla zespołu rehabilitującego. Należy podkreślić, że kompleksowo prowadzona rehabilitacja, uwzględniająca aspekty psychologiczne oraz działania związane z aktywnością zawodową jest zgodna z aktualnymi rekomendacjami.

Zaplanowany w projekcie programu udział w szkoleniach ukierunkowanych na profilaktykę zagrożeń w środowisku pracy oraz kształtowanie zdrowego stylu życia ma być dobrowolny i nie może limitować dostępu do właściwych świadczeń rehabilitacyjnych. W projekcie wskazano osoby odpowiedzialne za przeprowadzenie szkoleń oraz w uzupełnieniu do poprzedniej wersji projektu przedstawiono informacje nt. liczebności grup szkoleniowych oraz częstotliwości i czasu trwania spotkań. 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. Zgodnie z rekomendacjami edukacja w ramach działań usprawniających proces powrotu do pracy ma wpłynąć na zrozumienie przez pacjentów ich choroby oraz procesu leczenia (European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA 2016). W odniesieniu do zdrowego stylu życia należy podkreślić, że odpowiednia i systematyczna aktywność fizyczna prowadzona we własnym

zakresie jest jedną z najprostszych form profilaktyki, niewymagającą wkładu finansowego (Centralny Instytut Ochrony Pracy, CIOP 2015).

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 oraz dodatkowymi konsultacjami specjalistycznymi (psycholog, lekarz medycyny pracy) 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

Monitorowanie programu w zakresie oceny zgłaszalności zostało doprecyzowane zgodnie z uwagami w poprzedniej opinii. Zgłaszalność do programu obejmie: liczbę osób, które zgłosiły się do udziału w programie, liczbę osób, które zostały/nie zostały zakwalifikowane do udziału w programie (w przypadku braku kwalifikacji - z określeniem przyczyny, liczbę osób, które zostały skierowane na rehabilitację w ramach programu, z uwzględnieniem rozpoznania i wieku, liczbę osób, które nie przystąpiły do działań oferowanych w programie, liczbę osób, które odbyły cykl rehabilitacji, liczbę osób, które nie zakończyły rehabilitacji, liczbę przeprowadzonych zabiegów rehabilitacyjnych (z podziałem na zabiegi fizykoterapeutyczne, ćwiczenia lecznicze, masaże), liczbę osób, które skorzystały z porady lekarza medycyny pracy lub psychologa oraz liczbę szkoleń wraz z liczbą ich uczestników. Wszystkie wymienione wskaźniki zostały przygotowane w sposób prawidłowy.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w ramach programu została zaplanowana w sposób prawidłowy i w głównej mierze będzie analizowana na podstawie ankiet wypełnianych przez uczestników na zakończenie udziału w programie.

Ewaluacja będzie prowadzona na podstawie porównania wyników oceny wstępnej i końcowej każdego uczestnika. W ramach oceny efektywności zostaną wykorzystane także mierniki efektywności. Wskaźniki te zostały sformułowane poprawnie i powinny pozwolić na ocenę efektów 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. Realizatorzy programu zostaną wybrani w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. Z treści projektu wynika, że w każdej jednostce realizującej program zostanie mianowany koordynator, który będzie odpowiedzialny za realizację programu. Dodatkowo sugeruje się ustanowienie funkcji koordynatora nadzorującego projekt w sposób całościowy.

W aktualnie opiniowanym projekcie ujednolicono zapisy dotyczące czasu trwania programu, wg których okres realizacji przewidziany jest na lata 2018-2020.

Koszt całkowity realizacji programu oszacowano na 9 411 765 zł. Średni koszt wykonania pełnego cyklu rehabilitacyjnego jednej osoby może wahać się od 660 zł do 920 zł w zależności od intensywności ćwiczeń z danym uczestnikiem programu. Przyjęte założenie jest zasadne i zgodne z zapisami programu dotyczącymi indywidualnego dopasowania ścieżki terapeutycznej do potrzeb każdego pacjenta. Jeden standardowy cykl terapeutyczny ma obejmować 10 sesji terapeutycznych. W obecnie ocenianym projekcie uwzględniono uwagę Prezesa Agencji i określono koszt działań edukacyjnych. Wskazano także liczbę szkoleń edukacyjnych przeprowadzanych w minimalnym oraz w maksymalnym scenariuszu. Należy jednak zaznaczyć, że w programie nadal nie uwzględniono kosztów zaplanowanej konsultacji psychologicznej (indywidualnej), co należy uzupełnić. Przedstawiono scenariusz minimalny oraz maksymalny kosztów całkowitych w odniesieniu do planowanych interwencji. Przyjmując liczebność populacji programu na 8,5 tys. osób przy założeniu minimalnego kosztu jednostkowego na poziomie 660 zł, prognozowany najniższy koszt całkowity programu może wynieść ponad 7,4 mln zł. W przypadku kosztu jednostkowego określonego na kwotę

920 zł może on generować koszt całkowity w scenariuszu maksymalnym na kwotę ponad 9,2 mln zł. W obecnie ocenianym projekcie odniesiono się poprzednich uwag dotyczących kosztów pośrednich i wskazano, że mają one stanowić 10-15% kosztów bezpośrednich. Koszty pośrednie mają obejmować m.in. koszty wynagrodzeń osób nieujętych w kosztach merytorycznych, koszty wynajmu pomieszczeń, materiały biurowe, koszty działań promocyjnych.

Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Niepełnosprawność jest jednym z poważniejszych zjawisk i problemów współczesnej cywilizacji. Znaczenie problemu niepełnosprawności 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 Światowej Organizacji Zdrowia (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

Osobom niepełnosprawnym przysługują świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej (w tym rehabilitacja lecznicza) – finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczenia opieki społecznej (w tym rehabilitacja społeczna i zawodowa) finansowane ze środków wydzielonych z PFRON.

Świadczenia w ramach opiniowanego programu rozszerzają świadczenia gwarantowane w ramach NFZ, obejmując m.in. edukację zdrowotną oraz poradnictwo medyczno-zawodowe. Należy zaznaczyć, że rehabilitacja lecznicza w grupie schorzeń narządu ruchu, prowadzona jest także przez ZUS w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym.

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 reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) i zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (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.

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.441.27.2018 „Program polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy” realizowany przez: województwo lubuskie, Warszawa, kwiecień 2018; Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu zapobiegania chorobom mięśniowo-szkieletowym oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy – wspólne podstawy oceny” z września 2016 r., „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016 r., „Programy polityki zdrowotnej z zakresu medycyny pracy – wspólne podstawy oceny” z listopada 2017 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 79/2018 z dnia 9 kwietnia 2018 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy.