



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 59/2015 z dnia 12 marca 2015 r.
o projekcie programu „Program zdrowotny rehabilitacja lecznicza
mieszkańców gminy Kolsko”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu „Program zdrowotny rehabilitacja lecznicza mieszkańców gminy Kolsko”.

Uzasadnienie

Projekt dotyczy istotnego, dobrze zdefiniowanego programu zdrowotnego. Akcja ma na celu uzupełnienie świadczeń finansowanych ze środków publicznych i zakłada zwiększenie dostępności w zakresie rehabilitacji dla mieszkańców gminy Kolsko. Określono budżet całkowity i koszty jednostkowe wśród, których należy uwzględnić opłaty za środki transportu dla osób niepełnosprawnych, mogących mieć trudności w dotarciu do świadczeniodawcy.

Warto byłoby jednak uzupełnić projekt o oszacowanie populacji beneficjentów, a także przedstawienie oczekiwanych efektów odpowiadających założonym celom.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej gminy Kolsko w zakresie rehabilitacji leczniczej, zakładający zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego wg zaleceń lekarskich oraz cyklu zabiegów rehabilitacyjnych wśród wszystkich mieszkańców gminy Kolsko. Program ma być realizowany w latach 2015-2018. Planowany całkowity koszt realizacji programu został określony na ok 76 000 zł.



Ocena projektu programu polityki zdrowotnej gminy Kolsko

Znaczenie problemu zdrowotnego

Przesłany przez autorów projekt programu nie jest typowym projektem programu polityki zdrowotnej (w którym celem jest m.in. objęcie swoim zakresem jak największej liczby populacji docelowej oraz określenie planowych do podjęcia interwencji itp.), a stanowić może plan zwiększenia dostępności do oferowanych na terenie gminy świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji. Powodem, dla którego został utworzony projekt programu był fakt niepodpisania kontaktu z NFZ przez jedną z placówek świadczących do tej pory świadczenia rehabilitacyjne na terenie gminy

W związku z powyższym sugeruje się, aby program zmienił swoją nazwę na np.: „Program zwiększenia dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji wśród mieszkańców gminy Kolsko”.

Autorzy programu wymienili jedynie jakie jednostki chorobowe, na które mogą mieć wpływ interwencje wymienione w projekcie programu. Nie zostały one w żaden sposób opisane.

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 jakąś formą niepełnosprawności, z czego 2-4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu. Warto jednak podkreślić, iż 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. Stąd też ocena kliniczna działań zaproponowanych w programie nie może zostać poddana pełnej analizie. Niemniej jednak, zasadność prowadzenia przez samorządy programów zdrowotnych obejmujących kompleksową terapię i rehabilitację niepełnosprawnych, wydaje się uzasadniona wobec ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Cele i efekty

Głównym celem programu jest poprawa i podtrzymywanie ogólnej sprawności osób z przewlekłymi lub pourazowymi schorzeniami narządu ruchu, układu kostnego i mięśniowego lub ośrodkowego/ obwodowego układu nerwowego wśród mieszkańców Gminy Kolsko.

Cele szczegółowe przedstawione w projekcie programu są dość ogólne, powinny dokładniej określać np. do poprawy funkcjonowania jakich narządów świadczenia rehabilitacyjne będą korzystnie oddziaływać.

Należy zauważyć, że autorzy pod pojęciem oczekiwanych efektów przedstawili mierniki efektywności odpowiadające celom szczegółowym programu. Brak przedstawienia oczekiwanych efektów.

Populacja docelowa

Należy mieć na uwadze, że autorzy projektu programu zakładają, że w programie weźmie udział ok. 3 345 osób dorosłych.

Autorzy programu planują zaprosić do uczestnictwa w programie ok. 3 345 osób. Według danych przedstawionych przez wnioskodawcę oraz danych zawartych na stronach internetowych GUS wynika, że jest to 100% populacji gminy Kolsko. Autorzy nie podają ile osób planują objąć działaniami samego programu. Wydaje się mało prawdopodobne żeby wszyscy mieszkańcy gminy wymagali świadczeń rehabilitacyjnych. Autorzy powinni przedstawić ile osób skorzysta ze świadczeń. Brak podania takiej wartości uniemożliwia oszacowanie w jakikolwiek sposób wartości kosztów całkowitych.

Interwencja

W przypadku realizacji typowego programu zdrowotnego, autorzy programu określili liczbę interwencji planowanych do przeprowadzenia natomiast nie jest jasne ile osób ma skorzystać z tych świadczeń. Autorzy programu wyszczególnili rodzaje zabiegów rehabilitacyjnych oferowane mieszkańcom gminy Kolsko tj.: fizjoterapia (elektroterapia, magnetoterapia, laseroterapia, światłolecznictwo, ultrasonoterapia, masaż, diatermia krótkofalowa i terapuls) oraz kinezyterapia W przypadku zwiększenia dostępu do świadczeń gwarantowanych Analityk nie kwestionuje zasadności stosowania ww. interwencji.

Odnalezione rekomendacje zalecają również, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności. Autorzy projektu programu polityki zdrowotnej jasno określają, że nie ma możliwości zwiększenia liczby zabiegów niż pułap jaki jest przewidziany na każdego pacjenta tj. 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie przez okres 2 tygodni (10 dni).

Warto również podkreślić, iż prawidłowo zaplanowana rehabilitacja powinna być kompleksowa i prowadzona przez wielodyscyplinarny zespół zapewniający: opiekę pielęgniarską, medyczną, fizjoterapeutyczną, terapię zajęciową, opiekę logopedyczną oraz wsparcie pracowników opieki socjalnej. W projekcie programu uwzględniono, że realizator programu powinien posiadać zatrudniać magistra fizjoterapii oraz technika fizjoterapii.

Organizacja

Zgodnie z informacjami podanymi przez autorów programu, wszyscy mieszkańcy gminy będą mogli zgłosić się do programu po uprzednim uzyskaniu skierowania. Skierowanie wystawia lekarz rodzinny, lekarz specjalista rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, lub chirurgii ortopedycznej, lub chirurgii urazowo - ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie chirurgii ortopedycznej, lub chirurgii urazowo - ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub rehabilitacji narządu ruchu, rehabilitacji

ogólnej lub rehabilitacji medycznej, lub lekarz w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Uczestnik programu, który uzyskał skierowanie od lekarza POZ lub specjalisty jest zobowiązany zarejestrować się w gabinecie nie później niż 30 dni od jego wystawienia.

Autorzy programu zaplanowali przeprowadzenie konkursu ofert w celu wyboru realizatora programu. W projekcie programu powinno zawrzeć się klauzule o tym, że konkurs powinien być w trybie otwartym. Przeprowadzenie procedury otwartego konkursu ofert, według której każdemu przysługuje prawo ubiegania się o realizację zadań finansowanych ze środków publicznych, a podmiot wnioskujący o ich przyznanie musi przedstawić ofertę zgodną z zasadami uczciwej konkurencji, gwarantuje wykonanie zadania w sposób efektywny i oszczędny.

Autorzy projektu programu w rozdziale związanym z kompetencjami i warunkami niezbędnymi do realizacji programu opisują warunki lokalowe budynku, w którym mają odbywać się świadczenia rehabilitacyjne. Z opisu wynika, że jest to konkretny budynek. Z opisu natomiast nie wynika czy jest to budynek gminy udostępniony ewentualnemu realizatorowi programu czy też budynek realizatora. Dodatkowo wątpliwości przejrzystości działań budzi wymienienie w opisie wyposażenia gabinetu rehabilitacyjnego, opisu konkretnych modeli urządzeń rehabilitacyjnych. Przy takim podejściu tylko realizatorzy posiadający wymienione modele urządzeń będą dopuszczeni do możliwości realizacji programu. Należy pamiętać że na rynku urządzeń do rehabilitacji występuje wiele modeli spełniających te same wymogi.

Autorzy programu zaplanowali przeprowadzenie kampanii informacyjnej dotyczącej realizacji programu. Przeprowadzenie ww. akcji stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie.

Monitorowanie i ewaluacja

Autorzy programu odnieśli się do monitorowania oraz ewaluacji podejmowanych działań. Monitorowaniu oraz ewaluacji programu podlegać będzie liczba osób, które zgłosiły się do udziału w Programie. Warto również byłoby pokusić się o dodatkowe zestawienia związane z określeniem np. liczby osób, które zostały skierowane na zabiegi fizjoterapeutyczne w ramach Programu czy też liczby osób, które odbyły cykl fizjoterapii.

Uczestnikom programu wręczone zostaną ankiety pozwalające na określenie stanu zdrowia pacjenta przed i po przeprowadzeniu rehabilitacji. Wzór ankiety zostały przedstawiony przez autorów programu.

Zaleca się, aby monitorowaniu podlegała również liczba przeprowadzonych zabiegów rehabilitacyjnych oraz liczba osób, którzy nie przystąpili do działań oferowanych w programie.

Warunki realizacji

Koszty jednostkowe zostały przedstawione z podziałem na poszczególne zabiegi rehabilitacyjne. Koszt całkowity programu w latach 2015-2018 wyniesie 76 000 zł. Zawiera on również w sobie koszty związane z akcją informacyjną. Autorzy programu przedstawili koszty jednostkowe oraz koszty całkowite. Wątpliwości związane z budżetem wynikają z braku przedstawienia liczby osób, które planuje się włączyć do programu. Bez takich danych nie jest możliwe rzetelne przedstawienie budżetu, a tym samym oszacowania kosztów

jednostkowych oraz całkowitych. Poprawność danych przedstawionych przez wnioskodawcę nie jest możliwa do zweryfikowania przez analityka AOTMiT. Warty rozważenia faktem byłoby również zaplanowanie środków na transport osób, które chciałyby wziąć udział w programie, natomiast ze względu na zły stan zdrowia nie są w stanie dotrzeć do placówki rehabilitacyjnej.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Niepełnosprawność, według Światowej Organizacji Zdrowia to ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu. Pojęcie niepełnosprawności często jest używane wymiennie z inwalidztwem, choć zakresy obu pojęć nie w pełni pokrywają się, a niepełnosprawność jest pojęciem szerszym, obejmującym także aspekty aktywności życiowej. Za osoby niepełnosprawne, wg WHO uważa się osoby, które nie mogą samodzielnie, częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia fizycznych lub psychicznych sprawności.

Niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań World Health Organization (WHO) i Komisji Europejskiej. Według ostatnich szacunków, około 15% ludności świata żyje z jakąś formą niepełnosprawności, z czego 2-4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu. Mając na uwadze ulegający wydłużeniu średni czas życia, problem ten staje się niezwykle istotny, gdyż dłuższe życie nieuchronnie wiąże się z pogorszeniem sprawności zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Oczywiście problem niepełnosprawności nie dotyczy tylko osób starszych. Może on wystąpić także wśród osób bardzo młodych, a nawet malutkich dzieci wskutek wad wrodzonych, chorób przewlekłych, wypadków czy urazów. Bez względu na przyczyny niepełnosprawności jest ona poważnym problemem społecznym. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego, uszkodzenia i choroby narządu ruchu są główną przyczyną niepełnosprawności zarówno wśród kobiet (odpowiadają za 59% niepełnosprawności), jak i mężczyzn (51%). W zależności od przyjętego kryterium niepełnosprawności biologicznej (a ściślej poziomu ograniczeń) populacja osób niepełnosprawnych w Polsce może liczyć od 5,3 mln osób do 9 mln osób.

Alternatywne świadczenia

Aktualnie, 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.

Ocena technologii medycznej

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 jakąś 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.

Wyniki opracowanego wspólnie przez WHO oraz Bank Światowy Światowego Raportu na temat niepełnosprawności, wskazują, że na całym świecie, osoby niepełnosprawne są bardziej podatne na możliwe do uniknięcia wtórne problemy zdrowotne oraz choroby współtowarzyszące, mają niższe osiągnięcia edukacyjne, są mniej aktywne zawodowo, częściej w porównaniu do osób sprawnych doświadczają ubóstwa, nie zawsze są w stanie żyć samodzielnie czy w pełni funkcjonować w życiu społecznym. Wynika to częściowo z napotykanych przez osoby niepełnosprawne barier w dostępie do usług, w tym zdrowia, edukacji, zatrudnienia, transportu i informacji. Trudności te nasilają się w społecznościach mniej uprzywilejowanych.

Na podstawie analizy sytuacji osób niepełnosprawnych na świecie w Światowym Raporcie sformułowano konkretne zalecenia dla polityki i praktyki, które, jeśli wprowadzone w życie, mogą doprowadzić do realnej poprawy warunków życia osób niepełnosprawnych. Główne zalecenia obejmują umożliwienie dostępu do głównych polityk, systemów świadczeń, inwestowanie w specjalne programy oraz świadczenia dla osób niepełnosprawnych; przyjęcie narodowej strategii oraz planu działań na rzecz osób niepełnosprawnych; zwiększenie aktywnego angażowania osób niepełnosprawnych w formułowaniu i implementacji polityk, przepisów prawa oraz świadczeń, poprawę rozwoju zasobów ludzkich, zapewnienie odpowiedniego finansowania i poprawę przystępności finansowej; zwiększenie świadomości społecznej i rozumienia niepełnosprawności, poprawę zbierania danych o niepełnosprawności, wzmocnić oraz weprzeć badania w zakresie niepełnosprawności.

Światowy Raport podkreśla, konieczność wspierania ludzi w aktywnym życiu i uczestnictwie w społeczeństwie i zaleca udzielania świadczeń na poziomie społeczeństwa. Ważnym narzędziem promowanym przez WHO jest również rehabilitacja na poziomie społeczeństwa (Community - based rehabilitation - CBR), która jest przybierającą na znaczeniu polityką integracji osób z niepełnosprawnościami, umożliwiającą im uczestnictwo w rozwoju i korzystania z niego. W ramach realizacji Planu Działań WHO na Rzecz Niepełnosprawności i Rehabilitacji na lata 2006-2011, w 2010 r. opublikowano wytyczne rehabilitacji na poziomie społeczeństwa (Community Based Rehabilitation Guidelines), których celem było m.in. udzielenia praktycznych wskazówek i podkreślenie roli rehabilitacji na poziomie społeczeństwa jako narzędzia, które kraje mogą wykorzystać w celu wdrożenia Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych; Działania podejmowane w programach ukierunkowanych zapobieganie niepełnosprawności oraz kompleksową terapię i rehabilitację niepełnosprawnych oraz zagrożonych niepełnosprawnością osób, jak również na aktywizację i integrację społeczną osób niepełnosprawnych wynikają z zadań jednostek samorządów terytorialnych określonych w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2010 nr 214 poz. 1407 z późn. zm.), ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111 poz. 535 z późn. zm.), ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008 Nr 164 poz. 1027 z późn.zm.) oraz ustawach odpowiednich dla danych jednostek terytorialnych.

Głównym celem podejmowanych działań jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym pełnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz tworzenia warunków do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz do korzystania na zasadzie równości z praw ustanowionych dla ogółu obywateli. Programy te mają również pomóc osobom niepełnosprawnym w skutecznym i efektywnym korzystaniu z usług świadczonych na terenie tych jednostek samorządu terytorialnego.

Działania te wpisują się w światową jak i regionalne strategie działań na rzecz osób niepełnosprawnych skierowanych m.in. na wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych, przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu poprzez zwiększenie dostępu do dóbr i usług umożliwiających im pełne uczestnictwo w życiu społecznym, kulturalnym oraz integrację osób niepełnosprawnych ze środowiskiem, realizujących zapisy Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych.

Zasadność prowadzenia przez samorządy programów zdrowotnych obejmujących kompleksową terapię i rehabilitację niepełnosprawnych, wydaje się uzasadnione wobec ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Niezależnie od jednostki chorobowej; wytyczne podkreślają, że skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ciągłość.

Zgodnie z zasadą kompleksowości rehabilitacja rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji.

W szeroko pojmowanym procesie rehabilitacji wyróżnia się rehabilitację medyczną, społeczną i zawodową. Na rehabilitację medyczną (fizjoterapię) składają się: - kinezyterapia - fizykoterapia - masaż leczniczy.

Wytyczne są zgodne, że rehabilitacja nie może być uważana za osobną formę albo etap terapii lecz musi być zintegrowana ze świadczeniami profilaktyki wtórnej, gdyż stanowi jeden z jej aspektów. Rehabilitacja medyczna daje szanse nauczania i zachęcenia pozytywnych zachowań zdrowotnych oraz zwiększenia stosowania się do zalecanej farmakoterapii.

Wytyczne podkreślają, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ (y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych.

Zgodnie z przyjętymi standardami diagnoza – w tym przypadku odbywająca się przed przystąpieniem do programu -powinna być opracowana przez zespół specjalistów, kompleksowa i powinny wynikać z niej szczegółowe wskazania i przeciwwskazania, ocenę ryzyka powikłań, które należy uwzględnić podczas konstruowania programów pracy z chorym.

Zgodnie ze standardami wczesnej interwencji, wyniki kolejnych wizyt konsultacyjnych i wynikające z nich zalecenia powinny być uwzględniane i wykorzystywane podczas modyfikowania indywidualnego programu pracy z chorym oraz oceny jego rezultatów.

Niezależnie od stosowanej interwencji powinno się zapewnić beneficjentowi dobrej jakości informacje na temat schorzenia oraz jego wpływu na życie, dostępnych opcji terapeutycznych oraz potencjalnych korzyści jak również ryzyka każdej z interwencji, jak również o innych dostępnych formach wsparcia. Przekazywanie informacji powinno odbywać się w przystępnej i przyswajalnej formie.

Wszystkie wytyczne są zgodne, że interwencje psychospołeczne, uwzględniające edukację pacjenta powinny stanowić element kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej:

Podkreśla się znaczenie angażowania w proces rehabilitacji oraz objęcie działaniami edukacyjnymi rodziny i opiekunów rehabilitowanego.

Zalecenia są zgodne, że przy ocenie stanu pacjenta należy uwzględnić ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji, a wszystkie osoby wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty na ocenę i poddani leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.

Pracownicy medyczni powinni uwzględniać szerszej pojęte potrzeby zdrowotne i socjalne, które mogą uwzględniać identyfikację i rozwiązanie kwestii ekonomicznych, prawa socjalnego, mieszkaniowych oraz pomocy społecznej. Lekarze powinni ocenić prawdopodobną skalę tych potrzeb, przy planowaniu w jaki sposób ich świadczenia zaspakajają potrzeby lokalnej społeczności.

Kompleksowa rehabilitacja powinna uwzględniać zalecenia/wskazówki zawodowe, aby pomóc w odpowiednim i realistycznym powrocie do pracy.

Wytyczne podkreślają, że pracownicy medyczni powinni uwzględniać szerszej pojęte potrzeby zdrowotne i socjalne, które mogą uwzględniać identyfikację i rozwiązanie kwestii ekonomicznych, prawa socjalnego, mieszkaniowych oraz pomocy społecznej. Lekarze powinni ocenić prawdopodobną skalę tych potrzeb, przy planowaniu w jaki sposób ich świadczenia zaspakajają potrzeby lokalnej społeczności. Kompleksowa rehabilitacja powinna uwzględniać zalecenia/wskazówki zawodowe, aby pomóc w odpowiednim i realistycznym powrocie do pracy.

Istotnym ograniczeniem w tworzeniu rekomendacji dotyczących rehabilitacji, wskazanym we wszystkich wytycznych, jest stwierdzony na podstawie przeprowadzonych przeglądów systematycznych, brak lub niedostatek „odpowiednich metodologicznie” badań.

Jak podkreśla National Centre for the Dissemination and Disability Research (NCDDR), współczesne standardy dowodów i metody stanowią jednak wiele wyzwań dla dziedziny niepełnosprawności i rehabilitacji. Po pierwsze, w przypadku interwencji i programów z zakresu niepełnosprawności i rehabilitacji, standardy dla dowodów oraz metody wykorzystywane w wielu przeglądach systematycznych i metaanalizach identyfikują niewiele badań z Poziomu 1. Wiele przeglądów systematycznych i metaanaliz uwzględnia wyłącznie badania z randomizacją (RCT), uznawane powszechnie za najbardziej rygorystyczne metody oceny skuteczności interwencji. Z tego powodu niektóre niedawno opublikowane przeglądy wykazywały brak lub bardzo niewiele dostępnych dowodów. Chociaż, takie wyniki mogą odzwierciedlać bardziej niedobór dobrze kontrolowanych badań w dziedzinie niepełnosprawności i rehabilitacji, niż brak skuteczności interwencji, wyniki wskazujące na brak dowodów stanowią poważne i nieustające wyzwanie w dziedzinie niepełnosprawności i rehabilitacji.

Niedostatek badań klinicznych poziomu 1 w dziedzinie niepełnosprawności i rehabilitacji wynika w większości z natury oraz zakresu dziedziny. Zarówno w badaniach jak i praktyce,

niepełnosprawność i rehabilitacja jest wyjątkowo szeroką, wielodyscyplinarną dziedziną obejmującą: biologiczne, psychologiczne, społeczne, ekonomiczne, prawne i środowiskowe czynniki związane z niepełnosprawnością.

Charakter niepełnosprawności i rehabilitacji stanowi poważne wyzwania dla rozwoju wiedzy i identyfikacji dowodów, obejmując m.in.: duży zasięg i złożoność; znaczenie upewnomicniania osób niepełnosprawnych (i włączania ich w podejmowanie decyzji o uczestnictwie), małe liczebności próby (głównie ze względu na niejednorodność i wynikającą z tego konieczność indywidualizowania interwencji do potrzeb osoby), trudności lub niemożliwość przeprowadzenia pełnego zaślepienia badania czy kontrolowania względem placebo (wynika to z konieczności stosowania zindywidualizowanej interwencji), trudności z określeniem etycznej i praktycznej grupy kontrolnej, potrzeba stosowania technologii pomocniczych oraz adaptacji środowiska w celu poprawy czynności dnia codziennego lub jakości życia osób niepełnosprawnych, poziom finansowania odpowiednie dla badań pilotażowych, rozwoju interwencji, czy wczesnego etapu badań jednak nie wystarczające dla przeprowadzenia prawdziwie rygorystycznego metodologicznie badania skuteczności; potrzeba rozwiązania kwestii dotyczących obszernych systemów społecznych obejmujący uwzględnienie środowiska społecznego, fizycznego i/lub ekonomicznego.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: AOTMiT-OT-441-27/2015, „Program zdrowotny rehabilitacja lecznicza mieszkańców gminy Kolsko” realizowany przez: Gminę Kolsko, Warszawa, marzec 2015 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, sierpnia 2011.