



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 191/2016 z dnia 30 września 2016 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program rehabilitacji
medycznej ułatwiający powroty do pracy” realizowany przez
województwo opolskie

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program rehabilitacji medycznej ułatwiający powroty do pracy” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada szereg interwencji, których zadaniem jest poprawa stanu zdrowia osób z chorobami układu krążenia i po udarach oraz umożliwienie im powrotu do pracy. Projekt został przygotowany w sposób staranny, zaś zaplanowane interwencje stanowią wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Należy jednak podkreślić, że projekt wymaga uzupełnień, by zawarte w nim informacje nie wzbudzały wątpliwości co do planowanych działań, zaś jakość programu było możliwe najwyższa.

Cele programowe zostały określone poprawnie, ale mierniki efektywności warto uzupełnić o wskaźniki jakościowe.

Populacja docelowa w zakresie rehabilitacji została wskazana prawidłowo. Należy jednak wyjaśnić wątpliwości związane z kryteriami kwalifikacji do programu. Zaleca się także dokładne oszacowanie liczby uczestników tych interwencji, by możliwe było określenie wielkości uzyskanego po realizacji programu efektu zdrowotnego (im większy odsetek populacji docelowej włączony do programu tym widoczniejszy efekt zdrowotny w populacji).

W zakresie populacji niezbędne jest oszacowanie liczby personelu medycznego do którego kierowane będą szkolenia. Należy także wskazać kryteria kwalifikacji do udziału w tej interwencji.

Założone działania z zakresu rehabilitacji kardiologicznej i neurologicznej znajdują swoje odzwierciedlenie w rekomendacjach. Zostały one przedstawione w sposób poprawny. Należy jednak doprecyzować szczegóły dotyczące m.in. przeprowadzania kontrolnych badań oraz możliwości korzystania z wizyty logopedy.

W zakresie szkoleń personelu medycznego nie przedstawiono szczegółowych informacji dotyczących ich realizacji (m.in. zakresu tematycznego, liczby warsztatów, osoby prowadzącej), co należy uzupełnić.

Należy podkreślić, że projekt programu może pozytywnie wpłynąć na zdrowie populacji z chorobami układu krążenia i po udarach. Zaplanowane działania stanowią uzupełnienie świadczeń gwarantowanych. Na uwagę zasługuje również możliwość transportu uczestnika do ośrodka na zajęcia rehabilitacyjne, co podnosi jakość programu i może stanowić ułatwienie w dostępie dla osób z problemami z poruszaniem się.



Proces monitorowania został określony poprawnie. W zakresie ewaluacji należy mieć na uwadze uwzględnienie wskaźników jakościowych oraz przeprowadzenie oceny efektywności w odpowiednim okresie czasu.

Zaplanowany budżet wymaga uzupełnienia m.in. o koszty szkoleń, akcji informacyjnej, edukacji, kosztu jednostkowego. Należy także określić sposób finansowania transportu uczestnika do programu.

Przedmiot opinii

Projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy rehabilitacji kardiologicznej i neurologicznej dla mieszkańców województwa opolskiego. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 10 799 529 PLN, zaś okres realizacji to lata 2016-2020.

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

Program odnosi się do problemu zdrowotnego związanego z chorobami układu krążenia oraz realizuje następujący priorytet zdrowotny: zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu. Choroby układu krążenia, w tym choroba niedokrwienna serca (ChNS) są najważniejszą przyczyną zgonów w krajach rozwiniętych. Wg Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego za najważniejszą grupę docelową działań profilaktycznych uważa się osoby z chorobami układu krążenia na podłożu miażdżycowym. Rehabilitacja, edukacja i kontrola czynników ryzyka wiążą się z poprawą rokowania i poprawą jakości życia osób z chorobami układu krążenia.

W projekcie prawidłowo opisano problem zdrowotny, a także opisano sytuację epidemiologiczną na terenie województwa oraz kraju.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych, w woj. opolskim w 2013 r. zapadalność na chorobę niedokrwienną serca wynosiła 535/100 tys. mieszkańców (średnia krajowa – 569,2), na niewydolność serca w woj. opolskim – 314/100 tys. (średnia dla Polski – 310,4/100 tys.).

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „przywrócenie osobom w wieku aktywności zawodowej pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do aktywności zawodowej oraz brania czynnego udziału w życiu społecznym poprzez wdrożenie kompleksowego programu rehabilitacji medycznej na terenie województwa opolskiego w latach 2016-2020”. Dodatkowo wskazano 10 celów szczegółowych. Przyjęty cel główny spełnia koncepcję SMART, ponieważ jest on konkretny, jego realizację można monitorować i mierzyć (np. za pomocą skal ocen, ankiet), osiągalny, istotny, a także został zaplanowany w czasie.

Przedstawione mierniki efektywności są adekwatne do postawionych celów, ale są to tylko mierniki ilościowe. Dodatkowo można by uwzględnić np. zmiany w modyfikowalnych czynnikach ryzyka tj. okresowe wartości ciśnienia tętniczego krwi, masy ciała uczestników, okresowe wartości stężenia LDL, hemoglobiny glikowanej, poziom wiedzy z zakresu prawidłowego odżywiania się oraz wpływu aktywności fizycznej na zmiany modyfikowalnych czynników ryzyka, zmiana jakości życia uczestników programu, podjęcie pracy przez pacjentów kardiologicznych uczestniczących w programie. Należy pamiętać, aby wartości wskaźników określone były przed i po realizacji programu, ponieważ dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości, stanowi o wadze uzyskanego efektu programu.

Populacja docelowa

Program adresowany jest do osób w wieku aktywności zawodowej (od 18 r.ż. do osiągnięcia wieku emerytalnego) z występującym schorzeniem układu krążenia, a także do kadry świadczącej usługi medyczne.

Ze względu na możliwości finansowe, programem planuje się objąć 5650 osób, jednak nie oszacowano liczebności populacji docelowej zatem nie wiadomo jaki procent populacji potencjalnie kwalifikującej się do programu, stanowi liczba 5650 osób. Kwestia ta wymaga uzupełnienia.

Przed przystąpieniem uczestnika do programu, lekarz prowadzący będzie wypełniał ankietę dot. czynników ryzyka (wzór ankiety załączony do projektu) obejmujących: palenie tytoniu, ciśnienie tętnicze, stężenie cholesterolu LDL, hemoglobiny glikowanej, glukozy na czczo i wskaźnik BMI. Jednak nie jest do końca jasne czy w zależności od występujących czynników ryzyka, dany pacjent będzie kwalifikowany do programu lub nie. Należy jasno doprecyzować kryteria kwalifikacji.

Zgodnie z „Optymalnym Modelem Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji” Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, w pierwszej kolejności w programach kompleksowej rehabilitacji/wtórnej prewencji powinni brać udział pacjenci z ChNS (choroba niedokrwienna serca) lub niewydolnością serca, osoby po zabiegach kardiologicznych (po planowym zabiegu rewaskularyzacji przezskórnej, osoby po operacji pomostowania aortalnowieńcowego (CABG), osoby po ostrym zespole wieńcowym. Pacjenci ze stabilną chorobą niedokrwienną serca, w tym po planowym zabiegu angioplastyki wieńcowej, u których czynniki ryzyka (palenie tytoniu lub ciśnienie tętnicze $>140/90$ mmHg lub stężenie cholesterolu LDL 18 mmol/l (> 70 mg/dl) lub stężenie hemoglobiny glikowanej $>7\%$ lub stężenie glukozy na czczo $>7,0$ mmol/l (>126 mg/dl) lub wskaźnik masy ciała >30 kg/m²) nie będą wystarczająco kontrolowane powinni być kierowani do ośrodków prowadzących ambulatoryjną edukację i rehabilitację kardiologiczną.

Populację programu stanowią także osoby po przebytych udarach mózgu (Blok II). Nie jest jednak jasne, czy w ramach oszacowanej wcześniej liczebności uczestników uwzględniono także tę grupę osób. Należy zatem kwestie liczebności doszczegółwić.

Zgodnie z rekomendacjami NICE 2013, osoby niesprawne po udarze powinny być poddane rehabilitacji na oddziale szpitalnym, a następnie w swojej społeczności lokalnej. Nie są do końca jasne kryteria kwalifikacji do programu – nie określono po jakim czasie od wystąpienia udaru, pacjent może skorzystać z rehabilitacji w ramach programu. Podano jedynie informacje, że w ramach edukacji działaniami programu będą mogły być objęte osoby samodzielne, bez nasilonych deficytów ruchowych, bez zaburzeń afatycznych, objawów zespołu otępiennego. Nie jest do końca jasne czy te kryteria odnoszą się do wszystkich interwencji z zakresu rehabilitacji neurologicznej proponowanych w programie.

W ramach projektu planuje się także przeprowadzenie szkoleń kadry medycznej, jednak nie wskazano liczebności tej populacji docelowej i kryteriów kwalifikacji, co należy uzupełnić.

Interwencja

W ramach programu oferowane będą:

- rehabilitacja kardiologiczna w warunkach ambulatoryjnych (Blok I), zakładająca spotkania edukacyjne, sesje aktywności fizycznej oraz rehabilitację zawodową;
- rehabilitacja neurologiczna w warunkach ambulatoryjnych (Blok II) zakładająca warsztaty edukacyjne, sesje rehabilitacyjne i rehabilitację zawodową;
- szkolenia personelu medycznego (Blok III).

W projekcie programu w sposób szczegółowy określono sposób realizacji zaplanowanych interwencji m.in. liczbę przysługujących sesji rehabilitacyjnych, warsztatów edukacyjnych, osoby odpowiedzialne za realizację działań oraz zakres tematyczny edukacji.

Program zakłada długotrwałą współpracę w zakresie spotkań edukacyjnych, której celem jest wypracowanie odpowiednich zachowań zdrowotnych u pacjenta i ich podtrzymanie – uczestnik zostanie objęty działaniami w ramach programu średnio przez okres około 6 miesięcy.

Zaplanowane interwencje z zakresu rehabilitacji kardiologicznej są zgodne z odnalezionymi wytycznymi, według których („Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji” PTK, British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation – BACPR, 2012, Royal Dutch Society for Physical Therapy – KNGF, 2011, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation/American Heart Association – AACVPR/AHA, 2012.), czas trwania programu ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej powinien wynosić 8 tygodni, składać się z 8 spotkań edukacyjnych (po 45 min) i 8 spotkań ćwiczeń aktywności fizycznej (po 45 minut). Zatem liczba spotkań i czas ich trwania zaproponowane w ocenianym programie są po części zgodne z ww. zaleceniami. Ponadto rekomendacje wskazują, że efektywny program rehabilitacji kardiologicznej i wtórnej prewencji powinien składać się z sesji ćwiczeń fizycznych, a także edukacji dotyczącej stylu życia, czynników ryzyka, chorób układu krążenia i konieczności stosowania się do zaleceń lekarskich.

W odniesieniu do zaplanowanej rehabilitacji neurologicznej należy wskazać, że American Heart Association/American Stroke Association –AHA/ASA 2016 rekomenduje, aby po ukończeniu podstawowej rehabilitacji poudarowej rozpocząć uczestnictwo w programach ćwiczeniowych w środowisku domowym. W wyżej wspomnianych rekomendacjach, w zakresie rehabilitacji poudarowej stwierdza się, że zorganizowana rehabilitacja interdyscyplinarna jest zalecana w rehabilitacji ambulatoryjnej lub w rehabilitacji prowadzonej w warunkach domowych. Zgodnie z tymi zaleceniami, osoby po udarze po wypisie ze szpitala powinny uczestniczyć w programach ćwiczeń uwzględniających trening równowagi, powinni być informowani o wpływie choroby na ich życie – interwencje te zostały uwzględnione w programie.

Zgodnie z zaleceniami The National Institute for Health and Care Excellence 2013 (NICE), w przedmiotowym programie, u osób z występującymi problemami komunikacji werbalnej, zasadnym byłoby uwzględnienie terapii w zakresie mowy, prowadzonej przez doświadczonego terapeutę. W programie w ramach sesji rehabilitacyjnych w skład zespołu może wejść m.in. logopeda. W świetle ww. rekomendacji jest to jak najbardziej zasadne. Interwencje przewidziane w ramach rehabilitacji są działaniami rekomendowanymi w rehabilitacji poudarowej.

Doprecyzowania wymaga kwestia ponownej oceny czynników ryzyka tj. palenie tytoniu, ciśnienie tętnicze, stężenie LDL, hemoglobiny glikowanej, glukozy na czczo, BMI – najprawdopodobniej każdy pacjent będzie musiał wykonać te badania w ramach świadczeń gwarantowanych i wyniki tych badań zostaną ocenione w ramach konsultacji w programie. Zgodnie z informacjami zamieszczonymi w projekcie, zmiana w parametrach tych czynników będzie odzwierciedlać skuteczność zastosowanej interwencji.

Ww. badania znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – Dz.U. poz. 1248, z późn. zm.).

Świadczeniem gwarantowanym nie jest rehabilitacja kardiologiczna prowadzona w warunkach ambulatoryjnych, dodatkowo, zgodnie z informacją zawartą w projekcie programu, w województwie opolskim zgodnie z danymi z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ nie ma zakontraktowanych świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym.

Realizacja niniejszego Programu stanowi więc wartość dodaną do funkcjonującego obecnie systemu dzięki wsparciu w postaci ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej i neurologicznej. Stanowi kolejny etap – kontynuację interwencji rehabilitacyjnych dostępnych w ramach świadczeń gwarantowanych.

W ramach Bloku III programu, planuje się szkolenia mające na celu podniesienie kwalifikacji z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji. Zgodnie z informacjami zawartymi w projekcie, szkolenia w zakresie rehabilitacji umożliwią pogłębienie wiedzy oraz wymianę doświadczeń specjalistów. Wpłynię to na podniesienie kwalifikacji personelu medycznego w tym zakresie, a w związku z tym poprawi jakość świadczeń rehabilitacyjnych. W projekcie nie rozwinięto kwestii planowanych szkoleń, nie wiadomo do jakich dokładnie specjalistów będą skierowane szkolenia, kto będzie je prowadził, jaki zakres merytoryczny będą obejmować, jaka będzie ilość szkoleń, kiedy i gdzie będą prowadzone. Informacje te powinny zostać uzupełnione. Szkolenia personelu medycznego mogą przyczynić się do

uzyskania trwałego efektu programu, ponieważ wiedza zdobyta w trakcie realizacji programu będzie mogła być wykorzystana w codziennej pracy z pacjentami, po zakończeniu programu.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie programu zaplanowano jego monitorowanie i ewaluację.

Proces monitorowania został opisany w sposób prawidłowy, uwzględniający ocenę zgłaszalności i jakości udzielanych świadczeń. Należy mieć na uwadze, że monitorowanie powinno być prowadzone przez cały czas realizacji programu.

W ramach ewaluacji planuje się wykorzystanie wskaźników uwzględnionych w ramach mierników efektywności, co jest podejściem poprawnym, jednak należy mieć na uwadze, że ocena ta powinna odbyć się po zakończonym programie. Ponadto należy mierniki te uzupełnić o wskaźniki jakościowe. Należy zdawać sobie sprawę z faktu, że ewaluacja jest procesem, który ma na celu określenie wpływu podjętych działań na zdrowie populacji, zatem ważne jest porównanie stanu zdrowia po określonym czasie od zakończenia programu ze stanem wyjściowym.

Istotne jest zapewnienie trwałości efektów, poprzez skuteczną edukację pacjentów, tak aby po zakończeniu programu posiadali oni odpowiednią wiedzę oraz byli zmotywowani do utrzymania zmian w stylu życia, mogących w pozytywny sposób wpłynąć na ich zdrowie. Ważne jest także, aby uczestnicy byli w stanie samodzielnie wykonywać zalecane ćwiczenia oraz utrzymywali zdrowy tryb życia.

Warunki realizacji

Realizatorzy programu zostaną wybrani w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Określono także kompetencje i warunki niezbędne do realizacji świadczeń.

Przedstawiono etapy realizacji programu, jednak nie przedstawiono szczegółowego harmonogramu działań w rozbiciu na poszczególne lata. Mając na uwadze to, że program jest 5 letni, zasadne wydaje się przedstawienie takiego harmonogramu działań. W projekcie wskazano także sposób zakończenia udziału w programie. Zaplanowano także kampanię informacyjną.

Dodatkowo w razie potrzeby uczestnikom zostanie zapewniony dojazd niezbędny dla realizacji usługi zdrowotnej dla danej osoby z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji usługi zdrowotnej i z powrotem oraz opieka nad osobą niesamodzielną. Nie jest jednak jednoznacznie opisane czy dojazdy będą finansowane z budżetu programu, co wymaga doprecyzowania.

Dla każdej grupy pacjentów zostanie wskazana jedna osoba z zespołu, jako jej osobisty opiekun w kontaktach między poszczególnymi etapami programu. Stanowi to wartość dodaną do programu i może wpłynąć na trwałość efektów, poprzez ciągłe motywowanie i nadzorowanie pacjentów w utrzymywaniu wypracowanej zmiany stylu życia. Zgodnie z rekomendacjami American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation/American Heart Association – AACVPR/AHA, 2012, lekarz nadzorujący program rehabilitacji kardiologicznej powinien w razie konieczności modyfikować zindywidualizowane plany treningowe poszczególnych pacjentów, a także jest on odpowiedzialny za zapewnienie nadzoru nad postępami pacjenta.

Budżet przeznaczony na realizację programu został oszacowany na 10 799 529 PLN. Przedstawiono koszty poszczególnych interwencji w ramach planowanej rehabilitacji. Nie jest do końca jasne czy koszty ewentualnych dojazdów niezbędnych dla realizacji usługi zdrowotnej dla danej osoby będą finansowe ze środków programu, co warto doprecyzować.

Nie przedstawiono kosztów planowanych szkoleń dla personelu medycznego, powinno to zostać uwzględnione w części budżetowej projektu. Nie przedstawiono zryczałtowanego średniego kosztu na 1 uczestnika. Nie podzielono kosztów na poszczególne lata realizacji (program jest 5 letni). Nie oszacowano kosztów akcji informacyjnej, monitorowania ani ewaluacji programu. Ww. informacje należy uzupełnić.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Choroby układu krążenia, w tym choroba niedokrwienna serca (ChNS) są najważniejszą przyczyną zgonów w krajach rozwiniętych. Wg Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego za najważniejszą grupę docelową działań profilaktycznych uważa się osoby z chorobami układu krążenia na podłożu miażdżycowym. Rehabilitacja, edukacja i kontrola czynników ryzyka wiążą się z poprawą rokowania i poprawą jakości życia osób z chorobami układu krążenia.

Alternatywne świadczenia

Świadczenia w ramach niniejszego programu rozszerzają świadczenia gwarantowane w ramach NFZ, ponieważ rehabilitacja kardiologiczna jest finansowana w warunkach stacjonarnych i/lub w oddziale/ośrodku dziennym, rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych, a oceniany program będzie realizowany w warunkach ambulatoryjnych. Jednakże należy zaznaczyć, że dodatkowo rehabilitacja lecznicza w grupie schorzeń układu krążenia, prowadzona jest przez ZUS w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym.

Ocena technologii medycznej

Wykazano, że programy rehabilitacji kardiologicznej redukują śmiertelność wśród pacjentów z chorobą sercowo-naczyniową. Wytyczne (m.in. „Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji” PTK, British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation – BACPR, 2012, Royal Dutch Society for Physical Therapy – KNGF, 2011, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation/American Heart Association – AACVPR/AHA, 2012) są zgodne, że rehabilitacja kardiologiczna 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 kardiologiczna daje szansę nauczenia i zachęcenia pozytywnych zachowań zdrowotnych oraz zwiększenia stosowania się do zalecanej farmakoterapii.

Powinna być ona równo dostępna dla wszystkich pacjentów, w szczególności dla grup których dostęp do tych świadczeń byłby mniej prawdopodobny (mniejszości etniczne/narodowe, osoby starsze, osoby z socjoekonomicznie niższych grup, kobiet, osób z obszarów wiejskich oraz osób ze współistniejącymi chorobami psychicznymi oraz fizycznymi).

Każdy program rehabilitacji kardiologicznej aby zapewnić efektywność kliniczną i osiągnąć trwałe efekty zdrowotne powinien uwzględniać 7 następujących komponentów: zmiana stylu życia i edukacja, zarządzanie czynnikami ryzyka związanymi ze stylem życia (aktywność fizyczna, dieta, zaprzestanie palenia tytoniu), zdrowie psychospołeczne, zarządzanie medycznymi czynnikami ryzyka, terapie kardioprotekcyjne, zarządzanie długookresowe, ocena i ewaluacja. Zespół prowadzący rehabilitację może składać się z: kardiologa, lekarza ogólnego, pielęgniarki, fizjoterapeuty, fizjologa, dietetyka, terapeuty zajęciowego.

Kompleksowe programy rehabilitacji kardiologicznej powinny uwzględniać elementy edukacji zdrowotnej oraz zwalczania stresu. Wszystkie zalecenia są zgodne, że obok zaleceń dotyczących aktywności fizycznej, powinny być stosowane również odpowiednie zalecenia z zakresu profilaktyki wtórnej dotyczące odżywienia, stosowania alkoholu oraz palenia, mające na celu zmianę nawyków stylu życia, jak również odpowiednie zalecenia dotyczące farmakoterapii.

Rekomendacje są zgodne, że interwencje psychospołeczne, uwzględniające edukację pacjenta powinny stanowić element kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej. Kompleksowa rehabilitacja powinna uwzględniać zalecenia/wskazówki zawodowe, aby pomóc w odpowiednim i realistycznym powrocie do pracy. W celu zwiększenia wykorzystania rehabilitacji kardiologicznej, powinno stosować się formy przypomnienia telefoniczne, telefoniczne połączone z bezpośrednim kontaktem z personelem medycznym. W grupie pacjentów po zawale serca niezbędna jest zmiana stylu życia, regularne stosowanie leków i rehabilitacja kardiologiczna, aby zapobiec kolejnym incydentom sercowo-naczyniowym i zminimalizować ryzyko zgonu.

Zgodnie z „Optymalnym Modelem Rehabilitacji Kardiologicznej” PTK, po opuszczeniu ośrodka stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej, rehabilitacja powinna być kontynuowana w formie ambulatoryjnych sesji szkoleniowych. Zgodnie z zaleceniami PTK, w pierwszej kolejności w programach kompleksowej rehabilitacji/wtórnej prewencji powinni brać udział pacjenci z ChNS

(choroba niedokrwienna serca) lub niewydolnością serca, osoby po zabiegach kardiochirurgicznych, osoby po ostrym zespole wieńcowym. Pacjenci ze stabilną chorobą niedokrwienną serca, w tym po planowym zabiegu angioplastyki wieńcowej, u których czynniki ryzyka nie będą wystarczająco kontrolowane powinni być kierowani do ośrodków prowadzących ambulatoryjną edukację i rehabilitację kardiologiczną. Ambulatoryjna edukacja powinna składać się z co najmniej 6 godzin w grupach składających się z maksymalnie 10 pacjentów.

Programy rehabilitacji kardiologicznej powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów, z naciskiem na ćwiczenia, minimalizację czynników ryzyka i zmianę stylu życia. Program ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej powinien być kontynuacją szpitalnego programu rehabilitacji kardiologicznej. Personel szpitalny powinien informować pacjentów o korzyściach płynących z dalszej rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.

Zgodnie z rekomendacjami American Heart Association/American Stroke Association, pacjenci po udarze powinni mieć zapewnioną zorganizowaną, skoordynowaną i interdyscyplinarną opiekę. Zorganizowana rehabilitacja interdyscyplinarna jest zalecana w rehabilitacji ambulatoryjnej lub w rehabilitacji prowadzonej w warunkach domowych. Osoby po udarze, po wypisie ze szpitala powinny uczestniczyć w programach ćwiczeń uwzględniających trening równowagi. Ocena problemów w komunikacji powinna zawierać: wywiad, konwersację, obserwację, ocenę mowy, języka, czytania, pisanie. Należy zidentyfikować słabości w komunikacji i wybrać strategie kompensacyjne, które mogą być pomocne. Terapia mowy i języka jest zalecana dla osób z afazją. Intensywny, powtarzalny trening zadaniowy jest rekomendowany dla pacjentów z problemami z chodem.

Wszystkie osoby po udarze powinny wykonywać ćwiczenia ADL (Activities of Daily Living – ćwiczenia nastawione na wymogi codziennego ruchu) i ćwiczenia IADL (Instrumental Activities of Daily Living – ćwiczenia nastawione na złożone czynności życia codziennego), dostosowane do indywidualnych potrzeb. Zaleca się zindywidualizowany program treningowy w celu zwiększenia wydolności krążeniowo-oddechowej i zmniejszenia ryzyka powtórzenia się udaru. Po ukończeniu zorganizowanej rehabilitacji poudarowej zaleca się uczestnictwo w programach ćwiczeniowych w środowisku domowym.

W wielodyscyplinarnym zespole rehabilitacji po udarze powinni uczestniczyć: lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, rehabilitanci, terapeuci zajęciowi, terapeuci mowy i języka, psychologowie, pracownicy społeczni. Osoby będące w zespole powinny zbadać pacjenta po udarze pod kątem różnych zaburzeń i niesprawności i następnie poinformować pacjenta o dalszej ocenie stanu zdrowia i leczeniu. Początkowo należy zaoferować co najmniej 45 min. terapii rehabilitacyjnej przez 5 dni w tygodniu, dla osób, które mają możliwość uczestniczenia i które mogą osiągnąć cele funkcjonalne

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 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.176.2016 „Program rehabilitacji medycznej ułatwiający powroty do pracy” realizowany przez: województwo opolskie, Warszawa wrzesień 2016 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny”, sierpień 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 294/2016 z dnia 26 września 2016 roku o projekcie programu „Program rehabilitacji medycznej ułatwiający powroty do pracy” województwa opolskiego