



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 40/2019 z dnia 29 marca 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny Program
Zdrowotny Województwa Zachodniopomorskiego Rehabilitacja
medyczna po przebytych udarze mózgowym na lata 2020-2022”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny Program Zdrowotny Województwa Zachodniopomorskiego Rehabilitacja medyczna po przebytych udarze mózgowym na lata 2020-2022” realizowany przez województwo zachodniopomorskie.

Uzasadnienie

Projekt programu polityki zdrowotnej w swoich założeniach stanowi zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla pacjentów po udarze mózgu. Niemniej jednak w ramach programu zaplanowano dwuetapową kwalifikację do zabiegów rehabilitacyjnych, nie wskazując na jakiej podstawie pacjent będzie do niej trafiał. Zaplanowana rekrutacja pacjentów wydłuża proces postępowania terapeutycznego, co w przypadku pacjentów po udarze ma istotne znaczenie. Ponadto nie sprecyzowano jakie wyniki badań oraz testów będą podstawą skierowania do dalszych działań przewidzianych w programie. Biorąc pod uwagę fakt, że pacjenci z udarem najczęściej poddawani są hospitalizacji, to świadczenia rehabilitacyjne powinny odbywać się bezpośrednio po zakończonym leczeniu szpitalnym. Nieuzasadnione jest prowadzenie dodatkowej kwalifikacji pacjenta do zabiegów, gdyż przy wypisie ze szpitala pacjent otrzymuje zalecenia co do dalszego postępowania, natomiast ocena stanu sprawności pacjenta i dobór ćwiczeń mógłby być dokonywany na pierwszej wizycie rehabilitacyjnej.

Program zakłada również przeprowadzanie działań edukacyjnych wśród uczestników programu w ramach oddzielnych spotkań, co wydaje się być zadaniem trudnym do zrealizowania ze względu na stan zdrowia pacjentów. Zasadne jest prowadzenie edukacji podczas zajęć rehabilitacyjnych, co pozwoli na zwiększenie efektywności podejmowanych działań poprzez zindywidualizowane podejście do pacjenta. Rezygnacja z edukacji w tak zaplanowanej formie oraz rezygnacja z konsultacji rekrutacyjnej pozwoliłaby na przesunięcie środków przeznaczonych na procesy na zabiegi rehabilitacyjne, co przełoży się na zwiększenie liczby osób objętych rehabilitacją.

Ponadto w projekcie nie zaplanowano edukacji rodzin i opiekunów pacjentów udarowych z zakresu opieki nad pacjentem. Należy zaznaczyć, że rola najbliższego otoczenia jest kluczowa w szybkim powrocie do sprawności pacjentów, co również powinno zostać uwzględnione w programie. W opiniowanym projekcie nie uwzględniono elementu terapii behawioralnej, która zgodnie z rekomendacjami klinicznymi wspomaga proces powrotu do sprawności pacjenta.

Istotnym ograniczeniem programu jest również odsetek zaplanowanych uczestników programu. Mając na uwadze dostępny budżet całkowity, objęcie działaniami niewielkiego odsetka pacjentów może nie przełożyć się na zaspokojenie chociaż części potrzeb zdrowotnych w tej grupie docelowej.



Wątpliwe jest również prowadzenie szkoleń wśród pielęgniarek środowiskowych oraz w szczególności lekarzy orzeczników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Wytyczne wskazują wyłącznie na rolę lekarzy pierwszego kontaktu w edukacji społeczeństwa, szczególnie w grupie ryzyka chorób naczyniowych. Niemniej jednak zaplanowana liczba uczestników szkoleń wydaje się być niewielka w odniesieniu do liczby tej grupy zawodowej i wydaje się, że zmiana formy szkoleniowej na materiały dydaktyczne czy platformę e-learningową pozwoliłoby zaoszczędzić środki i dotrzeć do większej grupy odbiorców.

Odnośząc się do pozostałych elementów programu, należy wskazać, że :

- cele programowe nie są zgodne z zasadą SMART;
- mierniki efektywności nie odnoszą się do wszystkich celów szczegółowych;
- w zakresie oszacowań budżetu należy uwzględnić koszty związane z monitorowaniem i ewaluacją.

Mając na uwadze wątpliwości co do organizacji programu i wątpliwości co do możliwych do uzyskania korzyści zdrowotnych, niemożliwe jest wydanie pozytywnej opinii prezesa Agencji.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest program polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji neurologicznej. Całkowity koszt realizacji programu został oszacowany na 1 235 294 zł, zaś okres realizacji to lata 2020-2022.

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 jest udar mózgu. W opisie problemu przedstawiono definicje choroby, czynniki ryzyka, metody diagnostyczne oraz sposoby leczenia.

Problem zdrowotny opisany w projekcie wpisuje się w priorytety zdrowotne: „zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu serowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu” oraz „rehabilitacja” należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

Według danych Eurostatu w Polsce w 2013 r. odsetek zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych, do których zaliczamy również udary, wynosił 8,5%. Powyższy odsetek jest zbliżony do średniej krajów Unii Europejskiej wynoszącej 8,7%.

Zgodnie z informacjami zawartymi w projekcie, mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego (neurologicznych wieku podeszłego) dla województwa zachodniopomorskiego wskazują, że w 2016 r. zarejestrowano 2,99 tys. hospitalizacji z powodu udaru niedokrwiennego mózgu (wskaźnik hospitalizacji – 174,8/100 tys. mieszkańców, śmiertelność pohospitalizacyjna – 21,9%), natomiast z powodu krwotoku śródczaszkowego śródmózgowego odnotowano 0,41 tys. hospitalizacji (wskaźnik hospitalizacji – 24,06/100 tys. mieszkańców, śmiertelność pohospitalizacyjna – 43,6%).

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „poprawa jakości życia co najmniej 10% osób w wieku aktywności zawodowej po udarze mózgu poddanych rehabilitacji i edukacji zdrowotnej, uczestniczących w programie w latach 2020-2022”. Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być m.in. wyraźnie

sprecyzowany, mierzalny, oraz konkretnie wytyczony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

W treści projektu wskazano także 5 celów szczegółowych:

- wzrost świadomości co najmniej 50% osób z przebyłym udarem mózgu uczestniczących w spotkaniach edukacyjnych;
- wzrost wiedzy u co najmniej 50% personelu medycznego uczestniczącego w szkoleniach na temat rehabilitacji osób po udarze mózgowym;
- wdrożenie działań rehabilitacyjnych u co najmniej 200 osób po przebyłym udarze mózgu w czasie realizacji programu;
- poprawa sprawności fizycznej u 10% osób w wyniku przeprowadzonej rehabilitacji;
- wzrost o 30% osób po przebyłym udarem mózgu wykonujących samodzielnie ćwiczenia usprawniające w warunkach domowych po przeprowadzonej rehabilitacji.

Powyższe cele szczegółowe warto dostosować do zasady SMART, według której cele powinny być sprecyzowane, mierzalne, osiągalne, istotne, konkretnie wytyczone w czasie. Cele sformułowane w powyższy sposób nie wpisują się w definicję SMART. Ponadto cel w postaci „wdrożenie działań rehabilitacyjnych u co najmniej 200 osób po przebyłym udarze mózgu w czasie realizacji programu” został sformułowany w postaci działania, nie zaś oczekiwanego efektu.

W projekcie przedstawiono 13 mierników efektywności. Część z nich ma charakter ilościowy i może zostać wykorzystana przy ocenie zgłaszalności do programu. Nie określono mierników odnoszących się do celów szczegółowych dotyczących poprawy sprawności oraz zwiększenia liczby osób samodzielnie wykonujących ćwiczenia w warunkach domowych, co należy uzupełnić. Przy formułowaniu miernika odnoszącego się do celu dotyczącego poprawy sprawności, warto rozważyć jej ocenę zarówno przy pomocy wystandaryzowanego narzędzia, jak również poprzez subiektywną ocenę pacjenta (ankieta). 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. Ponadto należy pamiętać, aby wartości wskaźników określone były przed i po realizacji programu. Dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości i jej wielkość stanowi o wadze uzyskanego efektu programu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu będą stanowić osoby po przebyłym udarze mózgu (kobiety w wieku 40-59 lat oraz mężczyźni w wieku 40-64 lat). Według danych pochodzących z Głównego Urzędu Statystycznego w 2017 r. województwo zachodniopomorskie zamieszkiwało około 523 927 osób w wieku adresatów programu, w tym 230 289 kobiet i 293 638 mężczyzn.

W projekcie oszacowano, że w ciągu 3 lat do programu będzie kwalifikowało się ok. 6 800 osób. Powyższe szacunki oparto o współczynnik zapadalności na udar w Polsce na podstawie danych z badania Global Burden of Diseases. Z uwagi na ograniczony budżet, kwalifikacja wstępna do programu obejmie ok. 400 osób, zaś działania edukacyjne i zabiegi rehabilitacyjne zostaną skierowane do ok. 300 osób. Należy wskazać, że odsetek osób, który zostanie objęty rehabilitacją jest bardzo niski w porównaniu do populacji kwalifikującej się do programu.

Kryteriami formalnymi do włączenia do programu, oprócz statusu mieszkańca województwa zachodniopomorskiego, będzie konieczność wyrażenia pisemnej zgody na udział w programie. Określono również kryteria wykluczenia. Z programu nie będą mogły skorzystać osoby, którym udzielane są świadczenia rehabilitacji leczniczej finansowane przez NFZ, ZUS i KRUS w trakcie trwania programu oraz osoby, u których stwierdzono przeciwwskazania zdrowotne do uczestnictwa w rehabilitacji medycznej. Ponadto o uczestnictwie w programie będzie decydować kolejność zgłoszeń.

Dodatkowo program w części informacyjno-szkoleniowej obejmie także pielęgniarki środowiskowe rodzinne, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i lekarzy orzeczników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) (łącznie ok. 200 osób). Powyższe jest zgodne z wytycznymi, które wskazują na dużą rolę w edukacji społeczeństwa, szczególnie w grupie ryzyka chorób naczyniowych, lekarzy pierwszego kontaktu (PTK/ESC 2016).

Interwencja

W ramach programu zaplanowano wizyty kwalifikujące (ocena stanu zdrowia pacjenta i jego funkcjonowania), działania z zakresu edukacji zdrowotnej oraz zabiegi rehabilitacyjne.

Program zakłada przeprowadzenie kampanii informacyjno-promocyjnej skierowanej do mieszkańców województwa zachodniopomorskiego, co jest zgodne z wytycznymi, które wskazują, że edukacja w kierunku wczesnego rozpoznawania udaru mózgu dla populacji ogólnej powinna być prowadzona w formie kampanii informacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem działań kierowanych do grup podwyższonego ryzyka (ISWP 2016).

W ramach programu zaplanowano również przeprowadzenie edukacji zdrowotnej uczestników programu. Określono częstotliwość spotkań i czas ich trwania, liczebność grup, a także zakres tematyczny spotkań dot. profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych, objawów i powikłań, a także znaczenia rehabilitacji po przebytych udarach mózgu. Dodatkowo uczestnicy spotkań edukacyjnych otrzymają dodatkowe materiały edukacyjne dotyczące omawianych zagadnień. Powyższe jest zgodne z wytycznymi, które wskazują na zasadność prowadzenia edukacji zdrowotnej w kierunku chorób naczyń mózgowych, ze szczególnym uwzględnieniem udarów mózgu (PTK/ESC 2016, ISWP 2016, NICE 2013, AHA 2013, PTN 2012), a także wskazują na zasadność profilaktyki wtórnej chorób naczyń mózgowych (w tym udarów mózgu) obejmującej m.in. modyfikację czynników ryzyka (PTK ESC 2016, AHA/ASA 2014, PTN 2012).

W programie zaplanowano działania informacyjno-szkoleniowe skierowane do personelu medycznego. Tematyka szkoleń będzie dotyczyła m.in. wdrażanego programu, postępowania leczniczego po przebytych udarach mózgu, najnowszych metod rehabilitacyjnych.

Rekrutacja do programu będzie miała charakter dwuetapowy. W ramach pierwszego etapu lekarz neurolog na podstawie wywiadu specjalistycznego, wyniku testu Mini Mental (test oceniający stan psychiczny/status poznawczy pacjenta), pomiaru niezależności funkcjonalnej FIM (ang. *Functional Independence Measure*) oraz zastosowania własnych skal opracowanych przez realizatora programu, dokona oceny stanu zdrowia pacjenta pod kątem zaburzeń i niepełnosprawności. Zastosowanie skal funkcjonalnych jest zgodne z wytycznymi, które wskazują, że przy planowaniu rehabilitacji dla pacjentów po udarze należy zidentyfikować jego deficyty poznawcze przy użyciu sprawdzonych i wiarygodnych narzędzi (NICE 2013). Natomiast w ramach drugiego etapu rekrutacji zaplanowano wizytę u lekarza rehabilitanta, obejmującą wywiad specjalistyczny, pomiary medyczne, opracowanie diagnozy funkcjonalnej i ustalanie planu działań rehabilitacyjnych. Jednak nie sprecyzowano jakie pomiary medyczne zostaną wykonane przez lekarza, a także nie określono na czym będzie polegało opracowanie diagnozy funkcjonalnej, co należy uzupełnić. Ponadto konieczne jest wskazania jakie wyniki badań oraz testów będą podstawą skierowania do dalszych działań przewidzianych w programie. Należy także określić na jakiej zasadzie pacjent będzie trafiał do rekrutacji. Celem skrócenia procesu rekrutacji zasadne byłoby zakwalifikowanie pacjenta do programu bezpośrednio po wypisie ze szpitala, bez konieczności powtórnej konsultacji. W związku z powyższym konieczne byłoby nawiązanie współpracy realizatorów programu z szpitalnymi oddziałami neurologicznym/udarowymi funkcjonującymi na terenie województwa zachodniopomorskiego.

Zasadniczą częścią programu będą stanowić zabiegi rehabilitacyjne, obejmujące kinezyterapię grupową, fizykoterapię oraz masaże lecznicze. Plan zabiegów fizjoterapeutycznych ustalany będzie zgodnie z potrzebami i możliwościami wynikającymi ze stanu zdrowia pacjenta. Na zakończenie cyklu rehabilitacji zostanie dokonana ocena efektywności realizowanych działań.

Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami pacjenci po udarze powinni jak najwcześniej rozpocząć rehabilitację (SIGN 2010, NSF 2010, VHA-DoD 2010) oraz powinni mieć zapewnioną zorganizowaną, skoordynowaną i interdyscyplinarną opiekę (AHA/ASA 2016). Wszystkim osobom po udarze zaleca się

wykonywanie ćwiczeń ADL (*Activities of Daily Living* – ćwiczenia nastawione na wymogi codziennego ruchu) i ćwiczeń IADL (*Instrumental Activities of Daily Living* - ćwiczenia nastawione na złożone czynności życia codziennego), dostosowanych do ich indywidualnych potrzeb. Ponadto zaleca się zindywidualizowany program treningowy w celu zwiększenia wydolności krążeniowo-oddechowej i zmniejszenia ryzyka powtórzenia się udaru. Po ukończeniu zorganizowanej rehabilitacji poudarowej rekomenduje się uczestnictwo w programach ćwiczeniowych w środowisku domowym (AHA/ASA 2016).

Należy podkreślić, że zaplanowane interwencje znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 465 z późn. zm.).

Kompletne uczestnictwo w programie będzie polegało na udziale w zajęciach edukacyjnych oraz cyklu działań z zakresu rehabilitacji leczniczej. Zakończenie udziału w programie będzie możliwe na każdym jego etapie (na podstawie pisemnej deklaracji uczestnika lub jego opiekuna). Po zakończeniu udziału w programie uczestnik otrzyma zalecenia dalszego postępowania, a także informacje o możliwości kontynuowania rehabilitacji w ramach świadczeń gwarantowanych.

W ramach programu planowany jest zakup sprzętu rehabilitacyjnego, urządzeń i materiałów do ćwiczeń ruchowych (m.in. zestawy do ćwiczeń biernych, stoły do masażu i fizjoterapii, poduszki sensomotoryczne, rotory do kończyn dolnych i górnych).

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja natomiast jest analizą danych z PPZ, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań

W ramach zgłaszalności zaplanowano ocenę liczby uczestników programu oraz liczby zgód na udział w programie w odniesieniu do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu oraz zakładanej populacji docelowej w podziale na poszczególne lata trwania programu. Dodatkowo analizie podlegać będą przyczyny nieuczestniczenia w programie. Bieżąca ocena realizacji programu będzie polegała na analizie raportów okresowych tworzonych w miesięcznych oraz rocznych interwałach czasowych.

Ocena jakości świadczeń ma być monitorowania na podstawie analizy anonimowych ankiet satysfakcji, co jest podejściem poprawnym.

Ewaluacja opierać się będzie na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności.

Warunki realizacji

Realizatorem programu będzie podmiot, wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przedstawiono informacje nt. personelu, wyposażenia i warunków lokalowych względem realizatora.

Całkowity koszt realizacji programu będzie wynosił 1 235 294 zł. Określono koszty składowego, tj. działania organizacyjno-administracyjne (73 794 zł), działania informacyjno-promocyjne (42 000 zł), działania informacyjno-szkoleniowe dla personelu medycznego (25 000 zł), działania informacyjno-edukacyjne (36 000 zł), kwalifikacja do programu/badania lekarskie (112 000 zł), rehabilitacja medyczna (840 000 zł), koszty dojazdów na zabiegi rehabilitacyjne dla 50% uczestników rehabilitacji (31 500 zł), zakup sprzętu (75 000 zł). Koszt pojedynczego szkolenia dla personelu medycznego oszacowano na 5 000 zł, zaś spotkania edukacyjnego dla osób uczestniczących w rehabilitacji medycznej na 2 000 zł. Natomiast koszt jednostkowy wizyty u lekarza neurologa, jak również lekarza rehabilitacji będzie wynosił 80 zł.

Program współfinansowany będzie ze środków europejskich w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Niepełnosprawność (wg WHO) 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.

Niepełnosprawność jest problemem ogólnoświatowym, 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.

Metodami rehabilitacyjnymi w niepełnosprawności są:

- kinezyterapia to składowa rehabilitacji, w której środkiem leczniczym jest ruch, stosowany w formie ćwiczeń. Obok kinezyterapii ważnym środkiem leczenia usprawniającego jest terapia zajęciowa, która polega na wykonywaniu prac manualnych, stanowiących uzupełnienie i kontynuację ćwiczeń na sali gimnastycznej.
- fizykoterapia to stosowanie w celach leczniczych różnego rodzaju energii wytwarzanej za pomocą aparatury (elektroterapia, ultradźwięki, magnetoterapia, laseroterapia, światłolecznictwo, ciepłolecznictwo, krioterapia).
- masaż leczniczy to wykorzystanie bodźców mechanicznych głównie w postaci ucisku na tkanki w celu wywołania odczynów fizjologicznych.

Alternatywne świadczenia

Zabiegi fizjoterapeutyczne (m.in. kinezyterapia, fizykoterapia oraz masaż suchy) znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 465 z późn. zm.).

Ocena technologii medycznej

Ze względu na fakt, że PPZ skierowane do osób niepełnosprawnych nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji, ograniczono się do przedstawienia wybranych najnowszych, wiarygodnych opracowań, zaleceń oraz przeglądów systematycznych dotyczących rehabilitacji medycznej obejmującej: rehabilitację kardiologiczną, pulmonologiczną, neurologiczną, pourazową, w schorzeniach kostno-stawowych, rehabilitację po udarze mózgu, rehabilitację wzroku, słuchu, fizjoterapię, kinezyterapię.

Odnalezione wytyczne kliniczne dotyczące rehabilitacji wskazują, że:

- Współczesne standardy dowodów i metody stanowią wiele wyzwań dla dziedziny niepełnosprawności i rehabilitacji (NCDDR 2009 – National Centre for the Dissemination and Disability Research). Istotnym ograniczeniem w tworzeniu rekomendacji dotyczących rehabilitacji, wskazanym we wszystkich wytycznych, jest stwierdzony na podstawie przeprowadzonych przeglądów systematycznych, brak lub niedostatek „odpowiednich metodologicznie” badań;
- Zgodnie z zasadą kompleksowości 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;
- 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 (NZGG 2002 – New Zealand Guidelines Group, SIGN 2002 – Scottish Intercollegiate Guidelines Network);

- Pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2010 – National Stroke Foundation, VHA-DoD 2010 – Veterans Health Administration, Department of Defense).
- Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RCP-NICE 2008 – Royal College of Physicians-National Institute for Health and Care Excellence, RACGP 2009 – The Royal Australian College of General Practitioners).
- Ćwiczenia grupowe powinny być wykonywane pod nadzorem, z tego powodu grupa nie powinna przekraczać liczby 10 osób (NICE 2009).
- Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej tak aby pacjent pozostał aktywny (NICE 2009, AHRQ 2009). Edukacja pacjenta powinna opierać się na informacjach dotyczących wytrzymałości anatomicznej i strukturalnej kręgosłupa, neurologicznym wyjaśnieniu odczuwania bólu, stosowania aktywnego radzenia sobie z bólem.
- Zalecenia są zgodne, że przy ocenie stanu pacjenta należy uwzględniać ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji, a wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty i poddane leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi (NZGG 2002, SIGN 2002, NICE 2007).
- We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania partnerów/rodziny/opiekunów w proces terapeutyczny (NZGG 2002).

Wnioski pochodzące z odnalezionych dowodów naukowych:

- Spittle 2007 (metaanaliza) – Prowadzenie wczesnej interwencji rozwojowych poprawiało wyniki poznawcze w wieku niemowlęcym (iloraz rozwoju (developmental quotient) [DQ]: standaryzowana średnia różnica (SMD)= 0,46 SD (95% CI: 0,36; 0,57) oraz w wieku przedszkolnym (iloraz inteligencji [Intelligence quotient IQ]; SMD=0,46 SD (95% CI 0,33; 0,59). Efekt ten nie utrzymał się w wieku szkolnym.
- Pollock 2014C – W przeglądzie stwierdzono, że rehabilitacja fizyczna jest bardziej efektywna niż zwyczajna opieka w polepszaniu: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu;
- Oosterhuis 2014 – Celem przeglądu było ustalenie czy aktywna rehabilitacja po operacji dysku odcinka lędźwiowego jest bardziej efektywna niż brak interwencji. Programy ćwiczeń rozpoczynające się 4-6 tygodni po operacji wydają się prowadzić do szybszego obniżenia bólu i niepełnosprawności (mała lub średnia wielkość efektu) w porównaniu do braku interwencji. Natomiast programy ćwiczeń o wysokiej intensywności wydają się prowadzić do nieznacznie szybszego obniżenia bólu i niepełnosprawności w porównaniu do programów ćwiczeń o niskiej intensywności;
- Mehrholz 2014 – Celem przeglądu była ocena treningu na bieżni i wsparcia masy ciała, osobno lub w połączeniu, w poprawie chodzenia, w porównaniu z innymi metodami treningu chodu, placebo lub brakiem interwencji, na podst. dowodów o umiarkowanej jakości, stwierdzono że szybkość chodu i wytrzymałość mogą ulec poprawie.

Otrzymane opinie ekspertów wskazują, że niepełnosprawność jest poważnym problemem społecznym zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym, jak i ogólnospołecznym oraz ma wpływ

przede wszystkim na rozwój jednostki oraz jakość jej życia. Często wpływa także na jej wydolność ekonomiczną, funkcjonowanie i zdrowie jej rodziny, a gdy dotyczy ona dzieci i młodzieży – również na wykorzystanie potencjału edukacyjnego. Poprawa stanu pacjenta, założona w postępowaniu rehabilitacyjnym stanowi najistotniejszy element opieki nad pacjentem umożliwiając mu osiągnięcie wyższego poziomu sprawności i/lub kontaktu z zespołem leczącym, jako formy wsparcia społecznego, które będzie mogło stanowić źródło osobistej satysfakcji pacjenta.

Realizacji programów z zakresu rehabilitacji leczniczej może wpłynąć na poprawę jakości rehabilitacji, zwłaszcza na jej kompleksowość i ciągłość. Plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

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 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.357.2017 „Rehabilitacja medyczna po przebyłym udarze mózgowym na lata 2020-2022 realizowany przez Województwo Zachodniopomorskie”, realizowany przez: Województwo Zachodniopomorskie data ukończenia: marzec 2019 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 81/2019 z dnia 25 marca 2019 roku o projekcie programu „Rehabilitacja medyczna po przebyłym udarze mózgowym na lata 2020-2022” Województwa Zachodniopomorskiego.