



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 111/2019 z dnia 14 sierpnia 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Fizjoterapia dla
mieszkańców Gminy Kamieńsk”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Fizjoterapia dla mieszkańców Gminy Kamieńsk”.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców gminy, co może przelożyć się na podniesienie jakości życia i poprawę zdrowia osób niepełnosprawnych. Jednakże projekt programu został opracowany w zbyt ogólny i nieprecyzyjny sposób. Liczne uwagi odnoszące się do poszczególnych elementów programu uniemożliwiają wydanie pozytywnej opinii Prezesa Agencji:

- Cel główny oraz cele szczegółowe zostały sformułowane w sposób nieprawidłowy. Zaproponowane mierniki efektywności nie odnoszą się do wszystkich celów programu.
- Zapisy projektu dotyczące adresatów programu są niepełne i nieprecyzyjne, m.in. nie oszacowano liczebności populacji docelowej.
- Zaplanowane interwencje korespondują z wytycznymi. Należy jednak mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały świadczeń finansowanych w ramach NFZ u danego pacjenta.
- W projekcie brak jest prawidłowo zaplanowanej ewaluacji programu. Działania przewidziane w projekcie, w punkcie dotyczącym monitorowania i ewaluacji, w obecnej formie nie pozwolą na pełną ocenę zgłaszalności, jakości świadczeń i efektywności programu. 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.
- Nie oszacowano kosztu całkowitego programu. Nie wskazano również składowych kosztu jednostkowego.

Należy podkreślić, że zgodnie z obowiązującymi zapisami ustawowymi, jednostki samorządu terytorialnego, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Nie wskazuje się jednak, że działania te powinny być finansowane w ramach programu polityki zdrowotnej.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Całkowity budżet przeznaczony na realizację programu nie został oszacowany. Okres realizacji obejmuje lata 2018-2021.



Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373), wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu odnosi się do szerokiego problemu zdrowotnego. W opisie problemu w sposób zdawkowy przedstawiono charakterystykę niepełnosprawności. Przytoczono również informacje dotyczące metod leczenia i rehabilitacji.

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.

Problem zdrowotny opisany w projekcie wpisuje się w priorytet zdrowotny „rehabilitacja” należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

W treści projektu nie odniesiono się do światowych, krajowych i regionalnych danych epidemiologicznych w przedmiotowym zakresie. Przedstawiono dane lokalne dotyczące ilości wykonywanych zabiegów fizjoterapeutycznych w gminie Kamieńsk.

Zgodnie z wynikami badania Diagnoza Społeczna 2015 w próbie badanej 3 409 było osób niepełnosprawnych, a odsetek osób niepełnosprawnych wynosił 10,3%. Najwięcej osób niepełnosprawnych mieszkało w województwie lubuskim (20%), a najmniej w województwie zachodniopomorskim (6%). Odsetek osób niepełnosprawnych w woj. łódzkim w 2015 r. wynosił 10,1%. Biorąc pod uwagę liczebność dorosłych mieszkańców gminy Kamieńsk, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby oscylować łącznie w granicach 478 mieszkańców ww. gminy.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zwiększenie dostępności mieszkańcom gminy Kamieńsk do zabiegów fizjoterapeutycznych oraz poprawę jakości życia osób niepełnosprawnych poprzez przywracanie im sprawności ruchowej”. Należy zaznaczyć, że główne założenie zostało sformułowane w sposób nieprawidłowy. W istocie składa się ono z dwóch odrębnych celów. Ponadto cel w postaci zwiększenia dostępności nie odnosi się do efektu zdrowotnego.

W treści projektu wskazano także 6 celów szczegółowych:

- (1) „usunięcie procesów chorobowych oraz zapobieganie nawrotom i postępowaniu choroby”,
- (2) „zwalczanie bólu i stanów zapalnych”,
- (3) „zapobieganie następstwom chorób przewlekłych związanych z narządem ruchu”,
- (4) „podniesienie jakości życia i ograniczenie postępu choroby poprzez edukację prawidłowego postępowania i prowadzenia odpowiedniego usprawnienia”,
- (5) „wsparcie i pomoc rehabilitacyjna osobom przewlekle chorym z dysfunkcją narządu ruchu”,
- (6) „zwiększenie samodzielności osób z niepełnosprawnością w zakresie narządu ruchu”.

Większość szczegółowych założeń programu zostało sformułowane w postaci działań, a nie rezultatów jakie zamierza się osiągnąć w ramach realizacji programu. Ponadto ww. cele szczegółowe zostały sformułowane w postaci uniemożliwiającej obiektywny pomiar ich realizacji. Warto również

pamiętać, że na podniesienie jakości życia uwzględnionej w 4 celu szczegółowym ma wpływ wiele czynników, z których większość jest niezależnych od udziału w programie.

Należy zaznaczyć, że cele programowe powinny być sprecyzowane, mierzalne, osiągalne, istotne, konkretnie wytyczone w czasie, a zatem definiowane zgodnie z zasadą SMART. W trakcie definiowania celów niezbędne jest również określenie konkretnych wartości, które będzie można zmierzyć po zakończeniu programu, co nie zostało uwzględnione w projekcie.

W projekcie przedstawiono 4 mierniki efektywności:

- (1) „liczba pacjentów skierowanych do udziału w programie w poszczególnych latach”,
- (2) „liczba wykonanych zabiegów”,
- (3) „liczba pacjentów deklarujących poprawę zdrowia, sprawności, zmniejszenia odczuwanego bólu po leczeniu”,
- (4) „liczba pacjentów deklarujących utrzymanie stałego stopnia choroby, dolegliwości przed i po zastosowaniu leczenia”.

Ponadto projekt zawiera zapis, że świadczeniobiorcy biorący udział w programie zostaną zobowiązani do wypełnienia ankiety dotyczącej zadowolenia z przeprowadzonej rehabilitacji. Miernikiem efektywności będzie porównanie wyników dokonanej oceny na początku i na końcu procesu rehabilitacji. Dowodami na skuteczność programu będą 2 ankiety wypełnione przez uczestników. Jedna będzie zawierała ocenę poziomu satysfakcji z zabiegów, druga zapewni obiektywną ocenę ewentualnej poprawy zdrowia.

Należy zaznaczyć, że 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. Warto zwrócić uwagę, że przedstawione w projekcie mierniki nie odnoszą się bezpośrednio do wszystkich założonych celów (wszystkie mogą być natomiast wykorzystane podczas monitorowania), a wartość części z nich oceniana będzie na podstawie subiektywnych odczuć uczestników programu.

Reasumując, element programu dotyczący celów i mierników efektywności nie został opracowany w prawidłowy sposób.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią mieszkańcy gminy Kamieńsk. Zgodnie z danymi GUS populacja osób zamieszkujących gminę liczy 5 912 osób. W projekcie nie oszacowano konkretnej liczby osób, którą zamierza się objąć działaniami w ramach programu.

W odniesieniu do kryteriów kwalifikacji wskazano, że do udziału w programie może być zakwalifikowany pacjent, który jest mieszkańcem Gminy Kamieńsk i posiada odpowiednie skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Natomiast w projekcie nie określono, czy konieczne będzie uzyskanie pisemnej zgody uczestnika na udział w programie. Nie wskazano również w jednoznaczny sposób osoby odpowiedzialnej za kwalifikację do programu. Nie przedstawiono warunków wykluczenia z udziału w programie w odniesieniu do osób, które korzystają ze świadczeń w ramach NFZ.

Reasumując, zapisy dotyczące populacji docelowej są niepełne i nieprecyzyjne.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano szereg zabiegów kinezyterapeutycznych (indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne), ćwiczenia wspomagane, ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem, ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem, ćwiczenia izometryczne, nauka czynności lokomocji, wyciągi) i fizykoterapeutycznych (elektrolecznictwo: elektrostymulacja, galwanizacja, jonoforeza, prądy diadynamiczne, prądy TENS, prądy interferencyjne, prądy Traeberta; ultrasonoterapia: ultradźwięki, ultrafonoforeza; światłolecznictwo:

lampa sollux, laser punktowy, skaner; magnetoterapia: impulsowe pole magnetyczne niskiej i wysokiej częstotliwości; masaż mechaniczny: fotel masujący mięśnie przykręgosłupowe jak i kończyny górne i dolne). Zaplanowano również wdrożenie pięciodniowego instruktażu dla osób chorych lub opiekujących się chorymi w zakresie ćwiczeń w warunkach domowych. Zakres tych ćwiczeń będzie obejmował: ćwiczenia bierne, czynno- bierne, wspomagane, prowadzone oraz czynne kończyn górnych i dolnych oraz czynności lokomocji i samoobsługi. Jednak nie przedstawiono szczegółowych informacji w tym zakresie.

Zgodnie z treścią projektu, każdy z zakwalifikowanych pacjentów, w zależności od problemu zdrowotnego, uzyska 10- dniowy cykl zabiegów składających się do 5 rodzajów zabiegów zleconych przez lekarza kierującego (o ilości powtórzeń jak i o ilości zabiegów będzie decydował lekarz kierujący ale nie przekraczający w/w ilości). Każdy z mieszkańców będzie mógł w ciągu roku wykorzystać do dwóch serii zabiegów. Jednak w szczególnych przypadkach tj.: świeże; złamania, skręcenia, zwichnięcia i stłuczenia oraz świeże udary mózgu jak i usprawnianie po wszczępieniu endoprotez kończyn oraz kobiet po mastektomii (zabiegi tylko z zakresu kinezyterapii) będą rozpatrywane indywidualnie.

Odnalezione rekomendacje NSF 2010 (National Stroke Foundation) oraz VHA-DoD 2010 (Veterans Health Administration-Department of Defense) 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. Ćwiczenia fizyczne powinny być również 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 – Royal Australian College of General Practitioners). Zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji, co zostało częściowo uwzględnione w zapisach projektu.

Należy podkreślić, że zaplanowane interwencje fizjoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Rozporządzeniem MZ z dn. 9 maja 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2016 poz. 960), na podstawie art. 9a i 9b, jednostki samorządu terytorialnego w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia (uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa), mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Biorąc pod uwagę powyższe, nie ma konieczności przygotowywania w tym zakresie programu polityki zdrowotnej.

W projekcie zaplanowano nie zaplanowano działań o charakterze edukacyjnym.

Zgodnie z rekomendacjami ACCP 2007 (American College of Chest Physicians) programy rehabilitacji powinny obejmować: badanie pacjenta, trening fizyczny, edukację, poradę dietetyka i wsparcie psychologiczne.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji, jednak nie zostały one zaplanowane w sposób prawidłowy. 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.

Ocena zgłaszalności do programu ma być dokonywana na podstawie liczby pacjentów zgłoszonych do udziału w programie. W ramach oceny zgłaszalności należy monitorować także liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie oraz liczbę osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji.

Ocena jakości świadczeń w programie ma być prowadzona w oparciu o analizę wyników ankiety ewaluacyjnej wypełnionej przez uczestników przed i po zakończeniu cyklu zabiegów. Jednak do projektu nie załączono wzoru ankiety, zatem nie było możliwości weryfikacji jej treści.

W ramach oceny efektywności programu założono, że świadczeniobiorcy biorący udział w programie zostaną zobowiązani do wypełnienia ankiety dotyczącej zadowolenia z przeprowadzonej fizjoterapii. Warto zauważyć, że opisane działania nie ocenia efektywności działań, lecz może być wykorzystane w ocenie jakości świadczeń. Wzór wspomnianej ankiety również nie został załączony do projektu.

W związku z powyższym należy uznać, że przedstawiony projekt nie posiada opisu ewaluacji programu.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu. Dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości i jej wielkość, stanowi o wadze uzyskanego efektu programu.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów oraz działań podejmowanych w ramach programu. Zgodnie z zapisami projektu realizatorem programu będzie Gabinet Fizjoterapii w Kamieńsku. Należy zaznaczyć, że wg zapisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, realizatorem programu polityki zdrowotnej powinien być podmiot wyłoniony w drodze konkursu. W treści projektu przedstawiono informacje nt. personelu, wyposażenia i warunków lokalowych względem realizatora.

W projekcie odniesiono się do sposobu informowania nt. trybu i sposobu zapraszania do programu. Natomiast brak jest zapisów dotyczących sposobu zakończenia udziału w programie. Należy podkreślić, iż określenie ścieżki postępowania z uczestnikiem programu po zakończeniu przez niego udziału jest wskazane z uwagi na fakt zachowania ciągłości prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian lub podjęcia w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej leczenia wykrytych schorzeń.

Nie oszacowano całkowitego kosztu realizacji programu. W projekcie programu przedstawiono koszt jednostkowy bez podziału na poszczególne zabiegi. Koszt 10-dniowego cyklu zabiegów ambulatoryjnych został oszacowany na kwotę 350 zł, a koszt rehabilitacji domowej na kwotę 150 zł.

Program ma zostać sfinansowany w ze środków gminy.

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 ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań WHO i Komisji Europejskiej. Według ostatnich szacunków, około 15% ludności świata żyje z pewną formą niepełnosprawności, z czego 2-4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu.

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

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

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 stwierdzenie 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 wskazano, że fizjoterapia rozpoczęta w 4-6 tygodniu od operacji prowadzi do polepszenia funkcji w porównaniu do braku interwencji lub interwencji wyłącznie edukacyjnej, a także rehabilitacja multidyscyplinarna koordynowana przez doradców medycznych prowadzi do szybszego powrotu do pracy w porównaniu do zwykłej opieki (dowody niskiej jakości). Dowody bardzo niskiej jakości wskazują, że ćwiczenia są bardziej efektywne niż brak interwencji w kontekście bólu w podejściu krótkoterminowym (SMD -0,90, 95% CI od -1,55 do - 0,24, 5 badań, 272 uczestników) oraz że programy ćwiczeń o wysokiej intensywności są bardziej efektywne niż programy ćwiczeń o niskiej intensywności w kontekście bólu, w krótkim terminie (WMD -10,67, 95% CI od -17,04 do - 4,30, 2 badania, 103 uczestników);
- 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 2019 r., poz. 1373), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.92.2019 „Fizjoterapia dla mieszkańców Gminy Kamieńsk” realizowany przez: Gminę Kamieńsk, Warszawa, lipiec 2019, Aneksu „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 240/2019 z dnia 5 sierpnia 2019 roku o projekcie programu „Fizjoterapia dla mieszkańców Gminy Kamieńsk”.