



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 140/2019 z dnia 25 września 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja
mieszkańców Gminy Barwice na lata 2019-2023”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Rehabilitacja mieszkańców Gminy Barwice na lata 2019-2023”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców gminy, co może przełożyć się na podniesienie jakości życia i poprawę zdrowia osób niepełnosprawnych. 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.

W celu podniesienia jakości programu należy uwzględnić poniższe uwagi.

- Cel główny oraz cele szczegółowe należy przeformułować tak, aby były osiągalne i mierzalne. Zaproponowane mierniki można wykorzystać w monitorowaniu zgłaszalności i ocenie jakości programu. Brak jest wskaźników dotyczących efektywności programu, co wymaga uzupełnienia. Mierniki efektywności powinny się odnosić do wszystkich celów programu, co umożliwi jakościową i ilościową ocenę efektywności programu.
- W projekcie należy doprecyzować kwestie dotyczące liczebności populacji docelowej programu oraz kwalifikacji do udziału w programie. Zaplanowane interwencje korespondują z wytycznymi. Przy czym w projekcie nie wskazano narzędzi, które będą wykorzystywane do oceny zmian i postępów pacjenta w ramach prowadzonych zabiegów, co przekłada się bezpośrednio na trudności w pomiarze stopnia realizacji celów i efektywności programu. Należy także mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielaty świadczeń finansowanych w ramach NFZ u danego pacjenta. Ponadto, w miarę możliwości finansowych, sugeruje się uzupełnienie projektu o działania o charakterze edukacyjnym, na co wskazują odnalezione rekomendacje.
- Monitorowanie i ewaluacja wymagają uzupełnienia, ponieważ 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.
- Budżet programu należy zweryfikować pod kątem określenia składowych kosztu jednostkowego oraz wskazać kwoty przeznaczone na akcję informacyjną, monitorowanie i ewaluację programu.



Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu oszacowano na 250 000 zł, zaś okres realizacji to lata 2019-2023.

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 przedstawiono pobieżne informacje dotyczące układu ruchu i chorób kręgosłupa wskazując, że rehabilitacja lecznicza jest integralną częścią procesu terapeutycznego, który umożliwia wspomoczenie naturalnych procesów regeneracyjnych i zmniejszenie fizycznych oraz psychicznych następstw choroby. Nie przedstawiono informacji odnoszących się do czynników ryzyka zachorowania oraz 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 przedstawiono światowe, krajowe oraz regionalne dane epidemiologiczne.

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. zachodniopomorskim w 2015 r. wynosił 6%. Biorąc pod uwagę liczebność dorosłych mieszkańców Gminy Barwice, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby oscylować łącznie w granicach 507 mieszkańców ww. gminy.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zwiększenie dostępności mieszkańcom gminy Barwice do zabiegów rehabilitacyjnych oraz poprawa i podtrzymanie ogólnej sprawności osób z przewlekłymi lub pourazowymi schorzeniami narządu ruchu, układu kostnego i mięśniowego lub ośrodkowego/obwodowego układu nerwowego. Zmniejszenie bólu, przywrócenie sprawności i funkcji narządów organizmu w tym kręgosłupa, narządów ruchu, poprawa sprawności mięśni i stawów, poprawa koordynacji ruchowej i mięśniowej”. Należy zaznaczyć, że cel główny jest złożony z trzech odrębnych założeń, co utrudnia dobór mierników efektywności. W przypadku pierwszej części celu głównego (zwiększenie dostępności) brak jest efektu zdrowotnego. Dodatkowo należy zauważyć, że podtrzymanie sprawności może być powodowane nie tylko poprzez interwencje rehabilitacyjne.

W treści projektu wskazano także 6 celów szczegółowych:

- (1) „zwalczanie bólu i stanów zapalnych”,
- (2) „zapobieganie nawrotom choroby”,
- (3) „przywracanie prawidłowego zakresu ruchu”,
- (4) „zwiększanie siły mięśniowej”,

- (5) „zwiększenie samodzielności osób z niepełnosprawnością w zakresie narządu ruchu”,
- (6) „stwarzanie optymalnych możliwości gojenie się struktur”.

Należy zaznaczyć, że wszystkie cele szczegółowe stanowią działania, a nie rezultaty jakie zamierza się osiągnąć w wyniku realizacji programu. Ponadto, w projekcie nie wskazano narzędzi, które planuje się wykorzystać podczas oceny siły mięśniowej czy też zakresu wykonywanych ruchów. Brak również odniesień do oceny stopnia dolegliwości bólowych. W ankiecie ewaluacyjnej programu wskazano jedynie, że „natężenie dolegliwości” będzie oceniane w skali od 0 do 10. Należy pamiętać, że do oceny nasilenia bólu czy też ruchomości stosowane są wystandaryzowane skale lub kwestionariusze.

Warto również zaznaczyć, że cele powinny być sprecyzowane, mierzalne, osiągalne, istotne oraz konkretnie wytyczone w czasie, a zatem zgodne z zasadą SMART. Ponadto, należy stwierdzić, że w trakcie definiowania celów niezbędne jest określenie konkretnych wartości, które będzie można zmierzyć po zakończeniu programu, co nie zostało uwzględnione w projekcie.

W projekcie przedstawiono 5 mierników efektywności:

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

Po uwzględnieniu uwag dotyczących celów wskazane mierniki będą możliwe do wykorzystania w programie. Pierwsze trzy mierniki można wykorzystać w ocenie zgłaszalności, natomiast dwa kolejne – w ocenie jakości programu. Nie wskazano mierników bezpośrednio odpowiedzialnych za określenie zmian zachodzących u pacjenta po zastosowaniu danych interwencji. W tym celu stosuje się np. wystandaryzowane skale lub kwestionariusze.

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.

Reasumując, element programu dotyczący celów i mierników efektywności nie został opracowany poprawnie i wymaga korekty.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią mieszkańcy gminy Barwice. Zgodnie z treścią projektu liczba mieszkańców gminy wynosi 8 444, co koresponduje z danymi GUS. W projekcie nie oszacowano w precyzyjny sposób liczebności populacji docelowej programu, co należy uzupełnić. Na podstawie budżetu można przyjąć, że do programu zostanie włączonych ok. 170 osób rocznie (od 2020 r.). Według oszacowań na podstawie badania Diagnoza Społeczna 2015, na terenie Gminy może zamieszkiwać ok. 6% populacji (ok. 507 osób), która wymaga interwencji rehabilitacyjnych. Przyjmując szacunki na podstawie budżetu można założyć, że rocznie program może obejmować ok. 34% populacji docelowej.

Kryteria włączenia do programu obejmują zamieszkanie na terenie gminy oraz posiadanie skierowania od lekarza rodzinnego, lekarza specjalisty lub lekarza w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu w zakresie posiadanych dysfunkcji ruchu. Zasadne jest także uzyskanie pisemnej zgody uczestnika na udział w programie. Nie wskazano kryteriów wykluczenia oraz osoby odpowiedzialnej za prowadzenie etapu związanego z kwalifikacją, co wymaga uzupełnienia.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano szereg zabiegów fizykoterapeutycznych (jonoforeza, prądy diadynamiczne, prądy TENS, pole magnetyczne, galwanizacja, prądy interferencyjne, lampa SOLUX, krioterapia miejscowa azotem, ultradźwięki, prądy Traberta, laser punktowy) i kinezyterapeutycznych (cykloergometr, rotor kończyn górnych, UGUL (kabina do ćwiczeń i zawieszęń).

Zgodnie z treścią projektu, przed przystąpieniem do zabiegów zostanie określony rodzaj wskazanych procedur rehabilitacyjnych, ich liczba oraz czas trwania, co należy uznać za zasadne. Należy zwrócić uwagę, że projekt powinien w sposób jasny i precyzyjny wskazywać, kto kwalifikuje pacjentów do programu i opracowuje plan indywidualnej rehabilitacji oraz kto podejmuje dalszą rehabilitację. Należy podkreślić, że w programie nie wskazano narzędzi, które będą wykorzystywane do oceny zmian i postępów pacjenta w ramach prowadzonych zabiegów. Powyższa kwestia wymaga uzupełnienia.

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.

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 art. 9a i 9b ustawy o świadczeniach, 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 nie zaplanowano działań o charakterze edukacyjnym.

Warto wspomnieć, iż zgodnie z rekomendacjami ACCP 2007 (American College of Chest Physicians) programy rehabilitacji powinny obejmować: badanie pacjenta, trening fizyczny, edukację, poradę dietetyka i wsparcie psychologiczne. Tym samym sugeruje się uzupełnienie programu w przedmiotowym zakresie.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji, jednak wymagają one doprecyzowania.

Ocena zgłaszalności do programu ma być dokonywana na podstawie liczby pacjentów zgłoszonych w programie. Jednak nie wskazano żadnych mierników do w tym zakresie. W ramach oceny zgłaszalności należy monitorować liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej; liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów) oraz liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotne.

W projekcie błędnie przyjęto ocenę jakości świadczeń jako ocenę efektywności. Ocena jakości świadczeń w programie ma być prowadzona w oparciu o analizę wyników ankiety ewaluacyjnej. Należy zaznaczyć, że informacje zawarte w ankiecie mogą dotyczyć jedynie subiektywnej oceny samego uczestnika programu. Ankieta nie stanowi natomiast wystandaryzowanego narzędzia do oceny np. natężenia bólu, ruchomości kończyn. Wyniki poszczególnych narzędzi (np. skal lub

kwestionariuszy) należy wykorzystać w celu ewaluacji zachodzących zmian u pacjenta uczestniczącego w programie przed i po zakończeniu interwencji. Natomiast ocena jakości świadczeń powinna być prowadzona w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji. Powyższa kwestia wymaga uzupełnienia.

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. Ponadto należy pamiętać, aby wskaźniki zostały wyrażone w odsetkach/procentach, co pozwoli ocenić zmianę w ich zakresie. W projekcie nie zaproponowano mierników efektywności, co wymaga korekty.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu, jednak niektóre z nich wymagają doprecyzowania, np. proces związany z prowadzeniem interwencji rehabilitacyjnych. 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.

Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej nt. programu. Odniesiono się również do sposobu zakończenia udziału w programie. Wskazano, że po zakończeniu udziału w programie pacjent będzie mógł kontynuować rehabilitację poza programem oraz otrzyma zalecenia dotyczące dalszego procesu rehabilitacji. 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.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 250 000 zł. Koszt jednostkowy zabiegów określono na 350 zł/os (rehabilitacja w 10-dniowym cyklu), przy czym nie określono jego składowych, nie wskazano również minimalnej liczby zabiegów w jednym cyklu. W kosztorysie nie wskazano kosztów akcji informacyjnej oraz monitorowania i ewaluacji programu. Reasumując, budżet programu wymaga weryfikacji i uzupełnienia.

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 uwzględnić 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.441.116.2019 „Rehabilitacja mieszkańców Gminy Barwice na lata 2019-2023” realizowany przez: Gminę Barwice, Warszawa, wrzesień 2019, Aneksu „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 293/2019 z dnia 9 września 2019 roku o projekcie programu „Rehabilitacja mieszkańców Gminy Barwice na lata 2019-2023”.