



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 167/2019 z dnia 22 listopada 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Fizjoterapia
w domu pacjenta”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Fizjoterapia w domu pacjenta”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców miasta, 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 warto przekonstruować w taki sposób, aby były mierzalne i osiągalne. Mierniki efektywności wymagają doprecyzowania tak, aby odnosiły się do wszystkich celów programu i umożliwiły pomiar efektywności programu.
- Zaplanowane interwencje korespondują z wytycznymi, jednak uszczegółowienia wymagają działania edukacyjne. Należy także mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały świadczeń finansowanych w ramach NFZ u danego pacjenta.
- Monitorowanie i ewaluacja wymagają uzupełnienia zgodnie z uwagami przedstawionymi w dalszej części opinii. 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.
- W budżecie programu należy wskazać kwotę przeznaczoną na akcję informacyjną, działania edukacyjne oraz monitorowanie i ewaluację programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu oszacowano na 100 000 zł, zaś okres realizacji to lata 2020-2024.

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 z późn. zm.), 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 ogólne informacje dotyczące zaburzeń układu ruchu i chorób kręgosłupa, przy czym nie opisano objawów czy też czynników ryzyka występowania zaburzeń ze strony układu ruchu.

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 odniesiono się do krajowych i lokalnych danych epidemiologicznych w przedmiotowym zakresie.

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%). W województwie opolskim odsetek osób niepełnosprawnych wynosił 7%. Biorąc pod uwagę liczebność mieszkańców gminy Bierawa, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby oscylować łącznie w granicach 528 mieszkańców ww. gminy.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zwiększenie dostępności mieszkańcom Gminy Bierawa do zabiegów fizjoterapeutycznych oraz poprawa jakości życia osób niepełnosprawnych poprzez przywracanie im sprawności ruchowej”. Należy podkreślić, iż cel główny jest złożony z dwóch odrębnych założeń, co utrudnia prawidłowy dobór wskaźników efektywności. Pierwszą część celu głównego dotyczy zwiększenia dostępności, a zatem nie odnosi się do efektu zdrowotnego. Dodatkowo należy zauważyć, że poprawa jakości życia może być powodowana nie tylko poprzez interwencje rehabilitacyjne. Warto również zauważyć, że ze względu na ograniczoną liczbę zabiegów realizacja celu może okazać się utrudniona.

W treści projektu wskazano także 9 celów szczegółowych:

- 1) „powstrzymanie postępu procesów chorobowych”,
- 2) „zapobieganie nawrotom choroby”,
- 3) „usuwanie dolegliwości”,
- 4) „zwalczanie bólu i stanów zapalnych”,
- 5) „usprawnianie czynności poszczególnych narządów”,
- 6) „zwiększanie siły mięśniowej”,
- 7) „przywracanie prawidłowego zakresu ruchu”,
- 8) „stwarzanie optymalnych możliwości gojenia się struktur”,
- 9) „osiąganie możliwie najlepszego stanu funkcjonalnego”.

Należy zaznaczyć, że wszystkie cele szczegółowe poza założeniem nr 7 stanowią działania, a nie rezultaty, jakie zamierza się osiągnąć w ramach realizacji programu, zatem wymagają przeformułowania. W programie nie wskazano narzędzi, które planuje się wykorzystać podczas oceny siły mięśniowej czy też zakresu wykonywanych ruchów. Brak jest 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.

W trakcie definiowania celów niezbędne jest także określenie konkretnych wartości, które będzie można zmierzyć po zakończeniu programu, co nie zostało uwzględnione w projekcie.

Warto także zaznaczyć, że cele programowe powinny być sprecyzowane, mierzalne, osiągalne, istotne, i konkretnie wytyczone w czasie, a zatem zgodne z koncepcją SMART.

W projekcie przedstawiono 3 mierniki efektywności:

- 1) „liczba osób biorących udział w programie w poszczególnych latach”,
- 2) „liczba wykonanych zabiegów”,
- 3) „liczba pacjentów deklarujących poprawę zdrowia, sprawności, zmniejszenia odczuwanego bólu”.

Należy zaznaczyć, że pierwsze dwa mierniki można wykorzystać w ocenie zgłaszalności, natomiast ostatni jest możliwy do wykorzystania w ocenie jakości programu. Natomiast nie wskazano mierników bezpośrednio odnoszących się do oceny stanu 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 wszystkich 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 wymaga doprecyzowania zgodnie z powyższymi uwagami.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią wszyscy mieszkańcy gminy Bierawa. Zgodnie z treścią projektu liczba mieszkańców gminy w wynosi 7 550 osób, co pozostaje w zgodzie z danymi GUS za 2018 r. W projekcie oszacowano, że ostateczną populację docelową stanowić ma ok. 50 mieszkańców rocznie. Na podstawie danych z badania Diagnoza Społeczna 2015, na terenie gminy może zamieszkiwać ok. 7% populacji (ok. 528 osób), która wymaga interwencji rehabilitacyjnych. Zatem biorąc pod uwagę przyjętą roczną liczbę uczestników, program może obejmować ok. 10% populacji docelowej.

Kryteria włączenia do programu obejmują zamieszkiwanie na terenie gminy oraz skierowanie od lekarza rodzinnego, lekarza specjalisty rehabilitacji ogólnej lub medycznej w zakresie posiadanych dysfunkcji ruchu. Sugeruje się udział w programie po uzyskaniu pisemnej zgody uczestnika. Z programu mają być wyłączone osoby, u których dolegliwości chorobowe mogą mieć wpływ na proces rehabilitacji.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie szeregu zabiegów, obejmujących masaż oraz interwencje kinezyterapeutyczne (ćwiczenia bierne, czynno-bierne, wspomagane, prowadzone oraz czynne kończyn górnych i dolnych oraz kręgosłupa, ogólnousprawniające, czynności lokomocji i samoobsługi).

W projekcie nie wskazano precyzyjnie osoby odpowiedzialnej za prowadzenie etapu związanego z kwalifikacją, określono jedynie, że za kwalifikacje odpowiedzialny będzie realizator. Powyższa kwestia wymaga uszczegółowienia. Wszystkie zabiegi rehabilitacyjne będą prowadzone pod nadzorem magistra fizjoterapii w dni powszednie w miejscu zamieszkania pacjenta. Przed przystąpieniem do zabiegów zostanie określony rodzaj wskazanych procedur rehabilitacyjnych, ich liczba oraz czas trwania. Każdy z zakwalifikowanych pacjentów w zależności od problemu zdrowotnego uzyska w danym roku cykl zabiegów składających się z dwóch różnych rodzajów zabiegów, przy czym na każdy zabieg przypadają nie więcej niż dziesięć powtórzeń. Należy podkreślić, że w programie

nie wskazano narzędzi, które będą wykorzystywane do oceny zmian i postępów pacjenta w ramach prowadzonych zabiegów, co należy uzupełnić.

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.

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 uwzględnione w zapisach projektu.

Należy podkreślić, że wszystkie zaplanowane interwencje znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 stycznia 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia 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 również działania edukacyjne, co koresponduje z wytycznymi w przedmiotowym zakresie, jednakże nie przedstawiono szczegółowych informacji w tym zakresie, co należy doprecyzować.

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 wymagają one doprecyzowania.

Ocena zgłaszalności do programu ma być dokonywana analizy: „liczby pacjentów zgłoszonych do udziału w programie”, „liczbie osób, którym udzielono świadczeń”. Nie wskazano miernika odnoszącego się do liczby wykonanych zabiegów. Należy zaznaczyć, że w ramach monitorowania ocenie powinna podlegać także liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów) oraz liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej.

W ramach oceny jakości świadczeń zaplanowano analizę wyników ankiety satysfakcji. Jednak należy zaznaczyć, że zaproponowany kwestionariusz nie odnosi się do jakości programu, a do efektywności prowadzonych interwencji. Powyższa kwestia wymaga weryfikacji.

Ocena efektywności ma być prowadzona w oparciu o dane z oceny zgłaszalności oraz o wyniki ankiety opisaną w ramach oceny jakości programu. Jednakże informacje zawarte w zaproponowanej

ankiecie mogą dotyczyć jedynie subiektywnej oceny samego uczestnika programu. Ankieta nie stanowi natomiast wystandaryzowanego narzędzia do oceny np. natężenia bólu, ruchomości kończyn.

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. Należy jednak podkreślić, że przytoczone mierniki mogą okazać się niewystarczające do przeprowadzenia kompleksowej oceny efektywności podjętych działań. Wymagają one korekty zgodnie z uwagami w części niniejszej opinii odnoszącej się do celów i mierników efektywności.

Tym samym powyższy element projektu wymaga korekty.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów oraz działań podejmowanych w ramach programu. 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.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 100 000 zł. Koszt jednostkowy wyceniono na 400 zł (obejmuje on koszt kwalifikacji i rehabilitacji w 10-dniowym cyklu). W projekcie określono koszty poszczególnych grup zabiegów. Jednak na podstawie założeń programu nie jest możliwe dokładne oszacowanie kosztów jednostkowych ze względu na charakter problemu zdrowotnego oraz fakt dostosowywania interwencji dopiero po przeprowadzeniu wywiadu. Natomiast nie jest jasne, czy w koszcie przypadającym na jedną osobę zostały zawarte koszty dotyczące przejazdów fizjoterapeutów, co należy doprecyzować. W ramach budżetu nie oszacowano środków na pokrycie kosztów akcji informacyjnej, działań edukacyjnych oraz monitorowania i ewaluacji programu, co wymaga uzupełnienia.

Program ma zostać sfinansowany w ze środków gminy. W projekcie założono także możliwość dofinansowania ze środków NFZ.

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 późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.148.2019 „Fizjoterapia w domu pacjenta” realizowany przez: Gminę Bierawa, Warszawa, listopad 2019, Aneksu „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 371/2019 z dnia 18 listopada 2019 roku o projekcie programu „Fizjoterapia w domu pacjenta” (gm. Bierawa).