



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 174/2019 z dnia 10 grudnia 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program rehabilitacji
lecniczej mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program rehabilitacji lecniczej mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle”, 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. Mierniki efektywności powinny się odnosić do wszystkich celów programu, co umożliwi jakościową i ilościową ocenę efektywności programu.
- 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 powielały świadczeń finansowanych w ramach NFZ u danego pacjenta.
- 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 lecniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu oszacowano na 396 000 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 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 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. opolskim w 2015 r. wynosił 7%. Biorąc pod uwagę liczebność dorosłych mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby oscylować łącznie w granicach 427 mieszkańców ww. gminy.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „poprawa w zakresie sprawności fizycznej u co najmniej 440 mieszkańców Gminy Kędzierzyn- Koźle rocznie w latach 2020-2022”. Należy zaznaczyć, że cel główny jest zbyt ogólnikowy i mało precyzyjny, co utrudnia dobór mierników efektywności. Warto również zauważyć, że ze względu na ograniczoną liczbę zabiegów realizacja celu może okazać się utrudniona. Dodatkowo należy podkreślić, że cel stanowi działanie, a nie rezultat, jaki zamierza się osiągnąć w wyniku realizacji programu.

W treści projektu wskazano także 5 celów szczegółowych:

- (1) „wzrost o co najmniej 1320 liczby mieszkańców gminy Kędzierzyn-Koźle z rozpoznaniem chorób układu ruchu, chorób obwodowego układu nerwowego lub urazów, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych w latach 2020-2022”,
- (2) „podniesienie jakości życia i ograniczenie postępu choroby w ocenie wg ankiety oraz utrwalenie prawidłowych nawyków ruchowych u osób uczestniczących w programie”,
- (3) „zwiększenie o co najmniej 30% wiedzy w zakresie profilaktyki wtórej chorób obwodowego układu ruchu, chorób obwodowego układu nerwowego oraz urazów w populacji docelowej co najmniej 1320 mieszkańców w latach 2020-2022”,
- (4) „propagowanie aktywności fizycznej”,
- (5) „podniesienie stanu wiedzy i utrwalenie prawidłowych nawyków ruchowych u mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle”.

W przypadku celu szczegółowego nr 2 nie będzie możliwe zweryfikowanie poziomu jakości życia i ewentualnych ograniczeń postępu choroby na podstawie dołączonej ankiety. Cel szczegółowy nr 4 został sformułowany w postaci działania. Natomiast założenie szczegółowe nr 5 stanowi natomiast powielenie celu szczegółowego nr 3.

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 osób biorących udział w Programie”,
- (2) „liczba osób, która ukończyła pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej”,
- (3) „liczba osób, u których nastąpiła poprawa stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (na podstawie wyników ankiety ewaluacyjnej - różnica pomiędzy wartością uzyskaną przed rozpoczęciem zabiegów oraz po ich zakończeniu)”,
- (4) „ocena świadczeń przez uczestników programu (efektywność podjętej interwencji na podstawie wyników ankiety opracowanej przez realizatora)”,
- (5) „odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (na podstawie wyników testu przed i po wykonaniu indywidualnego planu rehabilitacyjnego uwzględniającego edukację zdrowotną, opracowanego przez realizatora)”.

Mierniki nr 1 i 2 mogą zostać wykorzystane w ocenie zgłaszalności. Miernik nr 3 odnosi się do celu szczegółowego nr 2. Miernik nr 5 może zostać przypisany do celu szczegółowego nr 3. Miernik nr 4 odnosi się do ankiety ewaluacyjnej, która została przygotowana w sposób pobieżny. W rzeczywistości weryfikacja efektywności programu nie będzie możliwa w oparciu o ankietę. W przypadku pozostałych celów nie określono mierników efektywności. 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 Kędzierzyn-Koźle. W projekcie oszacowano, że rocznie do programu będzie włączanych ok. 440 osób. Odnosząc się do danych z badania Diagnoza Społeczna 2015 oszacowano, że na terenie gminy może zamieszkiwać ok. 1 712 osób wymagających interwencji rehabilitacyjnych. Zatem program będzie skierowany do ok. 25% populacji docelowej.

Kryteria włączenia do programu obejmują zameldowanie na pobyt stały lub czasowy oraz posiadanie skierowania lekarskiego z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego. Zasadne jest także uzyskanie pisemnej zgody uczestnika na udział w programie. Warunki wykluczenia to niespełnienie powyższych kryteriów oraz rezygnacja przed/w czasie uczestnictwa w programie i skorzystanie z programu polityki zdrowotnej więcej niż jeden raz w danym roku kalendarzowym.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano szereg zabiegów z zakresu kinezyterapii, hydroterapii, krioterapii, magnetoterapii, laseroterapii, terapii ultradźwiękowej, elektrostymulacji, światłolecznictwa.

Zgodnie z treścią projektu, przed przystąpieniem do części fizjoterapeutycznej zostanie przeprowadzony wywiad i badania kwalifikacyjne, a przed rozpoczęciem 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 zaplanowano także działania o charakterze edukacyjnym. Uczestnicy mają być informowani w zakresie konieczności zwiększenia aktywności fizycznej, zagrożeń zdrowotnych wynikających z niewłaściwie dobranych form aktywności fizycznej, ćwiczeń w warunkach domowych.

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

Monitorowanie i ewaluacja

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

Ocena zgłaszalności do programu ma być dokonywana na podstawie analizy liczby osób uczestniczącej w programie oraz analizy liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach. W projekcie nie uwzględniono miernika związanego z liczbą osób, które ukończyły pełny cykl rehabilitacji. 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 zdrowotnej.

Ocena jakości świadczeń w programie ma być prowadzona w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji. Jednak do projektu nie załączono wzoru kwestionariusza, zatem nie była możliwa weryfikacja jego treści.

W ramach oceny efektywności programu zaplanowano analizę: „zgłaszalności osób do udziału w programie oraz odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej”, „liczby uczestników w programie, u których nastąpiła poprawa stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (na podstawie wyników ankiety ewaluacyjnej - różnica pomiędzy wartością uzyskaną przed rozpoczęciem zabiegów oraz po ich zakończeniu)”, „oceny efektywności podjętej interwencji (ocena świadczeń przez uczestników programu - na podstawie ankiety opracowanej przez realizatora)”, „poziomu wzrostu wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej”. W przypadku dwóch mierników dotyczących oceny efektywności podjętej interwencji oraz poziomu wzrostu wiedzy nie wskazano, na podstawie jakich narzędzi zostanie określona efektywność interwencji. Zasadnym byłoby wykorzystanie wystandaryzowanych skal lub kwestionariuszy do poszczególnych elementów 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. Powyższa kwestia została uwzględniona jedynie w przypadku dwóch mierników i wymaga uzupełnienia.

Warunki realizacji

Projekt nie zawiera opisu etapów programu. Wskazano jedynie działania, jakie mają być prowadzone w ramach programu oraz obowiązki realizatora (dostęp do zabiegów fizykoterapeutycznych, edukacji, przeprowadzenie ankiety ewaluacyjnej). 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. Wskazano, że po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego pacjent otrzyma zalecenia związane z dalszym procesem rehabilitacyjnym już poza programem. 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 396 000 zł (132 000 zł rocznie). Koszt jednostkowy zabiegów określono na 300 zł/os (rehabilitacja w 10-dniowym cyklu), przy czym nie wskazano jakie zabiegi będą przeprowadzone u danego uczestnika. W koszcie tym zawarto również koszt działań edukacyjnych oraz kwalifikacji do programu. Dodatkowy koszt działań edukacyjnych ma wynieść 1250 zł. Przy czym nie jest jasne, dlaczego wyszczególniono odrębny koszt działań edukacyjnych skoro ta pozycja kosztów została uwzględniona w ramach kosztu przypadającego na jednego uczestnika. W projekcie nie określono kosztów poszczególnych grup zabiegów. Nie wskazano również 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 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 polepszeniu: 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.441.162.2019 „Program rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle” realizowany przez: Gminę Kędzierzyn-Koźle, 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 391/2019 z dnia 2 grudnia 2019 roku o projekcie programu „Program rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle na lata 2020-2022”.