



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 2/2020 z dnia 23 stycznia 2020 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Fizjoterapia dla
mieszkańców gminy Kamieńsk”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamieńsk” 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 (art. 9a i 9b ust. o świadczeniach). 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, aby umożliwić jakościową i ilościową ocenę efektywności programu.
- Zapisy projektu dotyczące populacji docelowej wymagają uzupełnienia w zakresie oszacowania liczby osób kwalifikujących się 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 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.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu oszacowano na 1 000 000 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 zdrowotnego przedstawiono pobieżnie informacje odnośnie schorzeń reumatycznych i urazów. Wskazano, że rehabilitacja lecznicza jest to kompleksowe i zespołowe działanie na rzecz osoby niepełnosprawnej fizycznie, które ma na celu przywrócenie tej osobie pełnej lub maksymalnej do osiągnięcia sprawności fizycznej, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego udziału w życiu społecznym.

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 dane epidemiologiczne w przedmiotowym zakresie. W treści projektu wnioskodawca odniósł się do danych zawartych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych oraz przedstawił informacje dotyczące ilości świadczeń wykonywanych w gabinecie fizjoterapii w Kamińsku.

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 mieszkańców gminy Kamięnsk, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby oscylować łącznie w granicach 478 mieszkańców ww. gminy.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „uzyskanie maksymalnie możliwej poprawy sprawności i jakości życia osób z populacji mieszkańców Gminy Kamięnsk poprzez objęcie w okresie 2020-2024, świadczeniami fizjoterapeutycznymi do 600 osób rocznie”. Warto zauważyć, że cel główny jest trudny do obiektywnego pomiaru, a ponadto na wspomnianą „jakość życia” wpływ ma wiele czynników nie związanych z działaniami uwzględnionymi w programie. Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie wytyczony (w odniesieniu do planowanego czasu), a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Zatem założenie główne programu wymaga przekonstruowania.

W treści projektu wskazano także 4 cele szczegółowe:

- (1) „wdrożenie racjonalnego cyklu świadczeń fizjoterapeutycznych wśród 10% populacji mieszkańców Gminy Kamięnsk, w latach 2020-2024”,
- (2) „zmniejszenie o 50 przypadków liczby hospitalizacji z powodów schorzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego wśród populacji mieszkańców Gminy Kamięnsk, w latach 2020-2024”,
- (3) „zapewnienie łatwego dostępu uczestnikom programu - z populacji mieszkańców Gminy Kamięnsk, w latach 2020-2024-do świadczeń fizjoterapii”,

- (4) „podniesienie świadomości zdrowotnej (w tym kształtowanie właściwych postaw prozdrowotnych oraz rozwijanie prawidłowych nawyków behawioralnych) u co najmniej 50% osób z populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, w latach 2020-2024, uczestniczących w części edukacyjnej programu”.

Należy podkreślić, że założenia szczegółowe 1 i 3 stanowią działania, a nie rezultaty, jakie zamierza się osiągnąć w wyniku realizacji programu, a zatem wymagają przeformułowania. Ponadto w treści projektu nie przedstawiono aktualnej liczby hospitalizacji z powodów schorzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego wśród populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, która stanowiłaby punkt wyjściowy podczas pomiaru 3 celu szczegółowego. Powyższe kwestia wymaga uzupełnienia.

W projekcie przedstawiono 8 mierników efektywności:

- (1) „procentowa liczba osób biorących udział w programie w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do programu, wśród populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, w latach 2020-2024, ustalona na podstawie zgód przekazanych przez realizatora programu”,
- (2) „liczba osób, które zgłosiły się do realizatora w celu realizacji interwencji w danym roku kalendarzowym i liczba osób, które faktycznie odbyły rehabilitację wśród populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, w latach 2020-2024, ustalona na podstawie raportów okresowych przekazanych przez Realizatora programu”,
- (3) „liczba osób u których uzyskano obiektywną poprawę stanu zdrowia na podstawie badania końcowego, wśród populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, w latach 2020- 2024, ustalona na podstawie raportów okresowych przekazanych przez Realizatora programu”,
- (4) „odsetek osób u których uzyskano poprawę stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych i ograniczeń w ruchomości, zamieszkałych w Gminie Kamieńsk, w latach 2020-2024, ustalona na podstawie raportów okresowych przekazanych od Realizatora programu”,
- (5) „procentowa liczba osób niezakwalifikowanych z różnych przyczyn do programu z populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, w latach 2020-2024, w stosunku do populacji kwalifikującej się do programu, ustalona na podstawie raportów okresowych przekazanych przez Realizatora programu”,
- (6) „liczba osób objętych działaniami edukacyjnymi w programie - minimum 60% osób, które wyraziły zgodę na udział w programie z populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, w latach 2020-2024”,
- (7) „ocena jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez uczestników programu wśród populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, w latach 2020- 2024, wartość docelowa minimum 75% ocen pozytywnych”,
- (8) „wzrost wiedzy (w tym wiedzy na temat zachowań i nawyków behawioralnych) u minimum 50% uczestników części edukacyjnej programu wśród populacji mieszkańców Gminy Kamieńsk, w latach 2020-2024, (weryfikacja na podstawie ankiety ewaluacyjnej); wartość docelowa mierzona wzrostem liczby odpowiedzi pozytywnych dla pre i post testów podczas edukacji zdrowotnej”.

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 mierniki 1, 2, 5 i 6 nie spełniają funkcji mierników efektywności, jednakże mogą zostać wykorzystane w monitorowaniu zgłaszalności do programu. Warto zauważyć, że mierniki 3 i 4 dotyczą praktycznie tych samych danych. Brak jest miernika bezpośrednio odnoszącego się do 3 celu szczegółowego.

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

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią wszyscy mieszkańcy gminy Kamieńsk. Zgodnie z treścią projektu, populacja mieszkańców gminy liczy 5 977 osób, co jest zbliżone do danych GUS z 2018 r. W projekcie oszacowano, że rocznie program obejmie ok. 600 osób, co w ciągu 5 lat trwania programu daje możliwość objęcia zaplanowanymi interwencjami do 3 000 osób – 50% całej populacji gminy. W projekcie nie oszacowano liczebności populacji kwalifikującej się do programu. Na podstawie badania Diagnoza Społeczna 2015 można oszacować, że liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby oscylować łącznie w granicach 478 mieszkańców ww. gminy.

W projekcie poprawnie wskazano kryteria włączenia do programu, tj. zamieszkiwanie na terenie gminy Kamieńsk, posiadanie skierowania od lekarza POZ lub specjalisty rehabilitacji na cykl rehabilitacji leczniczej, podpisanie przez uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w programie oraz brak przeciwwskazań dyskwalifikujących wykonanie świadczeń w ramach programu. Przedstawiono także kryteria wykluczenia.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano działania edukacyjne oraz szereg zabiegów fizykoterapeutycznych.

Działania edukacyjne skierowane do mieszkańców gminy mają być prowadzone co najmniej cztery razy w roku w formie wykładów dotyczących promocji zdrowia. Wskazano zakres tematyczny edukacji zdrowotnej oraz podkreślono, że szczególną uwagę podczas edukacji zwróci się na umiejętności praktyczne, takie jak unikanie ryzykownych zachowań sprzyjających urazom, ergonomię pracy i życia codziennego oraz proste ćwiczenia, które osoby z grupy docelowej mogłyby wykonywać we własnym zakresie. Edukacja ma odbywać się w placówkach opieki zdrowotnej, domach kultury, szkołach itp. Jednocześnie w projekcie wskazano, że wybór odpowiedniej formy, czasu i miejsca realizacji tego etapu zależy od możliwości organizacyjnych, kadrowych i logistycznych realizatora programu, zatem szczegóły planowanej akcji edukacyjnej nie są znane.

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 działania o charakterze edukacyjnym wpisują się w aktualne wytyczne w przedmiotowym zakresie.

Działania terapeutyczne obejmują kwalifikacyjne badanie fizjoterapeutyczne (konsultacja - w celu wykluczenia przeciwwskazań; ocena stanu zdrowia uczestnika i zakwalifikowanie go do indywidualnego cyklu terapeutycznego) oraz szereg zabiegów (kinezyterapia; masaż leczniczy; elektrolecznictwo; leczenie polem elektromagnetycznym; światłolecznictwo i termoterapia). Ponadto w ramach programu założono, że w przypadku pacjentów unieruchomionych, realizator będzie oferował pięciogodzinny instruktaż dla osoby opiekującej się chorym. Zakres szkolenia będzie obejmował: ćwiczenia bierne, czynno- bierne, wspomagane i czynne kończyn górnych i dolnych oraz czynności lokomocji i samoobsługi.

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 oprócz masażu mechanicznego przy pomocy urządzeń (typu fotele masujące, maty masujące) wszystkie zaplanowane przez wnioskodawcę interwencje fizjoterapeutyczne

i kinezyterapeutyczne 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 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.

Monitorowanie i ewaluacja

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

Ocena zgłaszalności do programu ma być dokonywana na podstawie raportów oraz okresowych i rocznych sprawozdań z realizacji programu, monitoringowi poddana ma zostać liczba zgód na udział w programie. W treści projektu zaznaczono, że wskaźniki mające zastosowanie w monitorowaniu programu polityki zdrowotnej zostaną wybrane przez realizatora oraz instytucję zarządzającą i zostaną ustalone w ramach szczegółowej umowy na realizację programu. 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. Dodatkowo podczas monitorowania można wykorzystać zaproponowane mierniki efektywności.

Ocena jakości świadczeń w programie ma być prowadzona w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji, co należy uznać za zasadne.

W ramach oceny efektywności programu zaplanowano analizę: „liczby osób z dolegliwościami bólowymi”, „odsetka osób, u których stwierdzono ograniczenie ruchomości w odniesieniu do sytuacji epidemiologicznej w regionie”, „liczby uczestników PPZ z wykrytymi zmianami chorobowymi, którzy zostali skierowani do dalszego postępowania medycznego”, „liczby urazów wśród uczestników programu”, „liczby jakichkolwiek złamań wśród uczestników programu”, „liczby osób z określonymi czynnikami ryzyka schorzeń układu ruchu”, „zmiany poziomu wiedzy nt. czynników ryzyka schorzeń kręgosłupa”, „liczby osób, które po przeprowadzonej edukacji zaprzestały palenia papierosów, zmniejszyły spożycie alkoholu, zwiększyły częstość aktywności fizycznej, zredukowały masę ciała”. Zaznaczono, że powyższe analizowane będzie przez odpowiednie narzędzia - kwestionariusze lub ankiety dedykowane do ww. pomiarów. Jednak do projektu nie załączono wzorów wspomnianych kwestionariuszów i ankiet, tym samym nie była możliwa weryfikacja treści ww. dokumentów.

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 powinna nie została uwzględniona w projekcie i wymaga korekty.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań organizacyjnych. Realizatorem programu będzie podmiot leczniczy, wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Przedstawiono informacje nt. personelu, wyposażenia i warunków lokalowych względem realizatora.

Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej nt. programu. W projekcie odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie. 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 1 000 000 zł (200 000 zł rocznie). W projekcie wskazano koszty jednostkowe: 25 zł – koszt badania kwalifikacyjnego; 300 zł/os – koszt cyku zabiegów w siedzibie realizatora; 150 zł – koszt instruktażu dla opiekunów osób unieruchomionych w siedzibie realizatora; 200 zł – koszt instruktażu dla opiekunów osób unieruchomionych w ramach wizyty domowej. Oszacowano także koszty organizacyjne - 5 000 zł/rok; koszty działań edukacyjnych - 6 000 zł/rok; rezerwę budżetową - 5 000 zł/rok koszty monitoringu i ewaluacji - 2 500 zł/rok oraz koszty zarządzania programem - 2 500 zł/rok. W treści programu nie wyjaśniono, dlaczego w budżecie założono przeprowadzenie podsumowania zabiegów fizjoterapeutycznych i ocenę końcową stanu zdrowia 450 uczestników, podczas gdy założono przeprowadzenie ww. zabiegów wśród 500 uczestników, co wymaga doprecyzowania.

Program ma być finansowany z budżetu Gminy Kamieńsk.

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 (ang. *developmental quotient*) [DQ]: standaryzowana średnia różnica (SMD)= 0,46 SD (95% CI: 0,36; 0,57) oraz w wieku przedszkolnym (iloraz inteligencji (ang. *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 oraz, że 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.441.186.2019 „Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamieński” realizowany przez: Gminę Kamieński, Warszawa, styczeń 2020, Aneksu „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 12/2020 z dnia 20 stycznia 2020 roku o projekcie programu „Fizjoterapia dla Mieszkańców Gminy Kamieński”.