



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 64/2019 z dnia 27 maja 2019 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny program  
zdrowotny w zakresie rehabilitacji neurologicznej dla osób po  
udarze mózgu” realizowany przez województwo wielkopolskie**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny program zdrowotny w zakresie rehabilitacji neurologicznej dla osób po udarze mózgu” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Projekt programu polityki zdrowotnej w swoich założeniach stanowi zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla pacjentów po udarze mózgu. Działania zaplanowane w ramach projektu korespondują z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi w przedmiotowym zakresie. Biorąc pod uwagę fakt, że pacjenci z udarem najczęściej poddawani są hospitalizacji, to świadczenia rehabilitacyjne powinny odbywać się bezpośrednio po zakończonym leczeniu szpitalnym. Jak wskazują odnalezione wytyczne kliniczne ścieżka postępowania z pacjentem powinna przewidywać kompleksowy i dostosowany indywidualnie do pacjenta zakres interwencji.

Ponadto, niektóre elementy projektu wymagają doprecyzowania. Najważniejsze uwagi dotyczą następujących kwestii:

- cele programowe należy przeformułować, tak aby były zgodne z zasadą SMART;
- kryterium wiekowe uczestnictwa w programie nie zostało uargumentowane, co należy uzupełnić;
- oszacowania liczebności populacji docelowej programu w zakresie działań edukacyjno-profilaktycznych są niespójne i wymagają weryfikacji.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest program polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji neurologicznej. Całkowity koszt realizacji programu został oszacowany na 30 000 000 zł. Okres realizacji programu zaplanowano na 3 lata bez wskazania daty rozpoczęcia..

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 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 problemu zdrowotnego, jakim jest udar mózgu. W opisie problemu przedstawiono definicje choroby, czynniki ryzyka, metody diagnostyczne oraz sposoby leczenia.

Problem zdrowotny opisany w projekcie wpisuje się w priorytety zdrowotne: „zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu serowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu” oraz „rehabilitacja” należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

Zgodnie z informacjami zawartymi w projekcie, na podstawie map potrzeb zdrowotnych, w 2014 roku trzy jednostki chorobowe: udar niedokrwienny, krwawienie śródmózgowe i krwawienia śródczaszkowe podpajęczynówkowe stanowiły ok. 47% (8 100) zachorowań z grupy chorób układu nerwowego.

Śmiertelność standaryzowana wiekiem, płcią i współczynnikiem Charlson do 90 dni po przyjęciu z powodu choroby „udar niedokrwienny mózgu” w województwie wielkopolskim wyniosła 20,1%, natomiast średnia w Polsce wyniosła 22,3%.

W województwie wielkopolskim odsetek pacjentów rehabilitowanych do 90 dni po przyjęciu wynosił 31,2%, natomiast w Polsce wartość ta wyniosła 32%.

#### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „poprawa sprawności funkcjonalnej oraz poznawczej u osób po przebytych udarze mózgu, w celu przyspieszenia ich powrotu do życia społecznego i zawodowego w okresie realizacji programu”. Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być m.in. wyraźnie sprecyzowany, mierzalny, oraz konkretnie wytyczony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

W treści projektu wskazano także 3 cele szczegółowe:

- (1) „zwiększenie dostępu, do usług rehabilitacyjnych na terenie województwa wielkopolskiego dla osób po przebytych udarze mózgu w czasie trwania programu zdrowotnego”,
- (2) „wzrost sprawności funkcjonalnej i poprawa funkcji poznawczych dzięki usprawnianiu osób, które przebyły udar mózgu”,
- (3) „wzrost poziomu wiedzy osób z otoczenia pacjenta tj.: rodzin/opiekunów w zakresie metod i sposobów rehabilitacji aktywizującej pacjenta po udarze mózgu, wzrost wiedzy dotyczącej profilaktyki chorób układu krążenia”.

Powyższe cele warto dostosować do zasady SMART, według której cel powinien być sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i wytyczony w czasie. Ponadto należy zaznaczyć, że cel szczegółowy drugi stanowi powielenie założenia głównego. Należy pamiętać, że cele szczegółowe mają uzupełniać założenie główne programu. W projekcie nie przedstawiono zakładanych wartości docelowych poszczególnych celów. Nie zaplanowano również czasu, w jakim cele planuje się osiągnąć. Zatem założenia programu wymagają przekonstruowania.

W projekcie przedstawiono 7 mierników efektywności o charakterze ilościowym i jakościowym. 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. Ponadto należy pamiętać, aby wartości wskaźników określane były przed i po realizacji programu. Dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości i jej wielkość stanowi o wadze uzyskanego efektu programu.

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu będą stanowiły osoby po przebytych udarze mózgu (w wieku 18-64 lata, aktywne zawodowo). W treści projektu programu nie przedstawiono uzasadnienia dla

przyjętego kryterium wiekowego uczestników programu. Należy podkreślić, że udar mózgu w większości przypadków dotyczy osób powyżej 40 r.ż.

W projekcie, na podstawie danych NFZ, oszacowano, że z powodu udaru mózgu w województwie wielkopolskim leczyło się 2 125 osób w 2016 oraz 2 101 w 2017 roku w wieku adresatów programu. W oparciu o wskaźniki zapadalności i umieralności odnoszące się do udaru niedokrwiennego i krwotocznego, przyjęto, że 50% populacji będzie wymagało rehabilitacji, co przekłada się na 1 057 uczestników programu w każdym roku jego realizacji (łącznie 3 171 osób w skali 3 lat). Ponadto zaplanowano, że 2 537 osób zostanie włączonych do działań edukacyjnych (ok. 80% docelowej populacji).

W programie poprawnie wskazano kryteria formalne włączenia do udziału w programie. Określono także kryteria medyczne które są spójne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522 z późn. zm.). Obejmują one następujące warunki: posiadanie zaburzenia funkcji mózgu określone na ostatnim wypisie ze szpitala w skali Rankina 1-4; od udaru nie minęło więcej niż 12 miesięcy; w pierwszej kolejności będą przyjmowani pacjenci, którzy odbyli wczesną rehabilitację neurologiczną w ramach NFZ lub ich czas oczekiwania jest dłuższy niż 6 tygodni; posiadają skierowanie na podjęcie rehabilitacji medycznej wydane przez lekarza neurologa lub lekarza rehabilitacji medycznej. Wskazano również kryteria wykluczenia stanowiące ogółem przeciwwskazania zdrowotne do uczestnictwa w rehabilitacji medycznej.

#### Interwencja

W ramach programu zaplanowano wizytę kwalifikacyjną, 3 wizyty u lekarza specjalisty rehabilitacji leczniczej i fizjoterapeuty (ocena stanu zdrowia pacjenta i jego funkcjonowania), działania z zakresu edukacji zdrowotnej dotyczącej profilaktyki udarów mózgu oraz zabiegi rehabilitacyjne.

Pierwszy etap programu będzie polegał na przeprowadzeniu kampanii informacyjno-edukacyjnej skierowanej do ogółu mieszkańców województwa wielkopolskiego z zakresu planowanych działań.

Odnalezione wytyczne wskazują na zasadność prowadzenia edukacji zdrowotnej w kierunku chorób naczyń mózgowych, ze szczególnym uwzględnieniem udarów mózgu (PTK/ESC 2016, ISWP 2016, NICE 2013, AHA 2013, PTN 2012). Edukacja w kierunku wczesnego rozpoznawania objawów udaru mózgu dla populacji ogólnej powinna być prowadzona w formie kampanii informacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem działań kierowanych do grup podwyższonego ryzyka (ISWP 2016). Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (w ślad za wytycznymi ESC 2016) zaznacza, że dużą rolę w edukacji społeczeństwa szczególnie w grupie ryzyka chorób naczyniowych, mają lekarze pierwszego kontaktu.

Rekrutacji do programu dokonywać będzie lekarz rehabilitacji medycznej w trakcie wizyty kwalifikacyjnej (15-20 min.) po zapoznaniu się ze stanem pacjenta i posiadaną przez pacjenta indywidualną dokumentacją medyczną.

Po zakwalifikowaniu, uczestnik będzie zobligowany zgłosić się na pierwszą wizytę u lekarza specjalisty rehabilitacji leczniczej i fizjoterapeuty. W trakcie jej trwania zostanie przeprowadzony wywiad i odpowiednie badanie przedmiotowe i podmiotowe. Czas trwania wizyty lekarskiej dla jednego pacjenta to 45 min. Następnie fizjoterapeuta przeprowadzi badanie funkcjonalne pacjenta w oparciu o wystandaryzowane testy: dla oceny funkcji kończyny dolnej, kończyny górnej, chodu, równowagi. Ocena funkcjonalna będzie oparta o kwestionariusz Fugl-Meyer Assessment Scale, Action Research Arm Test, platformę stabilometryczną oceniającą równowagę, tonus mięśniowy wg skali MAS. Ocenie będzie również podlegał skład masy ciała. Zasadność stosowania powyższych testów do oceny pacjentów po udarach mózgu potwierdzona została w odnalezionych dowodach naukowych. Lekarz specjalista rehabilitacji i fizjoterapeuta ustalą wspólnie indywidualny program rehabilitacji dla każdego pacjenta. W trakcie pierwszej wizyty pacjent zostanie poproszony o wypełnienie kwestionariusza SF-36, który wykorzystywany jest do oceny jakości życia po udarach mózgu. Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami przy planowaniu i dostarczaniu rehabilitacji dla pacjentów po udarze należy zidentyfikować jego deficyty poznawcze przy użyciu sprawdzonych i wiarygodnych narzędzi (NICE 2013).

W ramach II wizyty u lekarza specjalisty rehabilitacji leczniczej i fizjoterapeuty zostaną skontrolowane postępy w ramach prowadzonej rehabilitacji z wykorzystaniem narzędzi wymienionych w ramach pierwszej wizyty.

III wizyta ma posłużyć do podsumowania wyników pacjenta. Pacjent ponownie wypełni ankietę SF-36 oraz ankietę ewaluacyjną.

Zaplanowany plan rehabilitacji będzie obejmować działania z zakresu: neurofizjoterapii, terapii zajęciowej (indywidualnej i grupowej), terapii neurologopedycznej (indywidualnej), terapii neuropsychologicznej (indywidualnej i grupowej) oraz zabiegów fizykalnych. Ma on trwać maksymalnie 3 tygodnie.

Warto zaznaczyć, że odnalezione wytyczne zalecają, aby pacjenci po udarze otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Natomiast w uzasadnionych przypadkach w proces rehabilitacji należy zaangażować rodzinę i opiekunów pacjenta (NICE 2013). W ocenianym projekcie uwzględniono powyższe zalecenia.

W ramach 3 wizyt lekarsko-fizjoterapeutycznych, przeprowadzone zostaną również rozmowy edukacyjne. Pacjent uzyska informacje o konieczności utrzymania prawidłowej masy ciała i aktywności fizycznej, a także zostanie zaznajomiony ze zjawiskiem neuroplastyczności mózgu.

Dodatkowo osoby z najbliższego otoczenia uczestników programu (rodzina/opiekunowie) również będą mogły skorzystać z działań edukacyjnych. Proponowane zajęcia edukacyjne dla członków rodziny/opiekunów będą zawierać elementy psychoedukacji, służyć pogłębieniu wiedzy członków rodziny na temat skutków choroby i wynikających z tego zmian w sposobie dotychczasowego funkcjonowania chorego. Ponadto zajęcia te będą przyjmować formę pomocy psychologicznej. Dla każdego członka rodziny/opiekuna zajęcia będą odbywać się w grupach maksymalnie 15 osobowych 2 razy w ciągu 3 tygodni. Czas trwania jednych zajęć to 90 minut. Zajęcia będą prowadzone przez osoby mające doświadczenie kliniczne w postępowaniu z pacjentami po przebytych udarach mózgu ale i z osobami stanowiącymi pomoc psychologiczną dla opiekunów/rodzin tj. lekarz, fizjoterapeuta, psycholog.

Należy podkreślić, że zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami profilaktyka wtórna chorób naczyń mózgowych (w tym udarów mózgu) powinna m.in. obejmować modyfikację czynników ryzyka (PTK ESC 2016, AHA/ASA 2014, PTN 2012). Zastosowane interwencje prewencyjne (strategie modyfikujące) powinny mieć charakter zindywidualizowany. Zaleca się w tym zakresie wdrażanie technik behawioralnych, za pomocą narzędzi motywacyjnych i edukujących np.: poradnictwo (NSF NHMRC 2010).

Zgodnie z treścią projektu opieka pielęgniarska będzie zapewniona przez 24 godziny na dobę i prowadzona przez wykwalifikowany personel składający się z dyplomowanych pielęgniarek oraz opiekunów medycznych.

Kompletne uczestnictwo w programie będzie polegało na udziale w zajęciach edukacyjnych oraz cyklu działań z zakresu rehabilitacji leczniczej. Zakończenie udziału w programie będzie możliwe na każdym jego etapie (na podstawie pisemnej deklaracji uczestnika lub jego opiekuna). Po zakończeniu 3 tygodniowego turnusu rehabilitacyjnego każdy pacjent przez kolejne 3 tygodnie będzie monitorowany przez terapeutę. Będzie się z nim kontaktował np. drogą telefoniczną lub online minimum 2 razy w tygodniu.

Podsumowując, interwencje zaplanowane w ramach projektu znajdują odzwierciedlenie w odnalezionych wytycznych klinicznych w przedmiotowym zakresie.

#### Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy

kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja natomiast jest analizą danych z PPZ, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań

W ramach oceny zgłaszalności analizowana będzie liczba osób uczestniczących w programie oraz liczba osób, które nie zostały zakwalifikowane do udziału z adnotacją o przyczynach niezakwalifikowania pacjenta do udziału w programie, co należy uznać za zasadne.

Ocena jakości świadczeń ma być monitorowana na podstawie analizy anonimowych ankiet satysfakcji, co jest podejściem poprawnym.

Ewaluacja opierać się będzie na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności.

#### Warunki realizacji

Realizatorem programu będzie podmiot, wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Odniesiono się do wymagań dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych względem realizatora.

Całkowity koszt realizacji programu będzie wynosił 30 000 000 zł. Oszacowano koszty jednostkowe poszczególnych działań. Przy czym w projekcie przedstawiono niespójne zapisy nt. liczby osób mających wziąć udział w zajęciach edukacyjno-profilaktycznych (3 171 osób vs 2 537 osób), co wymaga doprecyzowania. W ramach kosztów pozostałych (8,6 mln zł) uwzględniono m.in. koszty monitorowania i ewaluacji.

Program współfinansowany będzie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

### **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

Świadczenia zdrowotne realizowane w ramach rehabilitacji poudarowej rozliczane są przez NFZ w ramach szerszej kategorii, jaką jest rehabilitacja neurologiczna. Wykaz procedur medycznych z zakresu rehabilitacji neurologicznej udzielanych w warunkach stacjonarnych określa Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 stycznia 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Zabiegi fizjoterapeutyczne (m.in. kinezyterapia, fizykoterapia oraz masaż suchy) znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 465 z późn. zm.).

#### 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:

- W przeglądzie Corbetta 2015, którego celem była ocena skuteczności następujących metod: wymuszonej konieczności/ wymuszonego ruchu (CIMT-constraint-induced movement therapy), zmodyfikowana CIMT (mCIMT), wymuszone użycie (FU – forced use) w treningu ręki u osób z niedowładem połowicznym, okazało się, że CIMT jest bardziej skuteczne w poprawie zdolności poruszania ręką, niż aktywna fizjoterapia lub brak interwencji. Jednak, stosowanie CIMT nie prowadziło do poprawy zdolności w wykonywaniu codziennych czynności takich jak: kąpiel, ubieranie się, jedzenie, czynności higieniczne.
- W przeglądzie Mehrholz 2014, którego celem 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 (szczególnie u osób w ciągu 3 miesięcy po udarze).
- W przeglądzie Pollock 2014B dokonano przeglądu dowodów skuteczności interwencji mających na celu poprawę zdolności do przejścia z pozycji siedzącej do stojącej (sit-to-stand) po udarze mózgu. Osoby, które uczestniczyły w treningu lub ćwiczeniach szybciej uzyskiwały pozycję stojącą w porównaniu z grupą kontrolną. Korzyści z tych interwencji utrzymują się przez kilka miesięcy od zakończenia treningu. Trening zmiany pozycji z siedzącej do stojącej nie miał wpływu na liczbę upadków u pacjentów. Nie odnaleziono wystarczającej liczby dowodów dla określenia optymalnej liczby treningów lub ćwiczeń, jednak rezultaty sugerowały, że trening 3 razy w tygodniu przez 2-3 tygodnie, może być wystarczający aby osiągnąć korzystne efekty.
- W przeglądzie Pollock 2014C stwierdzono, że rehabilitacja fizyczna jest bardziej efektywna niż zwyczajna opieka w polepszeniu: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu.
- Przegląd Laver 2013 oceniał czy telerehabilitacja prowadzi do polepszenia zdolności wykonywania codziennych czynności, u pacjentów po udarze mózgu, w porównaniu z rehabilitacją prowadzoną przez rehabilitanta lub brakiem rehabilitacji. W przeglądzie stwierdzono, że nie ma wystarczającej ilości badań, które pokazałyby czy telerehabilitacja jest skuteczną metodą rehabilitacji u pacjentów po udarze.
- Przegląd Mehrholz 2013 oceniał efekty zautomatyzowanych elektromechanicznych urządzeń i treningu chodu z asystą robota w poprawie chodzenia po udarze. Osoby korzystające z elektromechanicznego treningu chodu w połączeniu z fizjoterapią po udarze, mogą osiągnąć samodzielne poruszanie się szybciej niż osoby nie korzystające z tych urządzeń. Szczególnie pacjenci w pierwszych 3 miesiącach po udarze i Ci, którzy nie są w stanie chodzić, mogą osiągnąć największe korzyści z tego typu interwencji.
- W przeglądzie Mehrholz 2012, którego celem była ocena skuteczności treningu elektromechanicznego i treningu ręki z asystą robota, w poprawie aktywności życia codziennego, funkcji ręki, siły mięśni u pacjentów po udarze mózgu, stwierdzono, że u pacjentów, którzy otrzymywali trening elektromechaniczny i trening ręki z asystą robota, jest większe prawdopodobieństwo poprawy w zakresie aktywności życia codziennego. Funkcjonowanie ręki z niedowładem także może ulec poprawie, ale nie siła mięśniowa. Wyniki te należy interpretować z ostrożnością, ponieważ między badaniami były różnice w czasie trwania i ilości treningu, typie leczenia.
- W przeglądzie Winter 2011 stwierdzono, że dowody na korzyści stretchingu, ćwiczeń pasywnych i mobilizacyjnych w poprawie funkcji kończyny górnej, są ograniczone w odniesieniu do porażenia połowicznego kończyny górnej po udarze i wymaga to dalszych badań.

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 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.36.2019 „Regionalny program zdrowotny w zakresie rehabilitacji neurologicznej dla osób po udarze mózgu”, realizowany przez: Województwo Wielkopolskie, data ukończenia: maj 2019 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 136/2019 z dnia 20 maja 2019 roku o projekcie programu „Regionalny program zdrowotny w zakresie rehabilitacji neurologicznej dla osób po udarze mózgu” (woj. wielkopolskie).