



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 45/2022 z dnia 12 sierpnia 2022 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej
dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2023-2025”
(woj. mazowieckie)

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2023-2025”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Oceniany program może stanowić uzupełnienie obecnie dostępnych świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Zakłada on bowiem zwiększenie dostępności do tej grupy świadczeń, co może przełożyć się na podniesienie jakości życia i poprawę zdrowia dzieci z rozpoznaniem wady postawy i/lub niepełnosprawnością narządu ruchu.

Opiniowany dokument zawiera jednak uchybienia, których skorygowanie jest niezbędne dla podniesienia jakości programu. Uwagi zostały zamieszczone w treści opinii, zaś najważniejsze kwestie są następujące:

- poprawnie sformułować cele i mierniki efektywności;
- w zakresie działań edukacyjnych oszacować liczebność populacji, a także wskazać kryteria włączenia i wyłączenia tej grupy do udziału w programie;
- doprecyzować treść tak aby wynikało z niej, że planowane działania edukacyjne, a także testy będą dostosowane do wieku uczestników;
- wskazać plan rehabilitacji obejmujący zalecenia rekomendowane przez towarzystwa naukowe;
- skorygować wskaźniki wykorzystane w procesie ewaluacji, a także zaplanować ewaluację, tak aby możliwe było przeprowadzenie kompleksowej oceny efektywności podjętych działań.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych z środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w celu uniknięcia ww. ryzyka, planowane i podejmowane działania eliminujące ww. ryzyko powinny być należycie opisane w projekcie.



Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej miasta Żyrardów z zakresu rehabilitacji leczniczej skierowany do populacji dzieci w wieku 7-17 lat z rozpoznaniem wady postawy i/lub niepełnosprawnością narządu ruchu. Realizację programu zaplanowano na lata 2023-2025, a całkowity koszt oszacowano na 156 000 zł.

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 2021 r. poz. 1285, 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

Projekt programu dotyczy bardzo rozległego problemu zdrowotnego, którym jest niepełnosprawność. W dokumencie odniesiono się do szczegółowych informacji z zakresu wad postawy oraz niepełnosprawności narządu ruchu, tj. uszkodzenia i braki w anatomicznej strukturze narządu ruchu, zaburzenia czynności motorycznych, czy deformacja narządów ruchu. Wskazano także m.in.: wzorce postawy ciała, charakterystykę poszczególnych wad postawy, a także możliwości ich korekcji.

Warto wspomnieć, że programy polityki zdrowotnej poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności są programami skierowanymi do zróżnicowanej populacji dotkniętej wieloma schorzeniami warunkującymi niepełnosprawność.

Projekt zawiera stosowne referencje bibliograficzne, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego. W dokumencie odniesiono się do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2018 poz. 469), jednak jest to niezasadne, ponieważ ten akt prawny został uchylony z dniem 1 stycznia 2022 r.

W opisie sytuacji epidemiologicznej przedstawiono ogólnopolskie oraz regionalne dane korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym. Powołując się na dane Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) wskazano, że w 2018 r. w Polsce populacja osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej liczyła 3 040, co stanowiło 10% ogółu populacji osób w tym wieku objętej zakresem BAEL. Ponadto zwrócono uwagę na dane Elektronicznego Krajowego Systemu Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności (EKSMOoN) z których wynika, że na koniec I kwartału 2022 r. orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 r.ż.) posiadało 288 513 osób (ok. 4,5% dzieci w Polsce), w tym upośledzenia narządu ruchu dotyczyły 26 076 dzieci (ok. 0,5%). W dokumencie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych 2022-2026 (MPZ) zwracając uwagę, że rekomendowany kierunek działań dla woj. mazowieckiego to „skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie poprzez zawieranie dodatkowych umów” w odniesieniu do fizjoterapii ambulatoryjnej.

W tym miejscu warto nadmienić, że w zakresie opisu sytuacji epidemiologicznej dokument warto uzupełnić, o dane zawarte w MPZ, z których wynika, że w 2019 r. w ramach NFZ było rehabilitowanych 3,34 miliona pacjentów (10% pacjentów stanowiły osoby w wieku 0-17 lat, 51,9% w wieku 18-64 lata i 38,1% w wieku ≥ 65 lat). W MPZ zwrócono także uwagę, że 76,6% wszystkich rehabilitowanych pacjentów nie miało wydanego orzeczenia o niepełnosprawności, 5% było niepełnosprawnych w stopniu lekkim, 11,2% w stopniu umiarkowanym, 5,5% w stopniu znacznym oraz 1,7% stanowiły osoby z niepełnosprawnościami do 16. roku życia. Ponadto zgodnie z informacjami zawartymi w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW), w 2020 r. liczba pacjentów w wieku 0-17 lat, korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych w woj. mazowieckim wynosiła 893/100 tys., natomiast w powiecie żyrardowskim – 778/100 tys.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zwiększenie jakości życia dzięki zmniejszeniu dolegliwości bólowych u co najmniej 80 dzieci i nastolatków z miasta Żyrardów, dotkniętych problemem wad postawy i/lub niepełnosprawnością narządu ruchu, poprzez kompleksowe działania edukacyjne i rehabilitacyjne

prowadzone na terenie gminy w latach 2023-2025". Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania określonych potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Wskazany w programie cel główny zakłada wzrost jakości życia nie opisano jednak narzędzia lub skali, które zostaną wykorzystane do pomiaru tego parametru przed i po interwencji, co uniemożliwia obiektywne wykazanie poprawy w tym zakresie. Ponadto nie wskazano uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej będącej wyznacznikiem deklarowanej efektywności planowanych interwencji. W związku z powyższym cel główny powinien zostać skorygowany.

W projekcie zaproponowano cele szczegółowe:

- (1) *„zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu w populacji docelowej dzieci i młodzieży, objętych programem w latach 2023-2025”;*
- (2) *„zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu w populacji docelowej rodziców dzieci i młodzieży, objętych programem w latach 2023-2025”.*

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a w treści dokumentu powinno znaleźć się uzasadnienie dla przyjętych wartości. Zaproponowane cele są możliwe do osiągnięcia z uwagi na zaplanowane działania edukacyjne oraz przeprowadzenie pre- i post-testu weryfikującego wzrost wiedzy. Niemniej w dokumencie nie sprecyzowano, czy działania edukacyjne, a także testy będą dostosowane do wieku uczestnika. Dodatkowo w celach szczegółowych nie przedstawiono wartości docelowej do jakiej zamierza się dążyć. Powyższe wymaga skorygowania w zapisach projektu.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) *„odsetek pacjentów, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS – różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie”;*
- (2) *„odsetek pacjentów, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazywanych w ramach edukacji zdrowotnej (liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi dla post-testów przeprowadzanych po zajęciach edukacji zdrowotnej w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed zajęciami”;*
- (3) *„odsetek rodziców pacjentów, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazywanych w ramach edukacji zdrowotnej (liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi dla post-testów przeprowadzanych po zajęciach edukacji zdrowotnej w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed zajęciami”.*

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. W dokumencie nie przedstawiono prawidłowo sformułowanego miernika efektywności odpowiadającego celowi głównemu programu, ponieważ obniżenie jakości życia warunkuje wiele czynników, a nie tylko występowanie dolegliwości bólowych ujęte w mierniku nr 1. Niemniej jednak miernik ten może być wykorzystany w procesie ewaluacji.

Podsumowując, element projektu dotyczący celów i mierników efektywności wymaga doprecyzowania zgodnie z powyższymi uwagami.

Populacja docelowa

Działania realizowane w programie adresowane są do dzieci w wieku 7-17 lat z rozpoznaniem wady postawy i/lub niepełnosprawnością narządu ruchu (w zakresie działań rehabilitacyjnych i edukacyjnych) oraz rodziców/opiekunów prawnych dzieci (w zakresie działań edukacyjnych). Na podstawie danych ujętych w części epidemiologicznej projektu oszacowano populację docelową na poziomie ok. 2 220 pacjentów wskazano jednak, że z uwagi na ograniczenia finansowe gminy działaniami zostanie objętych w całym okresie realizacji ok. 270 osób (ok. 90 w skali roku). W dokumencie nie oszacowano wielkości populacji, do której skierowane będą działania edukacyjne, co wymaga uzupełnienia.

Wskazane w projekcie kryteria włączenia do programu i kryteria wyłączenia dla populacji pediatrycznej nie wzbudzają zastrzeżeń, natomiast projekt wymaga uzupełnienia o ww. kryteria dla populacji rodziców/opiekunów prawnych dzieci.

Interwencja

W ramach realizacji programu zaplanowano działania z zakresu rehabilitacji oraz edukację dla uczestników i ich rodziców/opiekunów prawnych.

Indywidualny plan rehabilitacyjny

Zostanie określony na podstawie rodzajów i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ/lekarza specjalisty/fizjoterapeuty lub określony przez fizjoterapeutę po zgłoszeniu się pacjenta do realizatora. W programie dla populacji pediatrycznej zaplanowano przeprowadzenie:

- zabiegów kinezyterapeutycznych (indywidualna praca z pacjentem, ćwiczenia wspomagane, pionizacja, ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem, ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem, ćwiczenia izometryczne, nauka czynności lokomocji, wyciągi, inne formy usprawniania, ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające);
- masaży (klasyczny, limfatyczny ręczny – leczniczy, limfatyczny mechaniczny – leczniczy, masaż mechaniczny);
- elektrolecznictwa (galwanizacja, jonoforeza, elektrostymulacja, tonoliza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, TENS, prądy Traebera, prądy Kotza, ultradźwięki miejscowe, ultrafonoforeza);
- leczenia polem elektromagnetycznym (impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, diatermia krótkofalowa, mikrofalowa, impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości);
- światłolecznictwa i termoterapii (naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe, laseroterapia – skaner, laseroterapia punktowa).

Zabiegi wykonywane będą w cyklu terapeutycznym 10-dniowym, średnio po 4 zabiegi dziennie. W dokumencie zaznaczono, że czas jednego spotkania rehabilitacyjnego zależeć będzie od rodzaju schorzenia i zabiegu.

Zgodnie z opiniami ekspertów plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu zdrowia chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji. W projekcie nie zaprezentowano planu rehabilitacji, w związku z tym brak jest możliwości wnioskowania czy zaplanowane działania obejmą zalecenia rekomendowane przez towarzystwa naukowe. Odnalezione rekomendacje (NSF 2017, VHA-DoD 2010) 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 (NICE 2020, RACGP 2018).

Działania edukacyjne

Działania edukacyjne skierowane będą do dzieci i młodzieży biorących udział w programie oraz dla ich rodziców/opiekunów prawnych. Zaplanowano 45 minutowe spotkanie (dla grup max. 20-osobowych), prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę. Tematyka spotkań ma obejmować w szczególności: rolę aktywności fizycznej w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu, sposoby radzenia sobie ze stresem, rolę stylu życia w zapobieganiu pogłębiania się niepełnosprawności ruchowej. Zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testu. W dokumencie nie sprecyzowano jednak czy działania edukacyjne oraz testy będą dostosowane do wieku uczestników, co należałoby doprecyzować.

Odnalezione rekomendacje (SOSORT 2014) kładą szczególny nacisk nie tylko na rolę edukacji dziecka, ale i jego opiekunów. Ponadto zgodnie z opinią ekspercką wskazuje się na zasadność realizowania kampanii edukacyjnych w kierunku wad postawy dla rodziców i opiekunów czy nauczycieli przy udziale lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty. Powyżej wskazane elementy zostały ujęte w projektowanej interwencji.

Warto podkreślić, że program obejmuje działania finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. W odniesieniu do świadczeń rehabilitacyjnych rekomendowane jest zapewnienie ich ciągłości. Wydaje się zatem, że zaplanowany program ma zapewnić ciągłość oraz zwiększyć dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych w gminie.

Podsumowując, zaproponowane w projekcie interwencje powinny zostać doprecyzowane zgodnie z powyższymi uwagami. Ponadto przy realizacji programu należy mieć na uwadze wytyczne i inne dowody naukowe wskazane w rozdziale „Ocena technologii medycznej” niniejszej opinii.

Monitorowanie i ewaluacja

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 programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności ma być realizowana na podstawie sprawozdań realizatora w corocznych i kwartalnych okresach sprawozdawczych. Wskaźniki, na podstawie których ma być prowadzona ta ocena nie wzbudzają zastrzeżeń, jednak należy poszerzyć je dodatkowo o: liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów).

Ocena jakości świadczeń prowadzona będzie w oparciu o anonimowe ankiety satysfakcji oraz pisemne uwagi, co jest podejściem prawidłowym.

Ewaluacja będzie przeprowadzana co roku i na zakończenie programu na podstawie analizy wskaźników, które nie wzbudzają zastrzeżeń z wyjątkiem wskaźnika „odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej”, który odnosi się bardziej do monitorowania. Warto zwrócić uwagę, że w punkcie dot. mierników efektywności jeden z mierników może być pomocny w procesie ewaluacji. Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione tylko częściowo w projekcie.

Podsumowując, element projektu dotyczący monitorowania i ewaluacji wymaga doprecyzowania i uzupełnienia zgodnie z powyższymi uwagami.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu, a także w prawidłowy sposób odnosi się do sposobu zakończenia udziału w programie.

W projekcie wskazano, że realizator zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z przepisami ustawy. Przedstawiono także warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

Opisany sposób zapraszania uczestników do programu zakłada informowanie o programie poprzez tablice ogłoszeń, plakaty i ulotki umieszczane w poradniach POZ, podmiocie realizującym program oraz w Urzędzie Miasta Żyrardowa. Wskazano, że informacje o programie będą przekazywane za pośrednictwem personelu medycznego oraz w formie komunikatów umieszczonych na stronie internetowej poradni POZ, Urzędu oraz portali społecznościowych.

W projekcie przedstawiono koszty jednostkowe: uczestnictwa w programie (w tym koszt indywidualnego planu rehabilitacyjnego i koszt działań edukacyjnych), akcji informacyjnej (opracowanie i druk materiałów informacyjnych), monitorowania i ewaluacji.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 156 000 zł (52 000 zł rocznie) i zostanie on pokryty z budżetu miasta Żyrardów. W dokumencie zaznaczono, że miasto będzie ubiegało się o pozyskanie także środków z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Materiały analityczne z procesu oceny technologii medycznych w zakresie rehabilitacji leczniczej są dostępne pod adresem:

<http://bipold.aotm.gov.pl/index.php/zlecenia-mz-2018/883-materialy-2018/5537-92-2018-zlc>

Problem zdrowotny

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) termin niepełnosprawność definiuje jako 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.

Alternatywne świadczenia

Kompleksowa ocena stanu zdrowia obejmująca ocenę rozwoju fizycznego, została uregulowana w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2021 poz. 540).

Świadczenia z zakresu rehabilitacji są udzielane pacjentom zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021 poz. 265).

Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne u dzieci/młodzieży do 18 r.ż., jak również psychoedukacja rodziców/opiekunów prawnych uwzględnione są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. poz. 1285).

Ocena technologii medycznej

Wnioski z odnalezionych rekomendacji klinicznych

- Współczesne standardy dowodów i metody stanowią wiele wyzwań dla dziedzin z zakresu 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;

- 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 2017 – *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);
- Programy rehabilitacji zazwyczaj obejmują: badanie pacjenta, trening fizyczny, edukację, poradę dietetyka i wsparcie psychologiczne (ACCP 2007 - *American College of Chest Physicians*);
- W celu uzyskania optymalnych wyników, zwiększona intensywność rehabilitacji w połączeniu z wczesną interwencją, powinna być dostarczana przez interdyscyplinarny zespół specjalistów (SIGN 2013);
- 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 w proces terapeutyczny partnerów/rodziny/opiekunów (NZGG 2002).
- Specyficzna fizjoterapia (PSSE, ang. *physiotherapeutic scoliosis-specific exercises*) jest rekomendowana jako pierwszy krok w procesie leczenia skoliozy idiopatycznej, aby zapobiec lub ograniczyć postęp deformacji oraz możliwości gorsetowania. PSSE powinna być m.in.: oparta na autokorekcji postawy w 3D, treningu podstawowych czynności życia codziennego (*ADL*, ang. *activities of daily living*), stabilizacji prawidłowej postawy oraz edukacji pacjenta. Rekomenduje się, aby była ona zindywidualizowana pod względem potrzeb pacjenta, występującego skrzywienia oraz etapu leczenia. PSSE powinna być przeprowadzana indywidualnie (w relacji 1:1) w celu zapewnienia zindywidualizowanej opieki, tak aby regularne zajęcia PSSE mogły być stosowane przez pacjenta w domu lub w małych grupach (SOSORT 2016 - *Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment*);
- Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej tak aby pacjent pozostał aktywny (NICE 2009, AHRQ 2009 - *Agency for Healthcare Research and Quality*). Edukacja pacjenta powinna opierać się na informacjach dotyczących wytrzymałości anatomicznej i strukturalnej kręgosłupa, neurologicznym wyjaśnieniu odczuwania bólu, stosowania aktywnego radzenia sobie z bólem;
- Rekomendacje kładą szczególny nacisk na rolę edukacji nie tylko dziecka, ale i jego opiekunów. Niski poziom motywacji do ćwiczeń, typowy dla młodych osób, można podnieść poprzez uświadomienie dziecka i rodziców co do charakteru choroby, jej przewidywanego przebiegu, potencjalnych konsekwencji braku leczenia itd. W uzasadnionych przypadkach warto uzupełnić leczenie o konsultację psychoterapeutyczną (SOSORT 2014).

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych:

- Pollock 2014C – w przeglądzie stwierdzono, że w poprawie: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu rehabilitacja fizyczna jest bardziej efektywna niż standardowa opieka;
- 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 poprawy 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 standardowej opieki (dowody niskiej jakości). Dowody bardzo niskiej jakości wskazują, że ćwiczenia są bardziej efektywne niż brak interwencji w kontekście zmniejszenia krótkotrwałych dolegliwości bólowych (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 leczeniu bólu w krótkim okresie (WMD -10,67, 95%CI od -17,04 do -4,30, 2 badania, 103 uczestników);
- Mehrholz 2014 – celem przeglądu była ocena wpływu treningu na bieżni z i bez odciążenia masy ciała ze wsparciem systemu upręży na poprawę wytrzymałości chodu po udarze, w porównaniu z innymi metodami treningu chodu, placebo lub brakiem interwencji, na podstawie dowodów o umiarkowanej jakości stwierdzono, że szybkość i wytrzymałość chodu w tej populacji mogą ulec poprawie.

Podsumowanie opinii ekspertów

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 potrzeba rehabilitacji dotyczy 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.

Realizacja 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, możliwości rozpoczęcia rehabilitacji na najwcześniejszym możliwym etapie leczenia i ciągłości procesu rehabilitacji.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 8 pkt 3, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.46.2022 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2023-2025” realizowany przez: Miasto Żyrardów, Warszawa, lipiec 2022 oraz opinii Rady Przejrzystości nr 120/2022 z dnia 25 lipca 2022 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2023-2025”