



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 26/2023 z dnia 19 czerwca 2023 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej
mieszkańców gminy Czarnia na lata 2023-2028”
(woj. mazowieckie)

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Czarnia na lata 2023-2028”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Zaplanowane interwencje określono zgodnie z wytycznymi, co wzięto pod uwagę przy wydaniu pozytywnej opinii.

Opiniowany dokument zawiera jednak uchybienia (m.in. dotyczące celów programu), które zostały wskazane w opinii, a ich skorygowanie jest niezbędne dla podniesienia jakości programu.

Oceniany projekt programu zawiera działania, które są dostępne jako świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej. Dlatego należy mieć na uwadze, aby zaplanowane interwencje udzielane w ramach programu nie powielały świadczeń finansowanych ze środków publicznych

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący rehabilitacji leczniczej, skierowany do mieszkańców gminy Czarnia, ze wskazaniami medycznymi ujętymi w kryteriach włączenia do programu. Całkowity koszt programu oszacowano na 576 000 zł, zaś okres realizacji obejmuje lata 2023-2028.

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. 2022 poz. 2561, 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 odnosi się do problemów zdrowotnych, które prowadzą do ograniczenia sprawności organizmu, utrudniają lub uniemożliwiają normalne funkcjonowanie. W dokumencie wskazano, że

rehabilitacja stanowi niezbędny element efektywnego procesu terapeutycznego w przypadku wszystkich problemów zdrowotnych prowadzących do ograniczenia sprawności organizmu, utrudniających lub uniemożliwiających normalne funkcjonowanie jednostek. Przedstawiono opis najpowszechniejszych chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz urazów, a także metody rehabilitacji danego problemu zdrowotnego.

Projekt zawiera stosowne referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, 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 światowe, regionalne i lokalne dane korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym. Niemniej jednak opisując dane regionalne odniesiono się do nieaktualnej Mapy Potrzeb Zdrowotnych (MPZ), co wymaga skorygowania.

Z danych zawartych w MPZ na lata 2022-2026 wynika, że w województwie mazowieckim z rehabilitacji ambulatoryjnej skorzystało 88,2% wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności (wg miejsca udzielania świadczeń) wyniosła 8 629 (4. miejsce w Polsce, powyżej średniej dla kraju o 11 %). Z rehabilitacji stacjonarnej skorzystało 4,6% wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności (wg miejsca udzielania świadczeń) wyniosła 450 (ostatnie miejsce w Polsce, poniżej średniej dla kraju o 23%). Warto nadmienić, że w MPZ w ramach rekomendowanych kierunków działań dla województwa mazowieckiego wskazano w szczególności na zasadność skrócenia czasu oczekiwania oraz zwiększenie dostępności do świadczeń.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest: *„zmniejszenie dolegliwości bólowych u co najmniej 40% uczestników programu, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2023-2028”*. 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 potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. W ocenianym dokumencie cel główny sformułowano prawidłowo, jednak nie wskazano uzasadnienia dla podanej wartości docelowej, co należy uzupełnić.

W projekcie zaproponowano cel szczegółowy:

- (1) *„zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu u co najmniej 60% osób z populacji docelowej w latach 2023-2028”*.

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 także uzasadnienie dla przyjętych wartości. Mając powyższe na uwadze należy stwierdzić, że zaproponowany cel szczegółowy sformułowano prawidłowo. W projekcie programu zaplanowano pomiar wzrostu wiedzy uczestników za pomocą przeprowadzania pre- i post-testów, jednak nie załączono wzoru dokumentu, co należy uzupełnić.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) *„odsetek osób, 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; wd. co najmniej 40%)”*;
- (2) *„odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych 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 re-testami przeprowadzonymi przed zajęciami wd. wzrost o 30%)”.

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 określone według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. Zapisy przedstawione jako mierniki efektywności interwencji zostały sformułowane prawidłowo. Dodatkowo do projektu załączono wzór karty oceny skuteczności ww. działań realizowanych w ramach programu – nie budzi on zastrzeżeń.

Podsumowując, element projektu dotyczący celów programu wymaga dopracowania.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią mieszkańcy gminy Czarnia z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego posiadający skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) lub lekarza specjalisty. Populację docelową oszacowano na poziomie ok. 300 pacjentów rocznie.

W związku z ograniczeniami finansowymi planowane jest objęcie programem ok. 165 osób rocznie (co stanowi ok. 55% populacji docelowej), a w całym okresie realizacji – ok. 990 osób.

W programie określono kryteria kwalifikacji i kryteria wykluczenia, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

Interwencja

Zgodnie z treścią projektu, program obejmuje wdrożenie indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz działania edukacyjne.

Działania edukacyjne

W dokumencie wskazano, że w ramach działań edukacyjnych zostanie przeprowadzone jedno spotkanie (45-minut; w grupach maksymalnie 20-osobowych), które będzie prowadzone przez lekarza, fizjoterapeutę lub pielęgniarkę. Edukacja zdrowotna obejmie tematy z zakresu: roli diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów; zapobiegania wypadkom i zranieniom; istotności prowadzenia zdrowego trybu życia, a także sposobu radzenia sobie ze stresem.

W projekcie programu zaplanowano badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu pre-testu oraz post-testu co jest podejściem prawidłowym. Do projektu programu nie załączono jednak wzoru testów, więc ich weryfikacja nie była możliwa.

Indywidualny plan rehabilitacji

Indywidualny plan rehabilitacji zostanie opracowany na podstawie rodzaju i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ, lekarza specjalisty lub wskazanych przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji uczestnika do programu.

Zaplanowano realizację:

- kinezyterapia (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),
- masaże (klasyczny – częściowy, limfatyczny ręczny – leczniczy, limfatyczny mechaniczny – leczniczy),
- elektrolecznictwo (galwanizacja, jonoforeza, elektrostymulacja, tonoliza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, TENS, prądy Traeberta, prądy Kotza, ultradźwięki miejscowe, ultrafonoforeza),

- leczenie polem elektromagnetycznym (impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości)
- światłolecznictwo i termoterapia (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.

Odnalezione rekomendacje (NSF 2017, VHA-DoD 2010) zalecają, aby pacjenci otrzymywali świadczenia terapeutyczne w dawkowaniu „ile potrzebują i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać 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 (RACGP 2018, NICE 2020).

Wszystkie zaplanowane interwencje fizykoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej* (Dz. U. z 2021 r. poz. 265 z późn. zm.). Tym samym istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń, co może wymagać podjęcia działań umożliwiających współpracę z NFZ w celu wykrycia ewentualnych nieprawidłowości.

Podsumowując, działania zaplanowane w programie są zgodne z aktualnymi wytycznymi w przedmiotowym zakresie. Przy realizacji programu należy mieć także na uwadze 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.

W ramach monitorowania projekt przewiduje ocenę zgłaszalności, która ma być prowadzona w oparciu o roczne i kwartalne sprawozdania realizatora. Analiza ma być dokonywana na podstawie wskaźników, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

Ocena jakości świadczeń w programie prowadzona będzie w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji, co jest rozwiązaniem prawidłowym. Ponadto dla uczestników przewidziano także możliwość zgłaszania do realizatora programu pisemnych uwag dotyczących realizacji PPZ.

W ocenianym dokumencie zaznaczono, że ewaluacja będzie przeprowadzana co roku i na zakończenie programu poprzez analizę wskaźników, które nie wzbudzają zastrzeżeń poza jednym tj. „*odsetka osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej*” ponieważ nie ocenia on efektywności realizowanych w ramach programu działań, a może zostać wykorzystany podczas działań monitorujących. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono etapy i działania podejmowane w programie. Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

Zakończenie udziału w programie nastąpi z chwilą zakończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego terapeutycznego. Uczestnikom zostaną przekazane zalecenia dalszego postępowania oraz informacje o możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym. W przypadku nieukończenia pełnego cyklu rehabilitacji realizowanego w ramach programu pacjent zostanie poinformowany o negatywnych

skutkach zdrowotnych związanych z przerwaniem uczestnictwa w programie oraz o możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym. W dokumencie podkreśla się, że dopuszcza się zakończenie udziału w programie na każdym jego etapie, na życzenie pacjenta.

Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej poprzez plakaty i ulotki, co jest działaniem niewystarczającym. Należy podkreślić, że sposoby zapraszania do programu i działania informacyjne, powinny być dostosowane do specyfiki określonej populacji. W związku z tym zaleca się ponowne przeanalizowanie tego elementu programu, tak aby uwzględnić wszystkie możliwe ścieżki dotarcia do potencjalnie zainteresowanych osób.

W dokumencie przedstawiono koszt jednostkowy (koszt uczestnictwa w programie (w tym koszt indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz koszt działań edukacyjnych), akcji informacyjnej, oraz monitorowania i ewaluacji) jak i roczne przeznaczone na realizację programu.

Całkowity koszt programu oszacowano na 576 000 zł (96 000 zł rocznie).

Program będzie finansowany ze środków budżetu gminy Czarnia. Zaznaczono, że gmina może ubiegać się o dofinansowanie ze środków NFZ.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

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.

Metodami rehabilitacyjnymi 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 gwarantowane w ramach NFZ obejmują poradę lekarską rehabilitacyjną/poradę fizjoterapeutyczną, kinezyterapię, fizykoterapię i masaże. Porada lekarska rehabilitacyjna udzielana dorosłym i dzieciom, obejmuje m.in. wybrane procedury zgodnie z aktualną wiedzą medyczną: ogólną ocenę stanu zdrowia – badanie ogólnolekarskie, ocenę aktywności ruchowej mierzalnym wskaźnikiem odpowiednio do rozpoznania, ocenę odruchów ścięgno-okostnowych, ocenę chodu i lokomocji, badanie fizykalne dla potrzeb rehabilitacji, planowanie i koordynowanie programu rehabilitacji, zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego (ustalenie programu usprawnienia leczniczego), skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe, końcową ocenę procesu usprawniania.

Wizyta fizjoterapeutyczna obejmuje: zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, które realizuje cel skierowania na rehabilitację leczniczą i jest zgodne z tym skierowaniem, ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii, badanie czynnościowe

narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii, końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii, udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego.

Fizjoterapia ambulatoryjna odbywa się na podstawie zlecenia wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych jednemu świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie.

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. zabieg fizjoterapeutyczny w warunkach domowych obejmuje: zabieg fizjoterapeutyczny – kinezyterapię; masaż; elektrolecznictwo; leczenie polem elektromagnetycznym; światłolecznictwo i termoterapię; balneoterapię.

Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej mogą być także realizowane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego. Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową jest wystawione m.in. przez: lekarzy oddziałów urazowo-ortopedycznych, chirurgicznych, neurochirurgicznych, neurologicznych, reumatologicznych, chorób wewnętrznych, onkologicznych, ginekologicznych, urologicznych, pediatrycznych, kardiologicznych i geriatrycznych. W przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych przez lekarza poradni rehabilitacyjnej, urazowo-ortopedycznej, neurologicznej i reumatologicznej. Czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego wynosi dla jednego świadczeniobiorcy od 6 tygodni, średnio 5 rodzajów zabiegów dziennie u każdego świadczeniobiorcy.

Jednakże należy zaznaczyć, że dodatkowo rehabilitacja lecznicza w grupie schorzeń narządu ruchu, prowadzona jest przez ZUS w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym. Celem rehabilitacji jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. W realizacji programu priorytetem jest jak najwcześniejsze skierowanie osoby ubezpieczonej do ośrodka rehabilitacyjnego, ponieważ im wcześniej rozpoczęta zostanie rehabilitacja, tym lepsze efekty można uzyskać. Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany jest do osób: ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy; uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego; pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy rokujących jednocześnie odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji.

Podstawą skierowania ubezpieczonego lub rencisty do ośrodka rehabilitacyjnego jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej wydane przez lekarza orzecznika ZUS.

ZUS kieruje na rehabilitację leczniczą w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym w następujących grupach schorzeń: w systemie stacjonarnym – narząd ruchu; w systemie ambulatoryjnym – narząd ruchu. Program uwzględnia w szczególności: różne formy rehabilitacji fizycznej, tj. kinezyterapię indywidualną, zbiorową i ćwiczenia w wodzie oraz zabiegi fizykoterapeutyczne z zakresu ciepłolecznictwa, krioterapii, hydroterapii, leczenia polem elektromagnetycznym wielkiej i niskiej częstotliwości, leczenia ultradźwiękami, laseroterapii, masażu klasycznego i wibracyjnego. Ponadto uwzględnia rehabilitację psychologiczną (m.in. psychoedukację i treningi relaksacyjne) oraz edukację zdrowotną w zakresie: zasad prawidłowego żywienia, znajomości czynników ryzyka w chorobach cywilizacyjnych, znajomości czynników zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy, podstawowych praw i obowiązków pracodawcy oraz pracownika, kontynuacji rehabilitacji w domu po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego (instruktaż). Rehabilitacja lecznicza w ośrodku rehabilitacyjnym trwa 24 dni, przy czym czas jej trwania może być przedłużony lub skrócony.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Standardy jakościowe dostępnych dowodów i metod 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 uwzględnić ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji, a wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty i poddane leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi (NZGG 2002, SIGN 2002, NICE 2007).
- We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania partnerów/rodziny/opiekunów w proces terapeutyczny (NZGG 2002).

Wnioski 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 (obejmowała: funkcjonalny trening zadaniowy, komponenty mięśniowo-szkieletowe, neurofizjologiczne lub krążeniowo-oddechowe);
- 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 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.23.2023 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Czarnia na lata 2023-2028” realizowany przez: Gminę Czarnia; data ukończenia czerwiec 2023 oraz Aneksu „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 111/2023 z dnia 12 czerwca 2023 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Czarnia na lata 2023 - 2028”