



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 40/2023 z dnia 11 sierpnia 2023 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Zdrowszy Kołobrzeg – rehabilitacja dla seniorów”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Zdrowszy Kołobrzeg – rehabilitacja dla seniorów”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Założenia przedstawionego projektu programu polityki zdrowotnej wskazują, że może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych i zwiększyć dostępność do zabiegów rehabilitacyjnych dla mieszkańców Kołobrzegu. Zaplanowane interwencje mają odzwierciedlenie w danych epidemiologicznych i są zgodne ze stanowiskami ekspertów klinicznych.

Jednakże, w obecnym kształcie, program zawiera szereg elementów wymagających korekty. Przede wszystkim są to cele, główny i szczegółowe, które zostały sformułowane w sposób nieprawidłowy i nie spełniają przez to swoich funkcji. Ponadto, korekty wymagają dwa z zaproponowanych mierników efektywności, uzasadnienia wymaga założenie, że poprawa ruchomości nastąpi jedynie u 75 z 1000 osób zakwalifikowanych do programu rocznie, uszczegółowienia wymagają również planowane działania edukacyjne. Należy również zaznaczyć, że w projekcie nie odniesiono się do aktualnej Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026.

Należy mieć także 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, co nie zostało doprecyzowane zarówno w poprzednim projekcie ocenionym w Opinii Prezesa AOTMiT nr 144/2019, jak i obecnym.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej zaplanowany do realizacji przez miasto Kołobrzeg na lata 2024-2029, skierowany do osób powyżej 60 r.ż. Program ma być finansowany ze środków miasta Kołobrzeg, a całkowity koszt jego realizacji oszacowano na 2 817 430 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, 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

W opiniowanym PPZ w sposób ogólny przedstawiono problem zdrowotny. Wskazano, że rehabilitacja stanowi ważny element profilaktyki upadków u osób starszych oraz może wpływać na utrzymanie lub przywrócenie zdolności do samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym oraz na poprawę jakości życia.

Projekt programu zawiera wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego. Zapisy nie budzą zastrzeżeń.

Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej, przedstawiając dane ogólnopolskie i lokalne. Wskazano, że polscy seniorzy skarżą się na bóle dolnej części pleców (ponad 40% populacji), chorobę zwyrodnieniową stawów (blisko 40%), bóle szyi lub środkowej części pleców (29%) oraz że ok. 30% osób w wieku 60-69 lat, a ponad połowa osób w grupie wiekowej 70-79 lat i prawie 80% osób w wieku 80 lat i starszych deklaruje trudności z samodzielnym wchodzeniem i schodzeniem po schodach.

W projekcie nie odniesiono się do Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, w której wskazano, iż w województwie zachodniopomorskim najczęściej występujące zachorowania u pacjentów rehabilitowanych ambulatoryjnie to choroby układu mięśniowo-szkieletowego (województwo 76%; Polska 78%). Według prognoz do 2028 r. zarówno w województwie, jak i w Polsce wzrośnie zapadalność i chorobowość w tej grupie schorzeń. W ramach rekomendowanych kierunków działań dla województwa zachodniopomorskiego wskazano na „zwiększenie dostępności do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej (obecnie ostatnie miejsce w kraju) oraz zabezpieczenie dostępności do usług dla pacjentów ze wszystkich powiatów województwa w ramach lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej (poradnie)”.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest *uzyskanie maksymalnej możliwej poprawy sprawności i jakości życia osób w wieku senioralnym w populacji mieszkańców Kołobrzegu.*

Należy zaznaczyć, że cel główny programu powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie, wytyczony w odniesieniu do planowanego czasu, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

Przedstawiony cel główny wymaga przeformułowania. Obecnie składa się z dwóch filarów, pierwszy dotyczy poprawy sprawności i nie wskazano w jaki sposób będzie prowadzony pomiar poprawy w tym zakresie. W kontekście drugiej składowej celu, dotyczącej jakości życia nie wskazano na przeprowadzenie wystandaryzowanego kwestionariusza przed i po udziale w programie. Nie będzie zatem możliwy obiektywny pomiar tego parametru. Ponadto, cel główny w tym brzmieniu dotyczy wszystkich mieszkańców miasta Kołobrzeg. Biorąc pod uwagę odsetek osób zaplanowanych do objęcia działaniami (6,97%) jest podejściem nieprawidłowym i spowoduje brak możliwości rzetelnej oceny efektywności podejmowanych działań. Nie przedstawiono także wartości docelowej do jakiej zamierza się dążyć.

Wskazano również 2 cele szczegółowe:

- (1) *wzrost dostępności do gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju fizjoterapia ambulatoryjna dla co najwyżej 1 000 osób każdego roku trwania programu,*
- (2) *przeprowadzenie edukacji zdrowotnej w zakresie profilaktyki urazów i chorób związanych z procesami starzenia się w ciągu trwania programu u co najmniej 75% uczestników programu.*

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.

Należy zaznaczyć, iż oba przedstawione cele szczegółowe zostały sformułowane w sposób nieprawidłowy. Cel nr 1 nie odnosi się bezpośrednio do efektu zdrowotnego, ponieważ wzrost dostępu do usług medycznych nie musi oznaczać poprawy sytuacji zdrowotnej pacjentów. Cel nr 2 w postaci przeprowadzenia edukacji zdrowotnej został sformułowany w postaci działania, a nie skutków zaplanowanej interwencji.

W projekcie programu zaproponowano także 4 mierniki efektywności:

- (1) *liczba osób, które zgłosiły się do realizatora w celu realizacji interwencji w danym roku kalendarzowym i liczba osób, które odbyły rehabilitację,*
- (2) *liczba osób, u których uzyskano obiektywną poprawę stanu funkcjonalnego na podstawie badania końcowego,*
- (3) *odsetek osób, u których uzyskano poprawę stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych i ograniczeń w ruchomości,*
- (4) *odsetek osób, u których stwierdzono poprawę wiedzy w zakresie profilaktyki urazów i chorób związanych z procesami starzenia się w ramach porównania testów wiedzy przed i po przeprowadzeniu programu edukacji zdrowotnej.*

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.

Wskaźnik nr 1 nie spełnia funkcji miernika efektywności, natomiast może być wykorzystany podczas monitorowania. Wskaźnik nr 3 nie odnosi się bezpośrednio do celów programu, jednak może być wykorzystany podczas ewaluacji.

Należy zaznaczyć, że nie zaplanowano przeprowadzenia oceny bólu.

Populacja docelowa

Populację docelową stanowią będą mieszkańcy miasta Kołobrzeg po 60 roku życia, a jej liczebność oszacowano na 14 344 osób (przedstawione dane są zbliżone do danych zamieszczonych na stronie internetowej GUS). Wskazano, że co roku kwalifikowanych do programu będzie nie więcej niż 1000 osób, co stanowi ok. 7% populacji docelowej.

Kryteria włączenia do programu to przede wszystkim posiadanie ważnej Kołobrzesckiej Karty Mieszkańca, ukończenie 60. roku życia, skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ oraz zarejestrowanie tego skierowania u wybranych realizatorów w okresie nie dłuższym niż 30 dni od dnia wystawienia.

Kryteriami wyłączenia będą brak spełnienia kryteriów włączenia oraz skorzystanie z fizjoterapii ambulatoryjnej w ramach niniejszego programu polityki zdrowotnej w tym samym roku kalendarzowym.

Interwencja

W ramach realizacji programu zaplanowano wdrożenie indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz działania edukacyjne.

Indywidualny plan rehabilitacyjny

Każdy z zakwalifikowanych świadczeniobiorców ma otrzymać 30 zabiegów (cykl 10-dniowy, średnio po 3 zabiegi dziennie), a indywidualny plan rehabilitacyjny ma być ustalany na wizycie fizjoterapeutycznej (u lekarza specjalisty lub fizjoterapeuty) podczas której ma być przeprowadzony test aktywności ruchowej oraz ankieta początkowa. Do projektu nie załączono jednak wzoru wymienionej ankiety oraz nie opisano czego będzie dotyczyć. Po odbyciu cyklu zabiegów pacjent odbędzie wizytę końcową na której zostanie ponownie przeprowadzony test aktywności ruchowej oraz podsumowanie procesu leczniczego.

Zaplanowano zabiegi kinezyterapeutyczne (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, czynne, izometryczne, ogólnousprawniające indywidualne i grupowe), masaże (klasyczny), elektrolecznictwo (np. galwanizacja, jonoforeza, elektrostymulacja, tonoliza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, TENS, prądy Traeberta, prądy Kotza, ultradźwięki), leczenie polem elektromagnetycznym oraz światłolecznictwo i termoterapia (naświetlanie promieniowaniem podczerwonym, laseroterapia – skaner, laseroterapia punktowa).

Działania edukacyjne

Edukacja ma być prowadzona w trakcie realizacji planu leczenia oraz wizyt fizjoterapeutycznych. Ma obejmować przekazywanie wiedzy niezbędnej do skorygowania niewłaściwych nawyków ruchowych oraz zalecanych aktywności ruchowych. Wskazano również, że uczestnicy programu otrzymają dodatkowe materiały edukacyjne i informacyjne. Zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testów sprawdzających wiedzę uczestników, co jest działaniem zasadnym. Nie przedstawiono jednak większej liczby szczegółów nt. planowanej edukacji, co wymaga uzupełnienia.

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.

Ocena zgłaszalności do programu będzie prowadzona w oparciu o sprawozdania roczne realizatora. Analizie poddana zostanie „liczba osób zgłaszających się do programu”, „liczba osób zakwalifikowanych do programu”, „liczba osób uczestniczących w programie”, „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie”, „liczba osób, które ukończyły pełen cykl interwencji” oraz „liczba rozprowadzonych materiałów edukacyjnych”.

Ocena efektywności będzie przeprowadzana co roku i na zakończenie PPZ poprzez analizę m.in.: „liczby osób, u których stwierdzono obiektywną poprawę stanu zdrowia stwierdzoną na podstawie testu ruchomości przed i po zakończeniu interwencji – nie mniej niż 75 osób” oraz „liczby osób ze zmniejszonymi odczuciami bólowymi – nie mniej niż 75% osób”.

Doprecyzowania wymaga założenie, że poprawa nastąpi jedynie u 75 z 1000 osób zakwalifikowanych do programu rocznie. Osiągnięcia poprawy ruchomości u tak małego odsetka uczestników świadczyć może bowiem o braku efektywności podejmowanych działań.

Oceny jakości świadczeń będzie przeprowadzona za pomocą anonimowej ankiety satysfakcji, której wzoru nie załączono do projektu, w związku z czym nie było możliwe zweryfikowanie jej treści.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym etapem będzie akcja informacyjna. Następnie zaplanowano indywidualne plany rehabilitacji, działania edukacyjne oraz monitorowanie i ewaluację. Dostępność do świadczeń ma być zapewniona przez 5 dni w tygodniu w godzinach 8:00-20:00.

W projekcie programu odniesiono się do informacji nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Wskazano m.in. na konieczność dysponowania przez realizatora odpowiednim sprzętem rehabilitacyjnym i fizykoterapeutycznym.

Akcja informacyjna ma być prowadzona poprzez portal miasta, lokalne portale internetowe, media społecznościowe, prasę lokalną, tablice reklamowe, lokalne radio i inne dostępne kanały. Realizatorzy będą odpowiedzialni za przekazywanie informacji za pomocą np. strony internetowej, mediów społecznościowych i tablic ogłoszeniowych. Akcja informacyjna ma być również skierowana do lekarzy POZ.

Realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

W treści projektu wskazano zarówno koszty jednostkowe jak i koszty całkowite przeznaczone na realizację programu. Koszty jednostkowe przyjęto na podstawie wyliczeń uwzględniających koszty poprzedniej edycji programu z uwzględnieniem wzrostu cen. Wynoszą one od 431,15 zł/os w 2024 r. do 501,67 zł/os w 2029 r. i uwzględniają 30 zabiegów + 2 wizyty fizjoterapeutyczne. W projekcie programu opisano dwie metody wyliczenia kosztu jednostkowego i w obu uzyskano podobne kwoty. Na podstawie wykonanych obliczeń oszacowano, że koszt 30 zabiegów i 2 wizyt fizjoterapeutycznych oszacowano na średnio 784,61 zł (dla rynku komercyjnego) oraz średnio na 474,82 zł (dla świadczeń finansowanych z NFZ).

Należy zaznaczyć, iż biorąc pod uwagę zaprezentowane zestawienie kosztów istnieje ryzyko, że przedstawiony w projekcie koszt jednostkowy może być zaniżony względem nie tylko rynku komercyjnego, ale również świadczeń finansowanych w ramach NFZ.

Całkowity koszt programu oszacowano na 2 817 430 zł (2024 r. – 431 150 zł, 2025 r. – 451 840 zł, 2026 r. – 465 850 zł, 2027 – 477 490 zł, 2028 – 489 430 zł, 2029 r. – 501 670 zł).

Program ma zostać sfinansowany ze środków miasta Kołobrzeg.

Zaznaczono, że „dopuszcza się pozyskanie finansowania z innych źródeł, w tym realizację programu w partnerstwie przez podmioty wnoszące do programu zasoby ludzkie, organizacyjne, techniczne, finansowe z zastrzeżeniem, że z partnerstwa powinna wynikać wartość dodana”.

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.

Alternatywne świadczenia

Świadczenia gwarantowane w ramach NFZ obejmują poradę lekarską rehabilitacyjną/poradę fizjoterapeutyczną, kinezyterapię, fizykoterapię i masaże. Porada lekarska rehabilitacyjna obejmuje m.in. badanie ogólnolekarskie, ocenę aktywności ruchowej mierzalnym wskaźnikiem odpowiednio do rozpoznania, ocenę odruchów ścięgnisto-okostnowych, ocenę chodu i lokomocji, badanie fizykalne dla potrzeb rehabilitacji, planowanie i koordynowanie programu rehabilitacji, zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego, skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe, końcową ocenę procesu usprawniania.

Wizyta fizjoterapeutyczna obejmuje: zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem i po zakończeniu fizjoterapii, badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii. 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.

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.

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.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Standardy jakościowe dostępnych dowodów i metod stanowią wiele wyzwań dla dziedziny 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 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, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla potrzeb oraz możliwości chorych (NZGG 2002 – *New Zealand Guidelines Group*, SIGN 2002 – *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*),
- 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*),
- Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej (NICE 2009, AHRQ 2009),
- 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 populacji pacjentów po udarze mózgu 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, a kontakt z zespołem leczącym stanowi istotną formę wsparcia społecznego.

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. z 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr OT.431.36.2023 „Zdrowszy Kołobrzeg – rehabilitacja dla seniorów”, data ukończenia: lipiec 2023 oraz opinii Rady Przejrzystości nr 135/2023 z dnia 7 sierpnia 2023 roku o projekcie programu „Zdrowszy Kołobrzeg – rehabilitacja dla seniorów”.