



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 67/2023 z dnia 31 października 2023 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Regionalny program rehabilitacji osób z chorobami układu
kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2024-2027”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Regionalny program rehabilitacji osób z chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2024-2027”, 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 województwa śląskiego.

Interwencje zaplanowane w opiniowanym programie są ukierunkowane na ważny problem zdrowotny, mający odzwierciedlenie w danych epidemiologicznych i są zgodne ze stanowiskami ekspertów klinicznych.

Jednakże, w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości i potwierdzenia skuteczności zaplanowanych działań należy uzasadnić przyjęte wartości docelowe dla celu głównego i szczegółowego oraz w precyzyjny sposób opisać etapy i działania zaplanowane w ramach programu.

Należy mieć także na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, gdyż wszystkie zaplanowane interwencje fizykoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. 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 z zakresu rehabilitacji leczniczej zaplanowany do realizacji przez województwo śląskie na lata 2024-2027, skierowany do mieszkańców województwa śląskiego w wieku 40-64 lat (40-59 lat – kobiety, 40-64 lat – mężczyźni), aktywnych zawodowo, wymagających rehabilitacji w celu powrotu na rynek pracy bądź utrzymania zatrudnienia, dotkniętych chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego.

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 szczegółowy przedstawiono problem zdrowotny obejmujący rehabilitację leczniczą osób z ograniczeniami sprawności. Wskazano, że choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej należą do grupy schorzeń prowadzących do ograniczenia sprawności organizmu oraz że są jednymi z najczęściej występujących dolegliwości związanych z pracą. Odniesiono się do poszczególnych grup jednostek chorobowych zaliczanych do chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, zgodnie z klasyfikacją ICD-10, charakteryzując ich etiologię, czynniki ryzyka i objawy.

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

Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej, przedstawiając dane światowe, ogólnopolskie, i regionalne, w tym między innymi dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) wskazujące, że choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej były jedną z grup chorobowych generującą najwyższe wydatki na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w Polsce w 2021 r. (14,5%).

W projekcie odniesiono się do aktualnej Mapy Potrzeb Zdrowotnych dla województwa śląskiego, która wskazuje, że jedną z głównych przyczyn niesprawności obok cukrzycy jest ból dolnego odcinka kręgosłupa, a w ramach rekomendowanych kierunków działań dla województwa śląskiego wskazano m.in. na poprawę dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych, w szczególności w odniesieniu do pacjentów ze wskazaniami klinicznymi do objęcia rehabilitacją w czasie i w zakresie pozwalającym na optymalne wspomaganie procesu leczenia.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne układu kostno-stawowego i mięśniowego negatywnie wpływające na obszar aktywności uczestników programu, u co najmniej 5 040 uczestników z populacji docelowej kobiet i mężczyzn od 40 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 40 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywnych zawodowo wymagających rehabilitacji medycznej w celu powrotu na rynek pracy bądź utrzymania zatrudnienia, w latach 2024-2027”. Cel główny jest możliwy do realizacji za pomocą zaplanowanych w programie działań rehabilitacyjnych. Nie wskazano jednak uzasadnienia dla podanej wartości docelowej, co wymaga uzupełnienia.

Wskazano również 3 cel szczegółowe:

- (1) „zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych w obrębie układu kostno-stawowego i mięśniowego u co najmniej 20% uczestników programu, u których stwierdzono dolegliwości bólowe”;
- (2) „uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego u co najmniej 60% uczestników programu”;
- (3) „wzrost aktywności fizycznej u co najmniej 20% uczestników programu, którzy skorzystali z dofinansowania zajęć aktywności fizycznej”.

Należy zaznaczyć, iż 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. Cele przedstawione w projekcie zostały prawidłowo sformułowane, niemniej w żadnym celu nie wskazano uzasadnienia dla podanych wartości docelowych. Powyższe wymaga poprawy.

W projekcie programu zaproponowano także 4 mierniki efektywności:

- (1) „liczba osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego w obrębie układu kostno-stawowego i mięśniowego”;
- (2) „odsetek osób, u których stwierdzono zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami”;
- (3) „odsetek uczestników programu, u których w post-teście po zajęciach edukacji zdrowotnej odnotowano wysoki poziom wiedzy”;
- (4) „odsetek osób korzystających z dofinansowania zajęć aktywności fizycznej, u których zwiększył się poziom codziennej aktywności fizycznej”.

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.

Mierniki efektywności zostały zaprojektowane w sposób prawidłowy.

Dodatkowo, wymieniono również dwa mierniki efektywności wymagane, ze względu na finansowanie programu ze środków EFS, tj.:

- (1) „liczba osób objętych wsparciem w obszarze zdrowia (wskaźnik produktu – PLDCO08)”;
- (2) „liczba osób, które dzięki wsparciu w obszarze zdrowia podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie (wskaźnik rezultatu bezpośredniego – PLDCR03)”

Należy zaznaczyć, że zaproponowany miernik nr 1 nie spełnia funkcji miernika efektywności, może natomiast zostać wykorzystany podczas monitorowania. Zaproponowany miernik nr 2 odnosi się pośrednio do celu głównego. Ten element programu wymaga poprawy.

Populacja docelowa

Populację docelową stanowić będą mieszkańcy województwa śląskiego w wieku 40-64 lat (40-59 lat w przypadku kobiet) dotknięci chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego, aktywni zawodowo, wymagający rehabilitacji w celu powrotu na rynek pracy, bądź utrzymania zatrudnienia. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 2022 r. województwo śląskie zamieszkiwało w sumie 1 391 512 osób z grup wiekowych objętych programem (628 542 kobiet w wieku 40-59 lat i 762 970 mężczyzn w wieku 40-64 lata).

Liczebność populacji kwalifikującej się do udziału w programie oszacowano na 83 tys. osób. Jednak w związku z ograniczeniami finansowymi, program obejmie 16,8 tys. osób

Kryteria włączenia do programu to m.in. wiek, pozostawanie osobą aktywną zawodowo, zamieszkiwanie na terenie województwa śląskiego, rozpoznanie choroby układu kostno-stawowego lub mięśniowego, wskazania zdrowotne do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji leczniczej, stan zdrowia umożliwiający podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym oraz zweryfikowane na podstawie dokumentacji medycznej korzystanie w ciągu 24 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu z lekarskiej porady ambulatoryjnej.

Kryterium wyłączenia z programu stanowić będzie korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez Urząd Marszałkowski, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu jednostek chorobowych kwalifikujących do udziału w programie.

Interwencja

W ramach realizacji programu zaplanowano przeprowadzenie kompleksowej rehabilitacji uczestników obejmującej dwie wizyty fizjoterapeutyczne/lekarskie, indywidualny plan rehabilitacyjny oraz działania edukacyjne.

Pierwsza wizyta fizjoterapeutyczna/lekarska

W ramach wizyty zaplanowano analizę dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta (weryfikacja rozpoznania kwalifikującego do udziału w programie) oraz wywiad (w tym dotyczący jego

aktywności zawodowej). Każdy z pacjentów poddany zostanie badaniom diagnostyki funkcjonalnej zgodnie z klasyfikacją ICF oraz minimum jednemu z testów funkcjonalnych odnoszących się do głównego problemu (lub kilku testom, jeśli będzie to istotne z punktu widzenia planu fizjoterapii). W ramach wizyty zaplanowano również dokonanie oceny stanu zdrowia w skali VAS, aktywności fizycznej na podstawie kwestionariusza IPAQ, a także pomiaru masy ciała oraz wzrostu wraz z obliczeniem wskaźnika BMI. Na podstawie uzyskanych wyników, fizjoterapeuta lub lekarz stwierdzać będzie brak przeciwwskazań do udziału w programie (w tym wykluczenie czerwonych i żółtych flag obowiązujących w fizjoterapii, zgodnie z wytycznymi KRF). W przypadku stwierdzenia tzw. „czerwonych flag”, pacjentom wydane zostaną zalecenia dotyczące dalszego postępowania poza programem.

Indywidualny plan rehabilitacyjny

Zabiegi wykonywane będą w cyklu terapeutycznym 15- dniowym, od 2 do 5 zabiegów dziennie, minimum 12 interwencji z zakresu kinezyterapii (w tym minimum 3 kinezyterapii indywidualne na cały cykl) oraz opcjonalnie dobrane przez lekarza/fizjoterapeutę zajęcia aktywności fizycznej (cykl 8 zajęć).

Dla każdego uczestnika zostanie przygotowany indywidualny plan rehabilitacyjny, określony z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu od lekarza POZ/lekarza specjalisty lub przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji uczestnika do programu.

W odniesieniu do zajęć aktywności fizycznej wskazano, że będą one nacelowane na zwiększenie efektywności terapii (np. joga, pilates, gimnastyka w wodzie, pływanie, zajęcia „zdrowy kręgosłup”) i w przypadku uwzględnienia ich w indywidualnym planie rehabilitacyjnym pacjenta, ich realizacja powinna rozpocząć się po zakończeniu uczestnictwa w zabiegach fizjoterapeutycznych i zakończyć przed drugą wizytą fizjoterapeutyczną/lekarską.

Działania edukacyjne

Przeprowadzone zostaną dwa 45-minutowe spotkania w grupach maksymalnie 10-osobowych.

Pierwsze spotkanie edukacyjne będzie obejmować rolę aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej przewlekłych chorób układu ruchu, zalecane formy aktywności fizycznej, zapobieganie wypadkom i zranieniom, istotność prowadzenia zdrowego stylu życia (obejmującego ograniczenie lub rezygnację z używek), dostępność grup wsparcia i stowarzyszeń pacjentów w regionie oraz wskazania do leczenia operacyjnego w wybranych przypadkach klinicznych. Spotkanie będzie prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub specjalistę zdrowia publicznego.

Drugie spotkanie dotyczyć ma psychoedukacji i prowadzone będzie przez psychologa. Proponowana tematyka wskazana w projekcie, obejmuje m.in. relaksację oraz sposoby radzenia sobie ze stresem.

W projekcie programu zaplanowano badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre- testu przed prelekcją oraz post- testu po prelekcji uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych.

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 corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu, na podstawie analizy: „liczby osób uczestniczących w pierwszej wizycie fizjoterapeutycznej/lekarzkiej kwalifikującej do programu”, „liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie”, „liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej”, „liczby osób uczestniczących w zajęciach z zakresu psychoedukacji”, „liczby

osób, które ukończyły zaplanowane działania rehabilitacyjne” oraz „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania”.

Ocena jakości świadczeń będzie przeprowadzona za pomocą ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ww. ankiety. Ankieta nie zawiera pytań dotyczących jakości działań edukacyjnych, co wymaga uwzględnienia.

Zgodnie z treścią programu ocena efektywności będzie prowadzona po zakończeniu programu poprzez analizę: „odsetka osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego w obrębie układu kostno-stawowego i mięśniowego”, „odsetka osób, u których stwierdzono zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami”, „odsetka uczestników programu, u których w post-teście po zajęciach edukacji zdrowotnej odnotowano wysoki poziom wiedzy”, „odsetka osób korzystających z dofinansowania zajęć aktywności fizycznej, u których zwiększył się poziom codziennej aktywności fizycznej”, a także „liczby osób objętych wsparciem w obszarze zdrowia” oraz „liczby osób, które dzięki wsparciu w obszarze zdrowia podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie”. Należy zaznaczyć, że wskaźnik „liczba osób objętych wsparciem w obszarze zdrowia” nie spełnia funkcji miernika efektywności, może natomiast zostać wykorzystany podczas monitorowania. 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

Projekt zawiera zdawkowy opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym etapem będzie przeprowadzenie kampanii informacyjnej oraz spotkań organizacyjnych dla personelu. Następnie zaplanowano kompleksową rehabilitację uczestników. Ostatnim etapem będzie monitorowanie oraz ewaluacja.

W projekcie programu odniesiono się do informacji nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Akcja informacyjna ma być prowadzona przez realizatorów programu we współpracy z placówkami POZ, AOS (głównie poradnie reumatologiczne, rehabilitacyjne, ortopedyczne i neurologiczne), innymi podmiotami leczniczymi oraz organizacjami pozarządowymi i lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Ponadto informacje o programie mają być dostępne w siedzibach realizatorów oraz w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Śląskiego. Zaplanowano również możliwą dystrybucję ulotek i plakatów informacyjnych.

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. Koszt jednostkowy kompleksowej rehabilitacji jednego uczestnika programu został oszacowany na kwotę 1 710 zł/os.

Całkowity budżet programu oszacowano na 31 841 040 zł, z czego koszty bezpośrednio programu wyceniono na 28 946 400 zł, a koszty pośrednie na 2 894 640 zł (10% kosztów bezpośrednich).

Program ma zostać sfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (85%) oraz z budżetu państwa i wkładu własnego Województwa (15%).

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, jest zapewniana przez ZUS i jest realizowana 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 rokując 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

- 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.

PREZES

dr n. med. Roman Topór-Mądry

/dokument podpisany elektronicznie/

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.431.65.2023 „Regionalny program rehabilitacji osób z chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2024-2027” realizowany przez: Województwo Śląskie; data ukończenia: październik 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 175/2023 z dnia 30 października 2023 roku o projekcie programu „Regionalny program rehabilitacji osób z chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2024 - 2027” realizowany przez: Województwo Śląskie.