



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 50/2018 z dnia 21 marca 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program stymulacji
rozwoju dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz zagrożonej
niepełnosprawnością wraz z wdrażaniem rodziny do realizacji
programów rehabilitacji w warunkach domowych zamieszkałych na
terenie Miasta Chorzów na lata 2018-2020”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program stymulacji rozwoju dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz zagrożonej niepełnosprawnością wraz z wdrażaniem rodziny do realizacji programów rehabilitacji w warunkach domowych zamieszkałych na terenie Miasta Chorzów na lata 2018-2020” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży, co może przełożyć się na podniesienie jakości życia i poprawę zdrowia osób niepełnosprawnych. Podobny projekt był już przedmiotem opinii Prezesa (opinia nr 233/2017), jednak został oceniony negatywnie ze względu na nieprecyzyjne i niespójne zapisy, szczególnie w zakresie planowanych interwencji. W obecnym projekcie programu w większości uwzględniono uwagi zawarte w poprzedniej opinii i naniesiono stosowne poprawki. W związku z powyższym projekt w obecnym kształcie może stanowić wartość dodaną do świadczeń z przedmiotowego zakresu. Aczkolwiek w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości proszę uwzględnić poniższe uwagi.

Niektóre cele programowe oraz odpowiadające im mierniki efektywności wymagają przeformułowania, ponieważ nie zostały uzupełnione zgodnie z uwagami z poprzedniej opinii.

W projekcie częściowo uwzględniono uwagi dotyczące populacji docelowej programu. Wskazano, że liczebność/odsetek populacji docelowej, która może kwalifikować się do udziału w programie został określony na podstawie danych epidemiologicznych o liczbie wydanych orzeczeń o niepełnosprawności w ciągu ostatnich 5 lat w grupie wiekowej adresatów programu.

Opiniowany projekt w większości uwzględnia uwagi Prezesa AOTMiT odnoszące się do planowanych interwencji. W projekcie wskazano szczegółowo, jakie interwencje będą wchodziły w skład planowanej terapii psychologiczno-pedagogicznej, logopedycznej oraz rehabilitacyjnej. Określono wskazania (zaburzenia/problemy), w jakich stosowane będą poszczególne działania. Uzupełniono także zakres tematyczny działań o charakterze edukacyjnym. Zatem można uznać, że program zawiera kompleksowy, spójny i bardzo szeroki zakres możliwych do podjęcia działań.

Zaplanowane interwencje pozostają zgodne z wytycznymi, niemniej należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powiełały świadczeń finansowanych w ramach NFZ u danego pacjenta.



Należy podkreślić, że zgodnie z obowiązującymi zapisami ustawowymi jednostki samorządu terytorialnego w celu zaspokajania wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Nie wskazuje się, że działania te powinny być finansowane w ramach programu polityki zdrowotnej.

Monitorowanie programu zostało uzupełnione zgodnie z uwagami z poprzedniej opinii Prezesa Agencji i powinno umożliwić prawidłową ocenę zgłaszalności i jakości świadczeń programu. Natomiast ewaluacja programu wymaga uzupełnienia, gdyż zaproponowane wskaźniki nie umożliwią pełnej oceny efektywności programu. Należy podkreślić, że wyniki monitorowania i ewaluacji będą stanowić istotną część raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, zatem zasadnym jest prawidłowe opracowanie tych elementów programu.

Budżet programu nie budzi większych zastrzeżeń, przy czym w kosztorysie powinna zostać określona kwota przeznaczona na pokrycie kosztów ewaluacji i monitorowania programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 405 920 zł, zaś okres realizacji to lata 2018-2020.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu odnosi się do szerokiego problemu zdrowotnego.

Należy podkreślić, że programy polityki zdrowotnej poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji.

Opiniowany program realizuje następujące priorytety: *ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, w szczególności poprzez skuteczną rehabilitację osób poszkodowanych; zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego; ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy i zamieszkania; zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia oraz rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).*

W treści projektu programu przedstawiono opis sytuacji epidemiologicznej korespondującej z wybranym problemem zdrowotnym. Odniesiono się do danych ogólnoswiatowych oraz lokalnych. Zgodnie z treścią projektu, w 2016 r. Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Chorzowie w przypadku dzieci i młodzieży w przedziale wiekowym 0-16 lat wydał łącznie 466 orzeczeń (0-3 lata: 94 orzeczenia, 4-7 lat: 144 orzeczenia, 7-16 lat: 288 orzeczeń). Wskazano, że w 28% przypadków przyczyną niepełnosprawności były choroby układu oddechowego i krążenia, 5% - choroby psychiczne i upośledzenia umysłowe, 9% - choroby neurologiczne, w 27% przypadków niepełnosprawność wynikała z całościowych zaburzeń rozwojowych.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest *ograniczenie negatywnych skutków niepełnosprawności u dzieci poprzez rozwijanie indywidualnej samodzielności, społecznych kompetencji oraz wsparcia rodziny*. Cel w brzmieniu powyższym nie jest w pełni zgodny z zasadą SMART. Zgodnie z regułą SMART cel

powinien być sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Zaproponowane założenie główne programu jest trudno mierzalne, niesprecyzowane oraz nieosadzone w czasie, zatem należy go przeformułować.

Zdefiniowano także 8 celów szczegółowych, przy czym część z nich, analogicznie jak cel główny nie spełnia koncepcji SMART. Ponadto cele te nie stanowią oczekiwanych efektów, lecz działania, co jest niezgodne z definicją celu. Cele nr 6 i 7 są trudno mierzalne, a cel nr 8 jest praktycznie niemierzalny. Z kolei cel nr 4 jest złożony, co także może przełożyć się na trudności w jego pomiarze. Zatem należy przekonstruować założenia szczegółowe programu wg zasady SMART.

W programie przedstawiono 6 mierników efektywności, przy czym biorąc pod uwagę zastrzeżenia odnoszące się do celów programowych, poprawność przedstawionych w projekcie mierników efektywności także budzi zastrzeżenia. Nie sprecyzowano sposobu pomiaru liczby i odsetka chorych, u których doszło do poprawy jakości życia w stosunku do sytuacji sprzed programu. W treści projektu nie przedstawiono wskaźnika umożliwiającego zmierzenie polepszenia dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji. Zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych możliwymi do zastosowania narzędziami w zakresie oceny funkcjonalnej byłyby skale Gross Motor Function Classification System (GMFCS) i Functional Mobility Scale (FMS) jako klasyfikacje i równocześnie kryteria kwalifikacji, a Gross Motor Function Measure (GMFMS) jako skala oceny funkcjonalnej. Natomiast dla oceny sprawności funkcjonalnej kończyny górnej można zastosować skale Melbourne Assessment2 (MA2) oraz Assisting Hand Assessment (AHA).

Populacja docelowa

Do udziału w programie ma zostać włączonych ok. 52 pacjentów rocznie w wieku 0-16 lat. Na podstawie danych Wydziału Spraw Obywatelskich Urzędu Miasta Chorzów, co stanowić będzie ok. 11% populacji docelowej (liczba osób uprawnionych do uczestniczenia w programie – ok. 460 osób rocznie). Należy podkreślić, że włączenie jedynie 52 os. rocznie stanowi ograniczenie programu tym bardziej, że świadczenia w zakresie usprawniania dzieci są prowadzone na terenie miasta Chorzów w ramach świadczeń gwarantowanych.

Ponadto należy zwrócić uwagę na niejasny zapis dotyczący otrzymywania świadczeń rehabilitacyjnych, który wymaga doprecyzowania, ponieważ odnosi się do osób pracujących, natomiast populacją docelową programu ma być grupa dzieci w wieku 0-16 lat. Jednocześnie należy zweryfikować poprawność zapisów stawiających na równi „świadczenie rehabilitacyjne rozumiane jako postępowanie lecznicze” oraz „procedurę rehabilitacyjną ze świadczeniem rehabilitacyjnym” rozumianym jako „okres finansowania czasowej niezdolności do pracy zarobkowej po wykorzystaniu okresu L4”.

Warunki kwalifikacji do programu obejmują wiek (0-16 lat) i miejsce zamieszkania (na terenie miasta Chorzów). Ponadto dzieci kwalifikujące się do udziału w programie nie mogą być objęte zabiegami rehabilitacyjnymi finansowanymi ze środków publicznych, muszą posiadać orzeczenie o niepełnosprawności z powodu: upośledzenia umysłowego, zaburzeń głosu, mowy i słuchu, upośledzenia narządu ruchu, chorób układu oddechowego i krążeniowego, chorób neurologicznych, epilepsji, całościowego zaburzenia rozwojowego oraz/lub zaświadczenie od lekarza specjalisty o konieczności przeprowadzenia terapii stymulacji rozwoju.

Eksperci kliniczni w swoich opiniach zwrócili uwagę na brak szczegółowego scharakteryzowania kryteriów kwalifikacji dzieci do programu. Ponadto stwierdzili, że projekt obejmuje szerokie spektrum wskazań do zakwalifikowania do programu, co jednocześnie przekłada się na obniżenie liczebności programu. Do programu nie będą kwalifikowane dzieci pozostające pod opieką terapeuty zajęciowego lub poradni rehabilitacyjnej, celem uniknięcia podwójnego finansowania świadczeń. Wg ekspertów klinicznych trudnym do określenia może być fakt niekorzystania przez ewentualnych uczestników programu ze świadczeń finansowanych przez NFZ. Ponadto, w ocenie eksperta klinicznego, dodatkowym rozwiązaniem, które powinno zostać zaimplementowane do założeń programu jest kwalifikowanie osób niepełnosprawnych np. z długim okresem oczekiwania na rehabilitację.

Poza populacją dzieci, do programu zostaną włączeni także ich rodzice w zakresie działań edukacyjnych. Jednakże nie oszacowano liczebności tej grupy.

Interwencja

Każdemu uczestnikowi w ramach programu będą przysługiwać 2 konsultacje lekarskie (wstępna oraz końcowa) oraz po jednej konsultacji psychologiczno-pedagogicznej, logopedycznej, fizjoterapeutycznej. Dodatkowo zaplanowano kompleksową terapię rehabilitacyjno-usprawniającą w skład, której będą wchodzić terapie psychologiczno-pedagogiczne, terapie logopedyczne oraz terapie rehabilitacyjne. Eksperti kliniczni potwierdzają zasadność tworzenia kompleksowych programów związanych z poprawą sprawności ze szczególnym uwzględnieniem osób, u których ograniczony jest dostęp do świadczeń zdrowotnych w ramach NFZ. W trakcie trwania programu zapewnione mają być również wizyty kontrolne, jednak brak jest uszczegółowienia zapisów dotyczących częstości oraz zakresu tych wizyt, co należy uzupełnić.

Łącznie w ramach terapii psychologiczno-pedagogicznej, logopedycznej oraz rehabilitacyjnej zaplanowano wykonanie 2 132 świadczeń. Zaznaczono przy tym, że poszczególne świadczenia będą udzielane według wskazań terapeutycznych każdemu uczestnikowi, aż do limitu maksymalnego. Nie określono jednak, jak definiować pojęcie górnej granicy limitu, co należy uzupełnić. Świadczenia będą udzielane na podstawie indywidualnie dobranego planu terapeutycznego, zgodnie ze wskazaniami specjalistów prowadzących program.

W opiniowanym projekcie uwzględniono uprzednie uwagi Prezesa dotyczące braku określenia działań wykorzystywanych w ramach terapii logopedycznych i psychologicznych. Przedstawiono także informacje o wskazaniach, w jakich poszczególne interwencje mają być wykorzystywane. Wskazano szeroki zakres interwencji obejmujący ok. 60 działań w ramach 22 wskazań.

Odnosząc się do terapii psychologiczno-pedagogicznej należałoby rozdzielić działania psychologiczne i pedagogiczne z uwagi na odmienne kompetencje psychologa oraz pedagoga.

W ramach programu zaplanowano również działania edukacyjne dla rodziców w ramach, których każdy rodzic zostanie wdrożony i przeszkolony przez specjalistów z zakresu logopedii, psychologii i fizjoterapii w zakresie metod i technik pielęgnacji, opieki, stymulacji rozwoju i usprawniania w warunkach domowych w ramach możliwości intelektualnych i ruchowych dziecka. W opiniowanym projekcie uwzględniono uwagi z poprzedniej opinii Prezesa i wskazano dokładny zakres tematyki dotyczącej spotkań edukacyjnych z rodzicami.

Należy podkreślić, że zaplanowane interwencje znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Biorąc zapisy odnoszące się do planowanych interwencji można stwierdzić, że program ma na celu zwiększenie dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Należy jednak wskazać, że projekt programu powinien ograniczać możliwość uczestnictwa w programie osób, które mają udzielane omawiane świadczenia w ramach NFZ.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że zgodnie z art. 9a i 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, przy uwzględnieniu regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stanu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane na podstawie umowy ze świadczeniodawcą. Biorąc pod uwagę powyższe, nie ma konieczności przygotowywania w tym zakresie programu polityki zdrowotnej.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

Ocena zgłaszalności będzie oparta o wskaźniki związane z określeniem liczby oraz odsetka uczestników programu objętych programem, nie objętych programem z powodów zdrowotnych, a także tych osób, które zrezygnowały na różnych etapach realizacji programu. Tym samym uwzględniono uwagi zawarte w poprzedniej opinii Prezesa.

W zakresie oceny jakości świadczeń zaplanowano przeprowadzenie ankiety satysfakcji po zakończeniu udziału w programie, która ma zostać skierowana do uczestników programu oraz ich rodziców.

Ocena efektywności programu nadal wymaga uzupełnienia zgodnie z uwagami wskazanymi w części niniejszej opinii, dotyczącej celów i mierników efektywności programu.

Ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających wszystkim celom programu polityki zdrowotnej.

Warunki realizacji

Realizatorem programu będzie podmiot, wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. W projekcie w sposób dokładny określono kompetencje kadrowe, jednak nie wskazano szczegółowych wymagań sprzętowych oraz lokalowych, co należy uzupełnić.

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu.

Zaplanowano przeprowadzenie kampanii informacyjnej dotyczącej realizacji programu.

Wskazano, że po zakończeniu programu każdy rodzic/opiekun prawny otrzyma pełną informację odnośnie efektów osiągniętych przez dziecko oraz zalecenia dotyczące samodzielnej kontynuacji usprawniania w warunkach domowych. Zgodnie z opinią eksperta klinicznego można rozważyć wskazanie osiągnięcia końcowego pułapu funkcjonalnego, które decydowałoby o zakończeniu leczenia i zakwalifikowania kolejnego niepełnosprawnego do programu oraz określenie działań w momencie, gdy dziecko osiągnie zakładany cel terapii przed zakończeniem programu.

W treści projektu wskazano, że miasto Chorzów od kilku lat prowadzi program stymulacji i rozwoju dla dzieci niepełnosprawnych, którym od 2010 r. kompleksową opieką rehabilitacyjną wraz z wprowadzeniem rodziców do realizacji rehabilitacji w warunkach domowych objęto 204 dzieci. Należy zaznaczyć, że raport końcowy z realizacji programu nie został dołączony do obecnie opiniowanego projektu PPZ. Zatem nie wiadomo, czy za wyjątkiem wskazania liczby dzieci objętych kompleksową opieką rehabilitacyjną oceniane były osiągnięte efekty zdrowotne. Nacisk powinien być położony na pomiar uzyskiwanych efektów zdrowotnych, wobec czego w kosztorysie aktualnie ocenianego programu powinna zostać określona kwota, przeznaczona na pokrycie kosztów ewaluacji i monitorowania programu.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 405 920 zł. Średni koszt jednostkowy przypadający na uczestnika programu, obejmujący koszty działań informacyjno-edukacyjnych oraz terapię rehabilitacyjno-usprawniającą określono na ok. 2 628 zł/osobę. Wskazano składowe koszty z podziałem na poszczególne działania zaplanowane w ramach programu.

Roczny koszt programu w 2018 r. został określony na kwotę 136 tys. zł, a w kolejnych latach trwania programu tj. 2019-2020 roczny koszt ma być niższy i wynosić ok. 134 tys. zł, przy czym nie wskazano powodu obniżenia kosztu całkowitego w latach 2019-2020. Być może wynika to z faktu, iż koszty edukacyjne związane z opracowaniem merytorycznym materiałów edukacyjnych zostały uwzględnione jedynie w 2018 r., jest jednak konieczne wyjaśnienie tej rozbieżności.

W projekcie wskazano, że program będzie finansowany z budżetu miasta Chorzów. Jednocześnie zaplanowano złożenie wniosku do NFZ o współfinansowanie w wysokości 40% wartości projektu, co pozostaje w zgodzie z art. 48d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Niepełnosprawność jest jednym z poważniejszych zjawisk i problemów współczesnej cywilizacji. Znaczenie tego problemu wynika z rozmiarów i powszechności jego występowania w populacji, a także z konsekwencji jakie wywołuje w sensie indywidualnym i społecznym.

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.

Postępujące starzenie się społeczeństwa, brak nawyków prozdrowotnych, stresujący tryb życia, degradacja środowiska naturalnego, nasilanie się częstotliwości różnego rodzaju wypadków, wreszcie postęp medycyny ratującej życie, ale nie zawsze umiejącej zapobiec skutkom chorób czy wypadków jest przyczyną stałego wzrostu liczby osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. Programy zdrowotne poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji.

Niepełnosprawność jest pojęciem określającym, długotrwały stan, w którym występują pewne ograniczenia w prawidłowym funkcjonowaniu człowieka. Pojęcie to odnosi się do populacji zróżnicowanych pod kątem rodzaju (kategorii) niepełnosprawności, okresu życia, w którym ona wystąpiła, przyczyny, czy stopnia niepełnosprawności, a tym samym populacji o różnych wymaganiach terapeutycznych, jak również edukacyjnych, czy społecznych, do realizacji których możliwe jest zastosowanie różnorodnych interwencji

Alternatywne świadczenia

Aktualnie, osobom wymagającym rehabilitacji przysługują świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej (w tym rehabilitacja lecznicza) - finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ocena technologii medycznej

W ramach wyszukiwania odnaleziono wytyczne m.in. Światowej Organizacji Zdrowia, European Agency for Safety and Health at Work, Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego, Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji,

Wyniki opracowanego wspólnie przez WHO oraz Bank Światowy, Światowego Raportu na temat niepełnosprawności (World Report on Disability) pozwoliły skonstruować konkretne zalecenia dla polityki i praktyki, które mogą doprowadzić do realnej poprawy warunków życia osób niepełnosprawnych. W największym stopniu obejmują inwestowanie w specjalne programy i świadczenia dla osób niepełnosprawnych oraz przyjęcie narodowej strategii oraz planu działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

Niezależnie od jednostki chorobowej, wytyczne podkreślają, że o skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ich ciągłość. Istotne jest, aby terapia była w indywidualny sposób przystosowana do potrzeb i możliwości chorego.

Bardzo ważne jest, aby przeprowadzany proces rehabilitacyjny był jasny i zrozumiały dla pacjenta. Chory powinien być na bieżąco informowany o postępach w leczeniu oraz o działaniach prozdrowotnych wskazanych w danej jednostce chorobowej. Kluczowe jest zaangażowanie w ten proces rodziny/opiekunów pacjenta.

Wytyczne zgodnie podkreślają, że świadczeń z zakresu rehabilitacji powinni udzielać wysoko wykwalifikowani specjaliści, posługujący się sprzętem pewnych, sprawdzonych parametrach. Zespół terapeutyczny powinien składać się ze specjalistów z różnych dziedzin medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują, jeśli zachodzi taka potrzeba wielopłaszczyznowy program rehabilitacji.

Należy również położyć nacisk na edukację zdrowotną i społeczną nie tylko osób z niepełnosprawnością, ale również lokalnej społeczności. W poprawie jakości życia osób z niepełnosprawnością duże znaczenie ma poprawa stanu fizycznego organizmu oraz wzmocnienie kompetencji psychologicznych i społecznych. Znoszenie barier architektonicznych, wprowadzanie ułatwień prawnych i innych może mieć wpływ na uzyskanie większej zdolności do pracy i życia w społeczeństwie dla osób z niepełnosprawnością.

Wśród odnalezionych rekomendacji zidentyfikowano cztery rodzaje interwencji z zakresu zaburzeń w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego: terapię ruchową, techniki behawioralne, dostosowanie miejsca pracy oraz świadczenie usług dodatkowych. Większość badań charakteryzowała się korzystnymi wynikami, jednak wraz z wielkością i lepszą jakością badania, efekt był mniejszy. Warto podkreślić, że interwencje charakteryzujące się wzmożoną intensyfikacją działań były mniej skuteczne od działań mniej złożonych.

Wśród najczęściej zalecanych metod leczenia wymienić można: leki uśmierzające ból, stopniowo postępujące programy ćwiczeń oraz rehabilitację wielodyscyplinarną. Najczęściej stosowaną kombinację elementów stanowi połączenie ćwiczeń fizycznych, terapii behawioralnej oraz edukacji (zróżnicowanych pod względem składowych aktywności). Ćwiczenia fizyczne powinny wpływać na wzrost siły mięśniowej, koordynacji, zakresu ruchu kręgosłupa, sprawności układu krążenia oraz zmniejszenia napięcia mięśniowego.

Wyniki badań dotyczących leczenia kończyn dolnych wskazują w sposób ogólny, że programy ćwiczeń mogą osiągać skuteczność w przypadku problemów biodrowych i kolanowych.

Główną zasadą rehabilitacji chorych na RZS i ZZSK jest kompleksowość postępowania, tj. łączenie fizykoterapii, kinezyterapii, zaopatrzenia ortopedycznego, edukacji oraz zaspokajania potrzeb psychosocjalnych. Postępowaniem z wyboru w obu jednostkach chorobowych jest rehabilitacja z użyciem krioterapii (krioterapia ogólna i miejscowa, ćwiczenia w odciążeniu stawów, ćwiczenia indywidualne, ćwiczenia przyrządowe). W przypadku nieskuteczności rehabilitacji z użyciem krioterapii lub przy obecnych przeciwwskazaniach do tej formy leczenia, należy zastosować tradycyjną rehabilitację (ćwiczenia w odciążeniu stawów w basenie, ćwiczenia indywidualne, ćwiczenia przyrządowe, elektroterapia, magnetoterapia). Kompleksowa rehabilitacja bez względu na stosowane metody powinna być uzupełniona o elementy szkolenia w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem.

Należy zaznaczyć, że aktywność fizyczna zmniejsza częstość występowania MSDs (zaburzeń w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego). Osoby wykonujące wysiłek fizyczny o większej intensywności, w mniejszym stopniu uskarżają się na dolegliwości MSDs, w porównaniu z osobami wykonującymi wysiłek fizyczny o małej intensywności. Pozytywny wpływ wysiłku o dużej intensywności jest szczególnie widoczny w przypadku dolegliwości bólowych bioder i górnej części pleców.

Dodatkowo odnalezione rekomendacje wskazują, że kompleksowa rehabilitacja bez względu na stosowane metody powinna być uzupełniona o elementy szkolenia w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: OT.441.387.2017 „Program stymulacji rozwoju dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz zagrożonej niepełnosprawnością wraz z wdrażaniem rodziny do realizacji programów rehabilitacji w warunkach domowych zamieszkałych na terenie Miasta Chorzów na lata 2018-2020” realizowany przez: miasto Chorzów, Warszawa, luty 2018, Aneksu do raportu szczegółowego: „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 62/2018 z dnia 20 marca 2018 roku o projekcie programu „Program stymulacji rozwoju dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz zagrożonej niepełnosprawnością wraz z wdrażaniem rodziny do realizacji programów rehabilitacji w warunkach domowych zamieszkałych na terenie Miasta Chorzów na lata 2018-2020”.