



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 108/2019 z dnia 12 sierpnia 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Wsparcie
rehabilitacyjne dla seniorów (osób przewlekle chorych) -
mieszkańców Gminy Tarnowo Podgórne”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Wsparcie rehabilitacyjne dla seniorów (osób przewlekle chorych) - mieszkańców Gminy Tarnowo Podgórne”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców gminy, co może przełożyć się na podniesienie jakości życia i poprawę zdrowia osób niepełnosprawnych. Należy podkreślić, że zgodnie z obowiązującymi zapisami ustawowymi, jednostki samorządu terytorialnego, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Nie wskazuje się jednak, że działania te powinny być finansowane w ramach programu polityki zdrowotnej.

W celu podniesienia jakości programu należy uwzględnić poniższe uwagi.

- Cel główny oraz cele szczegółowe warto przekonstruować w taki sposób, aby były zgodne z zasadą SMART. Mierniki efektywności należy sformułować tak, aby odnosiły się do wszystkich celów programu.
- Zaplanowane interwencje korespondują z wytycznymi. Należy jednak mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały świadczeń finansowanych w ramach NFZ u danego pacjenta. W projekcie zaplanowano działania edukacyjne, które wymagają doprecyzowania.
- Monitorowanie i ewaluacja wymagają uzupełnienia, ponieważ w obecnej formie nie pozwolą na pełną ocenę zgłaszalności, jakości świadczeń i 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.
- W budżecie nie oszacowano kosztów akcji promocyjnej oraz ewaluacji i monitorowania. Nie wskazano również składowych kosztu jednostkowego. Powyższe kwestie wymagają weryfikacji.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu oszacowano na 300 000 zł, zaś okres realizacji to lata 2020-2022.



Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373), 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. W opisie problemu przedstawiono korzyści wynikające z regularnej aktywności fizycznej osób starszych.

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.

Problem zdrowotny opisany w projekcie wpisuje się w priorytet zdrowotny „rehabilitacja” należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

W treści projektu nie odniesiono się do światowych i krajowych danych epidemiologicznych w przedmiotowym zakresie. Przedstawiono dane dotyczące zabiegów rehabilitacyjnych i fizjoterapeutycznych zrealizowanych na rzecz pacjentów powyżej 60 roku życia na terenie Gminy Tarnowo Podgórne

Zgodnie z wynikami badania Diagnoza Społeczna 2015 w próbie badanej 3 409 było osób niepełnosprawnych, a odsetek osób niepełnosprawnych wynosił 10,3%. Najwięcej osób niepełnosprawnych mieszkało w województwie lubuskim (20%), a najmniej w województwie zachodniopomorskim (6%). Odsetek osób niepełnosprawnych w woj. wielkopolskim w 2015 r. wynosił 10,6%. Biorąc pod uwagę liczebność dorosłych mieszkańców gminy Tarnowo Podgórne, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby oscylować łącznie w granicach 2 344 mieszkańców ww. gminy.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zwiększenie komfortu życia osób po 60 roku życia z dysfunkcją narządu ruchu (choroby kończyn, stawów, kręgosłupa, bioder itp.) poprzez włączenie ich do programu rehabilitacji i zachęcenie do zwiększenia aktywności fizycznej”. Należy zaznaczyć, że założenie główne nie jest w pełni zgodne z zasadą SMART, według której cele powinny być sprecyzowane, mierzalne, osiągalne, istotne, konkretnie wytyczone w czasie. Warto zauważyć, cel główny został sformułowany zbyt ogólnie oraz w formie uniemożliwiającej jego obiektywny pomiar. Warto pamiętać, że na komfort życia ma wpływ wiele czynników, z których większość jest niezależna od udziału w przedstawionym programie.

W treści projektu wskazano także 5 celów szczegółowych:

- (1) „propagowanie aktywności ruchowej u osób po 60 roku życia”,
- (2) „mobilizację chorego do systematycznej i czynnej pracy nad sobą”,
- (3) zapobieganie następstwom chorób przewlekłych związanych z narządem ruchu (choroby kończyn, stawów, kręgosłupa, bioder itp.)”,
- (4) „wsparcie, pomoc medyczna i rehabilitacyjna osobom przewlekle chorym z dysfunkcją narządu ruchu”,
- (5) „uzupełnienie działań podejmowanych na rzecz Seniorów w Gminie Tarnowo Podgórne”.

Powyższe cele szczegółowe również należy przekonstruować zgodnie z zasadą SMART. Należy zaznaczyć, że wszystkie cele programu zostały sformułowane w postaci działań, a nie rezultatów jakie zamierza się osiągnąć w ramach realizacji programu. Ponadto cele szczegółowe 1, 2, 4 i 5 nie odnoszą

się do efektu zdrowotnego. W trakcie definiowania celów niezbędne jest również określenie konkretnych wartości, które będzie można zmierzyć po zakończeniu programu, co nie zostało uwzględnione w projekcie.

W projekcie przedstawiono 3 mierniki efektywności:

- (1) „ilość rozprawdzonych materiałów informacyjno – edukacyjnych”,
- (2) „liczbę osób zakwalifikowanych do części diagnostycznej programu”,
- (3) „liczbę osób skierowanych na rehabilitację”.

Należy zwrócić uwagę, iż żaden z zaproponowanych wskaźników nie spełnia funkcji miernika efektywności, natomiast mogą być one wykorzystane podczas monitorowania. Np. miernik dotyczący ilości rozprawdzonych materiałów informacyjno-edukacyjnych nie umożliwi pomiaru wzrostu wiedzy uczestników programu. W tym celu należy np. zastosować ankietę w formie pre- i post-testów badających zmianę poziomu wiedzy uczestników programu.

Zgodnie z definicją, mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary.

Reasumując, element programu dotyczący celów i mierników efektywności wymaga korekty.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią mieszkańcy gminy Tarnowo Podgórne powyżej 60 r.ż., którzy uzyskają skierowanie od lekarza rodzinnego lub innego lekarza specjalisty. Zgodnie z treścią projektu liczba mieszkańców gminy w wieku adresatów programu wynosi ok. 5 300, co pozostaje w zgodzie z danymi GUS. Program, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy obejmie corocznie ok. 200 mieszkańców gminy.

Kryteria włączenia do programu obejmują: wiek powyżej 60 r.ż., zameldowanie na terenie gminy oraz uzyskanie skierowania od lekarza rodzinnego, lub innego lekarza specjalisty. Zasadne jest także uzyskanie pisemnej zgody uczestnika na udział w programie. Badanie kwalifikacyjne przeprowadzi lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Wskazano również, że z programu nie będą mogły skorzystać osoby, które odbyły cykl rehabilitacyjny w ramach NFZ w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub mają zaplanowane świadczenia w ciągu najbliższego miesiąca.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano szereg zabiegów fizjoterapeutycznych (elektroterapia: jonoforeza, galwanizacja, prądy interferencyjne, prądy TENS, elektrostymulacja; magnetoterapia: pole magnetyczne; laseroterapia: laser biostymulujący; fala uderzeniowa; ultrasonoterapia: ultradźwięki, ultrafonoforeza; termoterapia: krioterapia), kinezyterapeutycznych (ćwiczenia w odciążeniu i/lub z obciążeniem stawów kończyn i kręgosłupa; ćwiczenia czynne stawów kończyn i kręgosłupa; ćwiczenia czynno -bierne i bierne; ćwiczenia ogólnokondycyjne, ogólnousprawniające, izometryczne) oraz masaż leczniczy oraz działania edukacyjne.

Zgodnie z treścią projektu, każdy z zakwalifikowanych do programu pacjentów w zależności od problemu zdrowotnego ma zostać skierowany na 5 -10 - dniowy cykl zabiegów składających się z kinezyterapii i zabiegów fizykoterapii, a w razie konieczności również masażu leczniczego (łącznie do 30 zabiegów dostosowanych do danego problemu zdrowotnego).

Odnalezione rekomendacje NSF 2010 (National Stroke Foundation) oraz VHA-DoD 2010 (Veterans Health Administration-Department of Defense) zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RCP-NICE 2008 – Royal College of Physicians- National Institute for Health and Care Excellence, RACGP 2009 – Royal Australian College of General Practitioners). Zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych plan rehabilitacji powinien być

dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji, co zostało uwzględnione w zapisach projektu.

Należy podkreślić, że zaplanowane interwencje fizjoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Rozporządzeniem MZ z dn. 9 maja 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2016 poz. 960), na podstawie art. 9a i 9b, jednostki samorządu terytorialnego w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia (uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa), mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Biorąc pod uwagę powyższe, nie ma konieczności przygotowywania w tym zakresie programu polityki zdrowotnej.

W projekcie zaplanowano również działania edukacyjne w formie dystrybucji na terenie gminy materiałów edukacyjnych (ulotki, plakaty). Przy czym do projektu nie załączono wzoru ww. materiałów, zatem nie była możliwa weryfikacja ich treści. W projekcie pojawiają się również zapisy nt. działań o charakterze edukacyjnym np. w trakcie spotkań z pacjentem. Przy czym nie opisano szczegółowo tej kwestii, co wymaga doprecyzowania.

Zgodnie z rekomendacjami ACCP 2007 (American College of Chest Physicians) programy rehabilitacji powinny obejmować: badanie pacjenta, trening fizyczny, edukację, poradę dietetyka i wsparcie psychologiczne.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji, jednak wymagają one doprecyzowania.

Ocena zgłaszalności do programu ma być dokonywana ma być dokonywana w trakcie trwania programu oraz po zakończeniu programu na podstawie list uczestnictwa. W ramach oceny zgłaszalności należy monitorować liczbę osób zgłoszonych do udziału w programie, liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie oraz liczbę osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji.

Ocena jakości świadczeń w programie ma być prowadzona przez osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie.. Zgodnie z treścią projektu po wykonanych zabiegach, każdy z uczestników będzie miał możliwość wyrazić swoją opinię w ankiecie badającej poziom satysfakcji. Ponadto każdy uczestnik programu będzie miał możliwość zgłaszania uwag pisemnych do organizatora programu. Jednak do projektu załączono wzoru ankiety, zatem nie była możliwa weryfikacja treści dokumentu.

W ramach ewaluacji zaplanowano analizę:

- ilości przyjętych pacjentów,
- ilości zrealizowanych świadczeń rehabilitacyjnych,
- ankiety dotyczącej zadowolenia z przeprowadzonych zabiegów rehabilitacyjnych,
- testów dotyczących aktywności ruchowej, przeprowadzonych przed i po cyklu zabiegów.

Należy zaznaczyć, że pierwsze trzy wskaźniki nie oceniają efektywności działań, pierwsze dwa mogą być wykorzystane w ocenie zgłaszalności do programu, drugi natomiast w ocenie jakości świadczeń

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu. Dopiero uzyskana zmiana

w zakresie tych wartości i jej wielkość, stanowi o wadze uzyskanego efektu programu. Powyższe założenie uwzględnione zostało jedynie we wskaźniku ewaluacyjnym.

Tym samym powyższy element projektu wymaga doprecyzowania.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów oraz działań podejmowanych w ramach programu. Realizatorem programu będzie podmiot, wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przedstawiono informacje nt. personelu, wyposażenia i warunków lokalowych względem realizatora.

Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej nt. programu. Odniesiono się również do sposobu zakończenia udziału w programie. Określenie ścieżki postępowania z uczestnikiem programu po zakończeniu przez niego udziału jest wskazane z uwagi na fakt zachowania ciągłości prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian lub podjęcia w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej leczenia wykrytych schorzeń.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 300 000 zł (100 000 zł rocznie). W projekcie programu przedstawiono koszt jednostkowy bez podziału na poszczególne zabiegi - założono kwotę 500 zł na przeprowadzenie 5-10 – dniowego cyklu zabiegów składającego się z: edukacji i promocji zwiększania aktywności fizycznej, zabiegów kinezyterapii, zabiegów fizykoterapeutycznych i masażu leczniczego. Nie oszacowano kosztów akcji promocyjnej oraz kosztów ewaluacji i monitorowania.

Program ma zostać sfinansowany w ze środków gminy.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Niepełnosprawność (wg WHO) to 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 w niepełnosprawności 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

Osobom niepełnosprawnym przysługują świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej (w tym rehabilitacja lecznicza) - finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczenia opieki społecznej (w tym rehabilitacja społeczna i zawodowa) finansowane ze środków wydzielonych z PFRON.

Ocena technologii medycznej

Ze względu na fakt, że PPZ skierowane do osób niepełnosprawnych nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji, ograniczono się do przedstawienia wybranych najnowszych, wiarygodnych opracowań, zaleceń oraz przeglądów

systematycznych dotyczących rehabilitacji medycznej obejmującej: rehabilitację kardiologiczną, pulmonologiczną, neurologiczną, pourazową, w schorzeniach kostno-stawowych, rehabilitację po udarze mózgu, rehabilitację wzroku, słuchu, fizjoterapię, kinezyterapię.

Odnalezione wytyczne kliniczne dotyczące rehabilitacji wskazują, że:

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

Wnioski pochodzące z odnalezionych dowodów naukowych:

- Spittle 2007 (metaanaliza) – Prowadzenie wczesnej interwencji rozwojowych poprawiało wyniki poznawcze w wieku niemowlęcym (iloraz rozwoju (developmental quotient) [DQ]: standaryzowana średnia różnica (SMD)= 0,46 SD (95% CI: 0,36; 0,57) oraz w wieku

przedszkolnym (iloraz inteligencji [Intelligence quotient IQ]; SMD=0,46 SD (95% CI 0,33; 0,59). Efekt ten nie utrzymał się w wieku szkolnym.

- Pollock 2014C – W przeglądzie stwierdzono, że rehabilitacja fizyczna jest bardziej efektywna niż zwyczajna opieka w polepszaniu: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu;
- 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 polepszenia funkcji w porównaniu do braku interwencji lub interwencji wyłącznie edukacyjnej, a także rehabilitacja multidyscyplinarna koordynowana przez doradców medycznych prowadzi do szybszego powrotu do pracy w porównaniu do zwykłej opieki (dowody niskiej jakości). Dowody bardzo niskiej jakości wskazują, że ćwiczenia są bardziej efektywne niż brak interwencji w kontekście bólu w podejściu krótkoterminowym (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 kontekście bólu, w krótkim terminie (WMD -10,67, 95% CI od -17,04 do - 4,30, 2 badania, 103 uczestników);
- Mehrholz 2014 – Celem przeglądu była ocena treningu na bieżni i wsparcia masy ciała, osobno lub w połączeniu, w poprawie chodzenia, w porównaniu z innymi metodami treningu chodu, placebo lub brakiem interwencji, na podst. dowodów o umiarkowanej jakości, stwierdzono że szybkość chodu i wytrzymałość mogą ulec poprawie.

Otrzymane 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 dotyczy ona 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.

Realizacji 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, wczesności 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 2019 r., poz. 1373), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.85.2019 „Wsparcie rehabilitacyjne dla seniorów (osób przewlekle chorych) - mieszkańców Gminy Tarnowo Podgórne” realizowany przez: Gminę Tarnowo Podgórne, Warszawa, lipiec 2019, Aneksu „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 237/2019 z dnia 5 sierpnia 2019 roku o projekcie programu „Wsparcie rehabilitacyjne dla seniorów (osób przewlekle chorych) - mieszkańców Gminy Tarnowo Podgórne”.