



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 144/2019 z dnia 4 października 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja dla seniorów Miasta Kołobrzeg na lata 2019-2023”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Rehabilitacja dla seniorów Miasta Kołobrzeg na lata 2019-2023”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców miasta, 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 mierzalne i osiągalne. Mierniki efektywności wymagają doprecyzowania tak, aby odnosiły się do wszystkich celów programu i umożliwiły pomiar efektywności programu.
- Zaplanowane interwencje korespondują z wytycznymi, przy nie wskazano katalogu jednostkowych zabiegów, co wymaga uzupełnienia. Należy także mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały świadczeń finansowanych w ramach NFZ u danego pacjenta.
- Monitorowanie i ewaluacja wymagają uzupełnienia, w szczególności w odniesieniu do 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.
- W budżecie programu należy wskazać koszty jednostkowe planowanych zabiegów oraz oszacować kwotę przeznaczoną na monitorowanie i ewaluację programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu oszacowano na 1 389 210 zł, zaś okres realizacji to lata 2019-2023.

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 informacje dotyczące najpowszechniejszych chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazów oraz chorób obwodowego układu nerwowego.

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 odniesiono się do krajowych i regionalnych danych epidemiologicznych w przedmiotowym zakresie.

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%). Biorąc pod uwagę liczebność miasta Kołobrzeg w wieku powyżej 60 lat, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby oscylować łącznie w granicach 785 mieszkańców ww. miasta.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „poprawa sprawności i jakości życia osób z populacji mieszkańców Kołobrzegu poprzez objęcie w okresie 2019-2023 usługami rehabilitacyjnymi łącznie 4 300 osób, tj. 36,33% populacji 60+”. Należy podkreślić, iż główne założenie programu zostało sformułowane zbyt ogólnie i mało precyzyjnie, co utrudnia prawidłowy dobór wskaźników efektywności. Ponadto w projekcie nie wskazano narzędzia umożliwiającego pomiar jakości życia. Warto również zauważyć, że ze względu na ograniczoną liczbę zabiegów realizacja celu może okazać się utrudniona.

W treści projektu wskazano także 4 cele szczegółowe:

- (1) „zwiększenie dostępności do usług rehabilitacyjnych, dostępnych na terenie miasta Kołobrzeg poprzez finansowanie dodatkowych świadczeń przez Gminę Miasto Kołobrzeg dla 1 000 osób każdego roku trwania programu (w roku 2019 – 300 osób)”,
- (2) „skrócenie kolejek osób oczekujących do usług rehabilitacyjnych w Mieście Kołobrzeg o minimum 1 miesiąc w ciągu roku, poprzez wykorzystanie potencjału w zakresie usług rehabilitacyjnych”,
- (3) „zwiększenie kompetencji dotyczących samodzielnego podejmowania aktywności fizycznej poprzez edukację wszystkich osób, które wzięły udział w programie”,
- (4) „zwiększenie poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie oraz zwiększenie motywacji do prowadzenia zdrowego stylu życia poprzez edukację zdrowotną w ciągu trwania programu”.

Należy zaznaczyć, iż ww. cele 1 i 2 nie odnoszą się do efektu zdrowotnego. Biorąc pod uwagę zdawkowe odniesienie do kwestii edukacji uczestników, realizacja 3 celu szczegółowego może okazać się utrudniona. Należy również podkreślić, że zwiększenie kompetencji może nie przełożyć się na rozpoczęcie samodzielnego podejmowania aktywności fizycznej. 4 cel szczegółowy składa się z dwóch odrębnych założeń, które w istocie są niemierzalne.

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

Warto także zaznaczyć, że cele programowe powinny być sprecyzowane, mierzalne, osiągalne, istotne, i konkretnie wytyczone w czasie, a zatem zgodne z zasadą SMART.

W projekcie przedstawiono 6 mierników efektywności:

- (1) „liczba osób, które zostały objęte programem zdrowotnym w danym roku kalendarzowym (mierzona na podstawie danych z systemu informatycznego Kołobrzeskiej Karty Mieszkańca oraz danych od realizatorów)”,
- (2) „liczba miesięcy oczekiwania na zabiegi rehabilitacyjne finansowane ze środków NFZ (mierzona na podstawie danych ze strony Informator o Terminach Leczenia NFZ)”,
- (3) „liczba osób, u których nastąpiła poprawa stanu zdrowia lub ograniczenie postępu choroby (mierzona na podstawie testów aktywności ruchowej)”,
- (4) „liczba osób, które po udziale w programie zwiększyły częstość i systematyczność podejmowanej aktywności fizycznej (mierzona na podstawie ankiety)”,
- (5) „liczba osób, które zmieniły codzienne nawyki na prozdrowotne po udziale w programie (mierzona na podstawie ankiety)”,
- (6) „poziom wiedzy uczestników programu na temat właściwych postaw prozdrowotnych przed i po udziale w programie (mierzony na podstawie ankiety)”.

Dwa pierwsze wskaźniki nie spełniają funkcji mierników efektywności, natomiast mogą zostać wykorzystane w ramach monitorowania. Miernik 3 został sformułowany nieprecyzyjnie. W projekcie wskazano na pomiar poprawy stanu zdrowia lub ograniczenia postępu choroby na podstawie testów aktywności ruchowej. W związku z populacją docelową, która bierze udział w programie oraz charakterystyką zaplanowanych interwencji wnioskowanie o poprawie stanu zdrowia jedynie na podstawie sprawności ruchowej (w projekcie nie określono konkretnych testów aktywności ruchowej) będzie niepełne. Należy również mieć na uwadze możliwość występowania krótkotrwałego efektu zdrowotnego uzyskanego po ograniczonym cyklu zabiegów (30 na jednego pacjenta). W przypadku mierników 4 i 5 pomiar ma odbywać się przy zastosowaniu ankiety. Powyższe podejście może wpłynąć na wnioskowanie o realnych efektach programu, ze względu na subiektywne deklaracje osób uczestniczących w programie. W celu pomiaru stopnia realizacji celów powinno się wykorzystywać mierniki obiektywne. Ostatni z przedstawionych mierników dotyczący poziomu wiedzy uczestników nie odnosi się bezpośrednio do celów program.

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 doprecyzowania zgodnie z powyższymi uwagami.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią mieszkańcy miasta Kołobrzeg w wieku 60 lat i więcej. Zgodnie z treścią projektu liczba mieszkańców gminy w wieku adresatów programu wynosi ok. 13 083 osób, co pozostaje w zgodzie z danymi GUS. W projekcie oszacowano, że ostateczną populację docelową stanowić ma 11 832 mieszkańców. Oszacowano, że 1 251 osób zostanie wykluczonych z programu z uwagi na przeciwwskazania, posiadanie orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważne, lub inne uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poza kolejnością. Ostatecznie w programie zaplanowano udział 300 osób w 2019 r. oraz po 1000 osób w każdym kolejnym roku trwania programu (łącznie 4 300 mieszkańców – ok. 36,3% populacji docelowej).

Kryteria włączenia do programu obejmują zamieszkiwanie na terenie miasta; posiadanie Kołobrzeskiej Karty Mieszkańca; wiek 60 lat i więcej; skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ. Sugeruje się udział w programie po uzyskaniu pisemnej zgody uczestnika. Wskazano również, że

z programu nie będą mogły skorzystać osoby, które odbyły cykl rehabilitacyjny w ramach NFZ w ciągu ostatnich 6 miesięcy.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie fizykoterapii oraz kinezyterapii w 10-dniowym cyklu, po 3 zabiegi dziennie. Jednak nie określono konkretnych zabiegów, które będą wykonywane w ramach programu, co należy uzupełnić.

Po dostarczeniu skierowania przez pacjenta zaplanowano wizytę u lekarza, który zakwalifikuje pacjenta do odpowiednich zabiegów terapeutycznych. Przeprowadzony zostanie test aktywności ruchowej, przy czym nie określono jaki, co wymaga doprecyzowania. Pacjenci będą zobligowani do wypełnienia ankiety, na podstawie której zostaną ocenione nawyki żywieniowe pacjenta, codzienna aktywność fizyczna, status nikotynowy, inne czynniki ryzyka oraz wiedza o prozdrowotnym stylu życia. Uczestnicy otrzymają również materiały edukacyjne dotyczące zasad zdrowego stylu życia.

Po cyklu zabiegów pacjent odbędzie kolejną wizytę u lekarza, podczas której ocenione zostaną postępy zdrowotne na podstawie przeprowadzanego testu aktywności ruchowej i ankiety (analogicznie do wizyty na początku programu). Dodatkowo pacjenci mają otrzymać zestawy ćwiczeń do samodzielnego wykonywania na podstawie proponowanego przez NFZ materiału „Aktywność fizyczna dla dorosłych – ćwiczenia o średnim stopniu trudności”.

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.

Ze względu na brak określenia konkretnych zabiegów nie było możliwe zweryfikowanie, czy znajdują się one w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 stycznia 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia 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, co koresponduje z wytycznymi w przedmiotowym zakresie, jednakże nie przedstawiono szczegółowych informacji w tym zakresie, co należy doprecyzować.

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 analizy: „liczby zakwalifikowanych uczestników programu polityki zdrowotnej”, „liczby osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej”, „liczby osób, które przerwały udział w programie, z podaniem przyczyn”, „liczby osób obecnych na poszczególnych zabiegach – z wykorzystaniem list obecności”, „liczby osób, które zakończyły udział w programie” oraz „liczby rozprawdzonych materiałów edukacyjnych”, co należy uznać za zasadne.

W ramach oceny jakości świadczeń zaplanowano analizę pisemnych uwag uczestników oraz wyników ankiety satysfakcji. Jednak do projektu nie załączono wzoru kwestionariusza, zatem nie była możliwa weryfikacja jego treści.

Ewaluacja programu ma odbywać się okresowo, co 6 miesięcy (na zakończenie każdego półrocza w danym roku kalendarzowym). Wskazano, że podczas oceny zostaną wykorzystane mierniki odpowiadające celom programu. Należy jednak podkreślić, że przytoczone mierniki mogą okazać się niewystarczające do przeprowadzenia kompleksowej oceny efektywności podjętych działań. Wymagają one korekty zgodnie z uwagami w części niniejszej opinii odnoszącej się do celów i mierników efektywności.

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.

Tym samym powyższy element projektu wymaga uszczegółowienia.

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 1 389 210 zł. Koszt jednostkowy wyceniono na 300 zł (obejmuje on koszt rehabilitacji w 10-dniowym cyklu, średnio po 3 zabiegi dziennie, wizyt lekarskich; testów aktywności ruchowej, przekazania materiałów edukacyjnych). W projekcie nie określono konkretnych zabiegów, które będą realizowane podczas programu, zatem nie było możliwości zweryfikowania poprawności przedstawionego kosztu jednostkowego. W ramach kosztorysu zaplanowano środki na pokrycie kosztów akcji promocyjnej oraz przygotowania, koordynacji i zarządzania programem, przy czym nie oszacowano, jaka kwota zostanie przeznaczona na monitorowanie i ewaluację programu.

Program ma zostać sfinansowany w ze środków miasta.

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 stwierdzenie 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.441.120.2019 „Rehabilitacja dla seniorów Miasta Kołobrzeg na lata 2019-2023” realizowany przez: Miasto Kołobrzeg, Warszawa, wrzesień 2019, Aneksu „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 310/2019 z dnia 30 września 2019 roku o projekcie programu „Rehabilitacja dla seniorów Miasta Kołobrzeg na lata 2019-2023”.