



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 39/2022 z dnia 18 lipca 2022 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.  
„Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych  
z terenu gminy Mszana”  
(woj. śląskie)**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu gminy Mszana”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Oceniany program odnosi się do bardzo ważnego problemu zdrowotnego, jakim jest niepełnosprawność dzieci. Projekt programu może stanowić uzupełnienie obecnie dostępnych świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Zakłada on bowiem zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych, co może przełożyć się na podniesienie jakości życia i poprawę zdrowia osób niepełnosprawnych.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości proszę o uwzględnienie poniższych uwag oraz uwag przedstawionych w dalszej części opinii. W projekcie programu należy:

- poprawnie sformułować cele i mierniki efektywności zgodnie z uwagami w dalszej części opinii;
- oszacować liczebność populacji kwalifikującą się do programu;
- określić kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej;
- wskazać szczegółowy planu rehabilitacji obejmujący zalecenia rekomendowane przez towarzystwa naukowe;
- zaplanować analizę mierników efektywności odnoszących się do celów programu;
- uzupełnić projekt w zakresie ewaluacji o porównanie stanu wskaźników z czasu przed rozpoczęciem działań i po realizacji programu;
- wskazać koszty jednostkowe oraz podstawy wyliczenia dla przeciętnego kosztu rocznego;

Jednocześnie należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych z środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w celu uniknięcia ww. ryzyka, planowane i podejmowane działania eliminujące ww. ryzyko powinny być należycie opisane w projekcie.



Podkreślenia wymaga, że warunkiem realizacji programu jest uwzględnienie uwag wskazanych w niniejszej opinii.

## **Przedmiot opinii**

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej w populacji dzieci do 18 r.ż. zamieszkujących gminę Mszana. Realizację programu zaplanowano na lata 2022-2026, a koszty oszacowano na poziomie 10 000 zł rocznie.

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 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), 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

Projekt programu dotyczy bardzo rozległego problemu zdrowotnego, którą jest niepełnosprawność, jednak w dokumencie został on przedstawiony w sposób ogólnikowy. W treści projektu odniesiono się do definicji niepełnosprawności przyjętej przez WHO i wskazanej w Ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także wymieniono rodzaje dysfunkcji oraz stopnie niepełnosprawności.

Warto wspomnieć, że programy polityki zdrowotnej poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności są programami skierowanymi do zróżnicowanej populacji dotkniętej wieloma schorzeniami warunkującymi niepełnosprawność.

Projekt nie zawiera referencji bibliograficznych, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

Opis sytuacji epidemiologicznej przedstawiono pobieżnie wskazując jedynie liczbę dzieci zamieszkałych na terenie gminy, korzystających ze świadczeń w ramach Wodzisławskiego Ośrodka Rehabilitacji i Terapii Dzieci i Młodzieży w latach 2016-2021 – najwięcej dzieci (204) skorzystało z tych świadczeń w 2017 r. Dokument nie zawiera odniesienia do danych ogólnokrajowych jak również do Map Potrzeb Zdrowotnych, co wymaga uzupełnienia.

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazano, że w Polsce w 2019 r. było rehabilitowanych 3,34 miliona pacjentów w ramach NFZ. Osoby w wieku 0-17 lat stanowiły 10% pacjentów, 51,9% w wieku 18-64 lata i 38,1% w wieku od 65 lat wzwyż. Warto nadmienić, że 76,6 % wszystkich rehabilitowanych pacjentów nie miało wydanego orzeczenia o niepełnosprawności. W 2020 r. liczba pacjentów w wieku 0-17 lat, korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych w woj. śląskim wynosiła 771/100 tys., natomiast w powiecie wodzisławskim, na terenie którego znajduje się gmina Mszana – 878/100 tys.

Podsumowując projekt programu polityki zdrowotnej powinien być uzupełniony w zakresie opisu problemu zdrowotnego, epidemiologii, MPZ, a także bibliografii.

### Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zapewnienie adresatom programu możliwości kontynuowania procesu rehabilitacji po wykorzystaniu gwarantowanych świadczeń zdrowotnych i korzystania z ponadstandardowych form wieloprofilowego leczenia, rehabilitacji i usprawniania”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania określonych potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Wskazany w programie cel główny nie odnosi się bezpośrednio do efektu zdrowotnego, co utrudnia potwierdzenie skuteczności zaplanowanych i podejmowanych działań, nie

określono w nim także wartości docelowych do jakich zamierza się dążyć co również jest niewłaściwe i wymaga skorygowania.

W projekcie zaproponowano cele szczegółowe:

- (1) „*jak najwcześniejsze rozpoczęcie działań rehabilitacyjnych u najmłodszych dzieci zagrożonych nieprawidłowym rozwojem*”;
- (2) „*stworzenie warunków do przywrócenia i poprawy stanu zdrowia*”;
- (3) „*kształtowanie i utrwalanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia*”;
- (4) „*przywrócenie możliwości lub nabycie umiejętności życia i działania w środowisku rodzinnym i społecznym*”;
- (5) „*kształtowanie prawidłowych wzorców postawy i ruchu dzieci oraz młodzieży w granicach ich możliwości*”;
- (6) „*edukowanie rodziców w zakresie opieki, pielęgnacji i stymulacji rozwoju dziecka*”;
- (7) „*udzielanie rodzicom porad i instruktażu w zakresie metod i technik stosowanych w rehabilitacji dziecka*”;
- (8) „*inspirowanie rodziców dzieci niepełnosprawnych do współpracy z zespołem terapeutycznym, poprzez ich udział w posiedzeniach tych zespołów*”;
- (9) „*objęcie opieką i wsparciem rodziców dzieci niepełnosprawnych w ramach organizowanych form pomocowych – grup wsparcia, spotkań integracyjno-edukacyjnych i terapeutycznych*”.

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 w treści dokumentu powinno znaleźć się uzasadnienie dla przyjętych wartości. W związku z powyższym należy stwierdzić, że wszystkie zaproponowane w przesłanym dokumencie cele szczegółowe zostały sformułowane w sposób niepoprawny, w postaci działania.

W projekcie programu nie zaplanowano analizy mierników efektywności odnoszących się do celów programu, w istocie nie było to możliwe ze względu na błędnie sformułowane cele. W tym miejscu należy przypomnieć, że mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności.

Podsumowując, element projektu dotyczący celów i mierników efektywności wymaga doprecyzowania zgodnie z powyższymi uwagami.

#### Populacja docelowa

Działania realizowane w programie adresowane są do dzieci w wieku do 18 r.ż. z zaburzeniami rozwoju, zamieszkujących gminę Mszana. Wskazano na populację docelową, składającą się z 3 grup dzieci w wieku: 0-7 r.ż. z zaburzeniami rozwojowymi i okołoporodowymi oraz spowodowanymi ciężką wysokim ryzyka; od 3 do 18 lat z dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego i głęboko sprzężoną niepełnosprawnością; od 7 do 18 lat z dysfunkcjami narządu ruchu (wadami postawy, płaskostopiem). Do programu zostaną włączone dzieci „*w głównej mierze korzystające z gwarantowanych przez NFZ świadczeń zdrowotnych*”. Dodatkowo w programie prowadzone będą działania edukacyjne skierowane do rodziców/opiekunów prawnych dzieci. W programie nie wskazano liczby mieszkańców gminy w ww. grupach wiekowych oraz przewidywanej liczby osób, która zostanie objęta programem. Istotne jest określenie wielkości populacji docelowej w danym rejonie oraz wskazanie, jaki odsetek tej populacji jest możliwy do włączenia do programu przy posiadanych zasobach oraz przy zachowaniu równego dla

wszystkich uczestników dostępu do działań oferowanych w ramach programu. Należy zaznaczyć, że im większa włączona do programu populacja, tym większe są możliwości uzyskania widocznych efektów zdrowotnych w danym zakresie. W związku z powyższym skorygowania wymagają zapisy programu dotyczące populacji.

Wskazane w dokumencie kryteria włączenia do programu nie wzbudzają zastrzeżeń natomiast projekt wymaga uzupełnienia o kryteria wyłączenia.

### Interwencja

W programie dla populacji pediatrycznej zaplanowano przeprowadzenie:

- rehabilitacji leczniczej - kinezyterapia, fizykoterapia, hydroterapia, masaż leczniczy, metody neurofizjologiczne: metoda Wojty, NDT Bobath, integracja sensoryczna;
- terapii psychologicznej;
- terapii logopedycznej;
- terapii rewalidacyjnej - metoda ruchu rozwijającego wg Weroniki Sherborne, metoda M. Ch. Knill, poranny krąg, sala doświadczania świata, terapia taktylna, terapia zajęciowa, muzykoterapia, dogoterapia, makaton (program językowy z wykorzystaniem mowy, gestu i symboli graficznych).

Ponadto prowadzone będą działania edukacyjne skierowane do rodziców/opiekunów prawnych dzieci.

Zgodnie z zapisami program ma być realizowany w formie wczesnej interwencji przeznaczonej dla dzieci w wieku do 7 r.ż. (raz w tygodniu przez okres 6 miesięcy dla jednego dziecka) oraz grupowych zajęć korekcyjnych dla osób w wieku 7-18 lat (raz w tygodniu, cykl terapeutyczny 3 miesiące). W projekcie nie odniesiono się do szczegółów dot. zaplanowanych interwencji oraz do czasu trwania jednego spotkania, a także liczebności grup, co wymaga uzupełnienia.

Zgodnie z opiniami ekspertów plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu zdrowia chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji. W projekcie nie zaprezentowano planu rehabilitacji, w związku z tym brak jest możliwości wnioskowania czy zaplanowane działania obejmą zalecenia rekomendowane przez towarzystwa naukowe. Ponadto warto zauważyć, że wytyczne wskazują, że terapia powinna być zindywidualizowana w zależności od potrzeb pacjenta, zatem konieczne będzie zaplanowanie procesu terapeutycznego indywidualnie dla każdego uczestnika na etapie kwalifikacji do programu.

Odnalezione rekomendacje (SOSORT 2014) kładą szczególny nacisk nie tylko na rolę edukacji dziecka, ale i jego opiekunów. Ponadto zgodnie z opinią ekspercką wskazuje się na zasadność realizowania kampanii edukacyjnych w kierunku wad postawy dla rodziców i opiekunów czy nauczycieli przy udziale lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty. Czynności te powinny być prowadzone przez odpowiednio wykwalifikowany personel w ww. dziedzinie. W analizowanym projekcie program działania edukacyjne zostały ujęte, jednak przedstawiono je w ogólnikowy sposób i w związku z tym wymagają ponownego opracowania.

Warto podkreślić, że program częściowo obejmuje działania finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. W odniesieniu do świadczeń rehabilitacyjnych rekomendowane jest zapewnienie ich ciągłości. Wydaje się zatem, że zaplanowany program ma zapewnić ciągłość oraz zwiększyć dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych w gminie.

Podsumowując, zaproponowane w projekcie interwencje powinny zostać doprecyzowane zgodnie z powyższymi uwagami. Ponadto przy realizacji programu należy mieć na uwadze wytyczne i inne dowody naukowe wskazane w rozdziale „Ocena technologii medycznej” niniejszej opinii.

### Monitorowanie i ewaluacja

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 programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu ma opierać się jedynie na analizie wskaźników: „liczba dzieci uczestniczących w poszczególnych formach rehabilitacji” oraz „liczba udzielonych świadczeń z uwzględnieniem ich rozwoju”. W projekcie należy ponadto uwzględnić co najmniej: liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów) oraz liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji.

W zakresie oceny jakości świadczeń nie zaplanowano przeprowadzenia ankiety satysfakcji. Wskazano jedynie na „ocenę efektywności rehabilitacji”, która nie stanowi oceny jakości świadczeń. W związku z tym ten element programu również wymaga uzupełnienia.

W projekcie zapisano, że ewaluacja zostanie przeprowadzona na podstawie danych uzyskanych z zastosowanych w programie metod oceny poziomu rozwoju dziecka. Warto podkreślić, że w projekcie nie przedstawiono prawidłowo sformułowanych wskaźników efektywności, zatem przeprowadzenie kompleksowej oceny efektywności podjętych działań może okazać się niemożliwe. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co nie zostało uwzględnione w projekcie.

Podsumowując, element projektu dotyczący monitorowania i ewaluacji wymaga doprecyzowania i uzupełnienia zgodnie z powyższymi uwagami.

#### Warunki realizacji

Dokument zawiera zdawkowy opis etapów i działań podejmowanych w ramach projektowanego programu, należy w dokumencie przedstawić wszystkie etapy programu i harmonogram działań.

W sposób ogólnikowy określono także warunki dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. W projekcie należy określić warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych wraz z określeniem, wymagań w zakresie zasobów rzeczowych, zapewniających prawidłową realizację programu. Personel realizujący działania w ramach programu powinien być odpowiednio przeszkolony w celu zapewnienia wysokiej jakości interwencji (działań) planowanych w ramach programu. Zapisy projektu w tym zakresie wymagają uzupełnienia.

Opisany sposób zapraszania uczestników do programu zakłada informowanie o programie poprzez stronę internetową Urzędu Gminy oraz poprzez lokalną prasę. Nie przedstawiono jednak większej liczby szczegółów w tym zakresie. Należy podkreślić, że sposoby zapraszania do programu i działania informacyjne, powinny być dostosowane do specyfiki określonej populacji. W związku z tym zaleca się ponowne przeanalizowanie tego elementu programu, tak aby uwzględnić wszystkie możliwe ścieżki dotarcia do potencjalnie zainteresowanych osób.

W projekcie odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie, co jest działaniem prawidłowym.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

W programie nie odniesiono się do kosztów jednostkowych, nie wskazano kosztów w podziale na poszczególne interwencje, nie oszacowano łącznego kosztu realizacji programu za cały okres jego realizacji w podziale na poszczególne lata, co jest podejściem niepoprawnym i wymaga korekty.

Roczny koszt realizacji programu wyniesie 10 000 zł. i zostanie pokryty z budżetu gminy Mszana.

Podsumowując, projekt w zakresie organizacji i budżetu programu wymaga uzupełnienia.

#### **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

### Problem zdrowotny

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określiła niepełnosprawność jako ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia organizmu. Za niepełnosprawnych WHO uznaje osoby, które nie mogą samodzielnie, częściowo lub całkowicie, zapewnić sobie możliwości normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia fizycznego lub psychicznego.

Niepełnosprawność jest jednym z poważniejszych zjawisk i dylematów współczesnej cywilizacji. Jest ona problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel 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

Kompleksowa ocena stanu zdrowia obejmująca ocenę rozwoju fizycznego, została uregulowana w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2021 poz. 540).

Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne u dzieci/młodzieży do 18 r.ż., jak również psychoedukacja rodziców/opiekunów prawnych uwzględnione są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. poz. 1285).

Świadczenia z zakresu rehabilitacji są udzielane pacjentom zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021 poz. 265).

### Ocena technologii medycznej

#### *Wnioski z odnalezionych rekomendacji klinicznych*

- Zaleca się, by pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, tak aby przystosować się, odzyskać i/lub wrócić do osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2017, VHA-DoD 2010);
- Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RACGP 2018, NICE 2014);
- Ćwiczenia grupowe powinny być wykonywane pod nadzorem, z tego powodu grupa nie powinna przekraczać 10 osób (NICE 2009);
- Programy rehabilitacji zazwyczaj obejmują: badanie pacjenta, trening fizyczny, edukację, poradę dietetyka i wsparcie psychologiczne (ACCP 2007);
- W celu uzyskania optymalnych wyników, zwiększona intensywność rehabilitacji w połączeniu z wczesną interwencją, powinna być dostarczana przez interdyscyplinarny zespół specjalistów (SIGN 2013);
- 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);
- Specyficzna fizjoterapia (PSSE, ang. *physiotherapeutic scoliosis-specific exercises*) jest rekomendowana jako pierwszy krok w procesie leczenia skoliozy idiopatycznej, aby zapobiec lub

ograniczyć postęp deformacji oraz możliwości gorsetowania. PSSE powinna być m.in.: oparta na autokorekcji postawy w 3D, treningu podstawowych czynności życia codziennego (*ADL*, ang. *activities of daily living*), stabilizacji prawidłowej postawy oraz edukacji pacjenta. Rekomenduje się, aby była ona zindywidualizowana pod względem potrzeb pacjenta, występującego skrzywienia oraz etapu leczenia. PSSE powinna być przeprowadzana indywidualnie (w relacji 1:1) w celu zapewnienia zindywidualizowanej opieki, tak aby regularne zajęcia PSSE mogły być stosowane przez pacjenta w domu lub w małych grupach (SOSORT 2016);

- Zalecanymi interwencjami w terapii zaburzeń ze spektrum autyzmu (ang. *autism spectrum disorder*; ASD) opartymi o dowody naukowe są m.in.: interwencje behawioralne i poznawczo-behawioralne np. intensywne wczesne interwencje behawioralne (EIBI), treningi językowe – funkcjonalne, modelowanie i wideo modelowanie, naturalistyczne strategie uczenia, treningi/szkolenia rodziców, treningi dla rówieśników, treningi umiejętności kluczowych (PRT), planowanie/scenariusze, treningi samodzielności i samokontroli, treningi umiejętności społecznych, interwencje oparte na określonej historii (ADoHS 2016/NAC 2015);
- Wytyczne ASAT 2016 przedstawiają, że głównymi metodami leczenia pacjentów z ASD są interwencje behawioralne i edukacyjne (podobnie Zwaigenbaum 2015a), a najszerzej przebadaną i opartą na licznych dowodach naukowych jest analiza behawioralna. EIBI jest skuteczna w zwiększaniu poziomu IQ osób autystycznych oraz ich adaptacyjnego zachowania (PTAB 2004);
- Interwencjami obiecującymi w terapii ASD są m.in.: metoda AAC (ang. *Augmentative and Alternative Communication*) (AMS-MOH 2010), podejście rozwojowe oparte na relacji (AACAP 2014), ćwiczenia fizyczne, desensytyzacja, trening komunikacji funkcjonalnej, naśladownictwo, trenowanie inicjowania kontaktu, trening językowy, terapie masażem, stymulacja czucia głębokiego, pakiety wieloczynnikowe, muzykoterapia, system PECS (ang. *Picture Exchange Communication System*) (również uwzględniony w zaleceniach SIGN 2016), pakiety redukcyjne, wykorzystanie języka migowego, interwencje nakierowane na komunikację społeczną (SIGN 2016: ale tylko indywidualnie), uczenie ustrukturyzowane (NZMOH 2008), interwencje oparte na technologii, w tym gry komputerowe oraz trening oparty na teorii umysłu (NAC 2015);
- Należy rozważyć interwencje z udziałem rodziców/opiekunów pacjentów z podejrzeniem lub stwierdzonym ASD (SIGN 2016). Powinno się oferować edukację i wsparcie rodziców/opiekunów celem nabycia odpowiednich umiejętności do pracy z dzieckiem z ASD (SIGN 2016, AOTA 2016, NAC 2015, Zwaigenbaum 2015a, AACAP 2014, AOTA 2009). Szkolenia te powinny mieć na celu zwiększenie zrozumienia problemu, uwrażliwienie na problem, umiejętności reagowania, komunikowania się i interakcji z chorym dzieckiem (NICE 2013);
- 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;
- Rekomendacje kładą szczególny nacisk na rolę edukacji nie tylko dziecka, ale i jego opiekunów. Niski poziom motywacji do ćwiczeń, typowy dla młodych osób, można podnieść poprzez uświadomienie dziecka i rodziców co do charakteru choroby, jej przewidywanego przebiegu, potencjalnych konsekwencji braku leczenia itd. W uzasadnionych przypadkach warto uzupełnić leczenie o konsultację psychoterapeutyczną (SOSORT 2014).

#### Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych:

- Pollock 2014C – w przeglądzie stwierdzono, że rehabilitacja fizyczna jest bardziej efektywna niż podstawowe wsparcie 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 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 i odciążenia masy ciała, osobno lub w połączeniu, na poprawę wytrzymałości chodu, w porównaniu z innymi metodami treningu chodu, placebo lub brakiem interwencji, na podstawie dowodów o umiarkowanej jakości stwierdzono, że szybkość i wytrzymałość chodu mogą ulec poprawie;
- Cochrane (Geretsegger 2016) – w przeglądzie wskazuje się znaczący efekt terapeutyczny muzykoterapii w porównaniu z terapią placebo lub standardową opieką w zakresie interakcji społecznych, niewerbalnych i werbalnych umiejętności komunikacyjnych, inicjowania zachowań i wzajemności społeczno-emocjonalnej. Podobnie w obszarach adaptacji społecznej, uzyskania satysfakcji i polepszenia jakości relacji między rodzicami a dzieckiem, terapia muzyką okazała się lepszym rozwiązaniem niż brak terapii lub standardowa opieka w grupie kontrolnej. Nie stwierdzono pogorszenia pierwotnego wyniku leczenia lub innych zdarzeń niepożądanych w wyniku terapii, w którymkolwiek z analizowanych badań;
- Camargo 2016 – wyniki analizy wskazują, że zastosowanie terapii behawioralnej powoduje blisko 88% wzrost umiejętności społecznych u osób z ASD. Największe efekty odnotowywano w populacji od 2 do 10 r.ż., a jeśli dodatkowo zastosowano technikę wzmacniania oraz modelowanie, efekty terapii były większe.

#### *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 i/lub kontaktu z zespołem leczącym, jako formy wsparcia społecznego, które będzie mogło stanowić źródło osobistej satysfakcji pacjenta.

Realizacja programów z zakresu rehabilitacji leczniczej może wpłynąć na poprawę jakości rehabilitacji, zwłaszcza na jej kompleksowość i ciągłość. Plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, możliwości rozpoczęcia rehabilitacji na najwcześniejszym możliwym etapie leczenia i ciągłości procesu rehabilitacji.

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



**Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 8 pkt 3, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu OT.431.38.2022 „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu gminy Mszana”, lipiec 2022 oraz opinii Rady Przejrzystości nr 103/2022 z dnia 11 lipca 2022 roku o projekcie programu „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu gminy Mszana”.