



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 43/2022 z dnia 27 lipca 2022 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy
Mielno na lata 2023-2030”
(woj. zachodniopomorskie)

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Mielno na lata 2023-2030”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców gminy Mielno, co może przełożyć się na podniesienie jakości życia oraz poprawę stanu funkcjonalnego objętych nim świadczeniobiorców.

Podobny projekt pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców gminy Mielno na lata 2022-2027” był oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał pozytywnie warunkową opinię (nr. 71/2021). Większość zgłoszonych do niego uwag została prawidłowo naniesiona na nową wersję programu. Należy wskazać, że w aktualnie ocenionej propozycji wprowadzono m.in.: zmianę dotyczącą opłat wnoszonych przez uczestników za każdy dzień zabiegowy, co może stanowić barierę w dostępności i mieć niekorzystny wpływ na zgłaszalność do programu.

Opiniowany dokument zawiera uchybienia (m.in. dotyczące celów programu), które zostały wskazane w opinii, a ich skorygowanie jest niezbędne dla podniesienia jakości programu.

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

Ponadto warto zwrócić uwagę, że zgodnie z obowiązującymi przepisami planowanie postępowania fizjoterapeutycznego wykonywane jest podczas wizyty fizjoterapeutycznej lub podczas porady lekarza ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Zatem zaplanowane w projekcie dopuszczenie możliwości zaplanowania postępowania fizjoterapeutycznego przez lekarza POZ i lekarza z dowolną specjalizacją wymaga weryfikacji.

Przedmiot opinii



Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej zaplanowany przez gminę Mielno w latach 2022-2030, a całkowity koszt jego realizacji oszacowano na 368 000 zł.

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

W projekcie szczegółowo odniesiono się do problemu zdrowotnego przedstawiono wybrane jednostki chorobowe, które wymagają działań z zakresu rehabilitacji leczniczej. Zaznaczono, że rehabilitacja stanowi niezbędny element efektywnego procesu terapeutycznego w przypadku problemów zdrowotnych prowadzących do ograniczenia sprawności funkcjonalnej człowieka.

Projekt zawiera stosowne referencje bibliograficzne, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego. W dokumencie odniesiono się do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2018 poz. 469), jednak jest to niezasadne, ponieważ ten akt prawny został uchylony z dniem 1 stycznia 2022 r.

W opisie sytuacji epidemiologicznej przedstawiono światowe oraz regionalne dane korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym. Niemniej jednak opisując dane regionalne odniesiono się do nieaktualnej Mapy Potrzeb Zdrowotnych (MPZ), co wymaga skorygowania.

Warto nadmienić, że w MPZ na lata 2022-2026 w ramach rekomendowanych kierunków działań dla województwa zachodniopomorskiego wskazano na zasadność zwiększenia dostępności do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej (ostatnie miejsce w kraju) oraz zabezpieczenie dostępności do usług dla pacjentów ze wszystkich powiatów województwa w ramach lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej (poradnie).

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest *„uzyskanie u co najmniej 15% uczestników programu poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne, dzięki realizacji kompleksowych działań edukacyjnych i rehabilitacyjnych prowadzonych na terenie gminy Mielno w latach 2023-2030 wśród mieszkańców dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu”*. Należy podkreślić, że 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. W przedłożonym dokumencie cel zapisano prawidłowo jednak treść programu należy uzupełnić o uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej.

W projekcie zaproponowano cele szczegółowe:

- (1) *„zmniejszenie dolegliwości bólowych wśród co najmniej 15% pacjentów, u których był to cel rehabilitacji”;*
- (2) *„zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu u co najmniej 60% uczestników programu”*.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości. Cele szczegółowe zapisano prawidłowo, jednak treść programu należy uzupełnić o uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych. Ponadto

do dokumentu należy załączyć wzór testu, który zostanie wykorzystany do badania poziomu wiedzy uczestników programu.

W projekcie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „odsetek osób, u których doszło do poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne”,
- (2) „odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wynik skali VAS – różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie)”
- (3) „odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (wzrost wiedzy rozumiany jako różnica między wynikiem post-testu względem pre-testu, świadcząca o wyższym poziomie wiedzy świadczeniobiorcy”.

W przedłożonym dokumencie mierniki zostały sformułowane prawidłowo.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowić będą osoby pełnoletnie zamieszkujące gminę Mielno posiadające skierowanie od lekarza/fizjoterapeuty (rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego). W projekcie oszacowano, że w skali roku do programu będzie kwalifikować się ok. 470 osób, niemniej jednak z uwagi na ograniczenia finansowe gminy planowane jest objęcie ok. 700 osób w całym okresie trwania programu, co będzie stanowiło ok. 19% populacji docelowej (ok. 88 osób rocznie).

W programie określono kryteria kwalifikacji i kryteria wykluczenia, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

Interwencja

W projekcie programu zaplanowano wdrożenie indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz działania edukacyjne.

Indywidualny plan rehabilitacji

Indywidualny plan rehabilitacji zostanie opracowany na podstawie rodzaju i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ, lekarza specjalisty lub fizjoterapeuty. Rehabilitacja ma być poprzedzona i zakończona wykonaniem wybranego przez realizatora standaryzowanego testu zaburzeń funkcjonalnych. W projekcie nie przedstawiono jednak szczegółów w tym zakresie, co wymaga uzupełnienia.

Zaplanowano realizację:

- zabiegów kinezyterapeutycznych (indywidualna praca z pacjentem, ćwiczenia wspomagane, pionizacja, ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem, ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem, ćwiczenia izometryczne, nauka czynności lokomocji, wyciągi, inne formy usprawniania, ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające),
- masaży (klasyczny, limfatyczny ręczny – leczniczy, limfatyczny mechaniczny – leczniczy, masaż mechaniczny),
- elektrolecznictwa (galwanizacja, jonoforeza, elektrostymulacja, tonoliza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, TENS, prądy Traeberta, prądy Kotza, ultradźwięki miejscowe, ultrafonoforeza),
- leczenia polem elektromagnetycznym (impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, diatermia krótkofalowa, mikrofalowa, impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości),
- światłolecznictwa i termoterapii (naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe, laseroterapia – skaner, laseroterapia punktowa).

Zabiegi wykonywane będą w cyklu terapeutycznym 10 dniowym, średnio po 4 zabiegi dziennie.

Należy podkreślić, że wszystkie zaplanowane interwencje fizykoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265). W dokumencie podkreślono, że program jest odpowiedzią na niewystarczającą na terenie gminy dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza finansowanych ze środków publicznych. Jednak istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń, co powinno być nadzorowane przez gminę.

Działania edukacyjne

Zgodnie z treścią projektu edukacja rozpocznie się po wdrożeniu planu rehabilitacyjnego i składać się będzie z jednego spotkania 45-minutowego w grupach max. 20-osobowych. Edukacja zdrowotna będzie skupiona na tematach dotyczących roli diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce chorób układu ruchu oraz urazów, zapobiegania wypadkom i zranieniom, istotności prowadzenia zdrowego trybu życia, sposobach radzenia sobie ze stresem. Interwencja w tym zakresie będzie przeprowadzana przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę. Podczas spotkania zostanie sprawdzony poziom wiedzy uczestników z pomocą pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, co jest działaniem prawidłowym. Do dokumentu nie załączono jednak wzoru testu, co wymaga uzupełnienia.

Przy realizacji programu należy mieć także 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.

W ramach monitorowania projekt przewiduje ocenę zgłaszalności, która ma być prowadzona w oparciu o roczne i kwartalne sprawozdania realizatora. Analizie ma być dokonywana na podstawie wskaźników, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

Ocena jakości świadczeń w programie prowadzona będzie w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji, co jest rozwiązaniem prawidłowym. Ponadto w dokumencie dla uczestników przewidziano możliwość zgłaszania do realizatora programu pisemnych uwag dotyczących realizacji PPZ.

W ocenianym dokumencie zaznaczono, że ewaluacja będzie przeprowadzana co roku i na zakończenie programu poprzez analizę wskaźników, które nie wzbudzają zastrzeżeń. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu, a także w prawidłowy sposób odnosi się do sposobu zakończenia udziału w programie.

W projekcie wskazano, że realizator zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z przepisami ustawy. Przedstawiono także warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

Opisany sposób zapraszania uczestników do programu zakłada informowanie o programie poprzez tablice ogłoszeń, plakaty i ulotki umieszczane w poradniach POZ, podmiocie realizującym program oraz w Urzędzie Miejskim w Mielnie. Wskazano, że informacje o programie będą przekazywane za pośrednictwem personelu medycznego oraz w formie komunikatów, które zostaną umieszczone na stronie internetowej poradni POZ, Urzędu oraz portali społecznościowych.

W projekcie przedstawiono koszty jednostkowe: koszt uczestnictwa w programie (w tym koszt indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz koszt działań edukacyjnych), akcji informacyjnej,

oraz monitorowania i ewaluacji. Należy nadmienić, że w kosztach jednostkowych ujęta jest wpłata od uczestnika za każdy dzień zabiegowy (osoby w wieku produkcyjnym do 10 zł, osoby w wieku poprodukcyjnym do 5 zł (średnio 7,2 zł x 10 zabiegów = 72 zł)), co wydaje się może ograniczyć dostęp do programu, a tym samym mieć niekorzystny wpływ na zgłaszalność.

Całkowity budżet programu oszacowano na 368 000 zł – koszt łącznie z dodatkową opłatą ponoszona przez świadczeniobiorców, w tym 317 312 zł – koszt ponoszony przez gminę (39 664 zł rocznie).

Program ma zostać sfinansowany ze środków gminy Mielno. W dokumencie zaznaczono, że gmina będzie ubiegała się o dofinansowanie ze środków NFZ.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Materiały analityczne z procesu oceny technologii medycznych w zakresie rehabilitacji leczniczej są dostępne pod adresem:

<http://bipold.aotm.gov.pl/index.php/zlecenia-mz-2018/883-materialy-2018/5537-92-2018-zlc>

Problem zdrowotny

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) termin niepełnosprawność definiuje jako ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu.

Niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań WHO i Komisji Europejskiej. Według ostatnich szacunków, około 15% ludności świata żyje z pewną formą niepełnosprawności, z czego 2-4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu.

Alternatywne świadczenia

Świadczenia gwarantowane w ramach NFZ obejmują poradę lekarską rehabilitacyjną/poradę fizjoterapeutyczną, kinezyterapię, fizykoterapię i masaże. Porada lekarska rehabilitacyjna udzielana dorosłym i dzieciom, obejmuje m.in. wybrane procedury zgodnie z aktualną wiedzą medyczną: ogólną ocenę stanu zdrowia – badanie ogólnolekarskie, ocenę aktywności ruchowej mierzalnym wskaźnikiem odpowiednio do rozpoznania, ocenę odruchów ścięgno-okostnowych, ocenę chodu i lokomocji, badanie fizykalne dla potrzeb rehabilitacji, planowanie i koordynowanie programu rehabilitacji, zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego (ustalenie programu usprawnienia leczniczego), skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe, końcową ocenę procesu usprawniania.

Wizyta fizjoterapeutyczna obejmuje: zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, które realizuje cel skierowania na rehabilitację leczniczą i jest zgodne z tym skierowaniem, ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii, badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii, końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii, udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego.

Fizjoterapia ambulatoryjna odbywa się na podstawie zlecenia wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych. Jednemu świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie.

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. zabieg fizjoterapeutyczny w warunkach domowych obejmuje: zabieg fizjoterapeutyczny – kinezyterapię; masaż; elektrolecznictwo; leczenie polem elektromagnetycznym; światłolecznictwo i termoterapię; balneoterapię.

Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej mogą być także realizowane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego. Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową jest wystawione m.in. przez: lekarzy oddziałów urazowo-ortopedycznych, chirurgicznych, neurochirurgicznych, neurologicznych, reumatologicznych, chorób wewnętrznych, onkologicznych, ginekologicznych, urologicznych, pediatrycznych, kardiologicznych i geriatrycznych. W przypadku zaostrzeń chorób

przewlekłych przez lekarza poradni rehabilitacyjnej, urazowo-ortopedycznej, neurologicznej i reumatologicznej. Czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego wynosi dla jednego świadczeniobiorcy od 6 tygodni, średnio 5 rodzajów zabiegów dziennie u każdego świadczeniobiorcy.

Jednakże należy zaznaczyć, że dodatkowo rehabilitacja lecznicza w grupie schorzeń narządu ruchu, prowadzona jest przez ZUS w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym. Celem rehabilitacji jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. W realizacji programu priorytetem jest jak najwcześniejsze skierowanie osoby ubezpieczonej do ośrodka rehabilitacyjnego, ponieważ im wcześniej rozpoczęta zostanie rehabilitacja, tym lepsze efekty można uzyskać. Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany jest do osób: ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy; uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego; pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy rokujących jednocześnie odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji.

Podstawą skierowania ubezpieczonego lub rencisty do ośrodka rehabilitacyjnego jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej wydane przez lekarza orzecznika ZUS.

ZUS kieruje na rehabilitację leczniczą w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym w następujących grupach schorzeń: w systemie stacjonarnym – narząd ruchu; w systemie ambulatoryjnym – narząd ruchu. Program uwzględnia w szczególności: różne formy rehabilitacji fizycznej, tj. kinezyterapię indywidualną, zbiorową i ćwiczenia w wodzie oraz zabiegi fizykoterapeutyczne z zakresu ciepłolecznictwa, krioterapii, hydroterapii, leczenia polem elektromagnetycznym wielkiej i niskiej częstotliwości, leczenia ultradźwiękami, laseroterapii, masażu klasycznego i wibracyjnego. Ponadto uwzględnia rehabilitację psychologiczną (m.in. psychoedukację i treningi relaksacyjne) oraz edukację zdrowotną w zakresie: zasad prawidłowego żywienia, znajomości czynników ryzyka w chorobach cywilizacyjnych, znajomości czynników zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy, podstawowych praw i obowiązków pracodawcy oraz pracownika, kontynuacji rehabilitacji w domu po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego (instruktaż). Rehabilitacja lecznicza w ośrodku rehabilitacyjnym trwa 24 dni, przy czym czas jej trwania może być przedłużony lub skrócony.

Ocena technologii medycznej

Odnalezione wytyczne kliniczne dotyczące rehabilitacji wskazują, że:

- Współczesne standardy dowodów i metody stanowią wiele wyzwań dla dziedzin z zakresu 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;
- 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 uwzględnić 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 w proces terapeutyczny partnerów/rodziny/opiekunów (NZGG 2002).

Wnioski pochodzące z odnalezionych dowodów naukowych:

- Pollock 2014C – w przeglądzie stwierdzono, że w poprawie: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu rehabilitacja fizyczna jest bardziej efektywna niż standardowa opieka;
- Oosterhuis 2014 – celem przeglądu było ustalenie czy aktywna rehabilitacja po operacji dysku odcinka lędźwiowego jest bardziej efektywna niż brak interwencji. Wskazano, że fizjoterapia rozpoczęta w 4-6 tygodniu od operacji prowadzi do poprawy funkcji w porównaniu do braku interwencji lub interwencji wyłącznie edukacyjnej oraz że rehabilitacja multidyscyplinarna koordynowana przez doradców medycznych prowadzi do szybszego powrotu do pracy w porównaniu do standardowej opieki (dowody niskiej jakości). Dowody bardzo niskiej jakości wskazują, że ćwiczenia są bardziej efektywne niż brak interwencji w kontekście zmniejszenia krótkotrwałych dolegliwości bólowych (SMD -0,90, 95%CI od -1,55 do -0,24, 5 badań, 272 uczestników) oraz że programy ćwiczeń o wysokiej intensywności są bardziej efektywne niż programy ćwiczeń o niskiej intensywności w leczeniu bólu w krótkim okresie (WMD -10,67, 95%CI od -17,04 do -4,30, 2 badania, 103 uczestników);
- Mehrholz 2014 – celem przeglądu była ocena wpływu treningu na bieżni z i bez odciążenia masy ciała ze wsparciem systemu upręży na poprawę wytrzymałości chodu po udarze, w porównaniu z innymi metodami treningu chodu, placebo lub brakiem interwencji, na podstawie dowodów o umiarkowanej jakości stwierdzono, że szybkość i wytrzymałość chodu w tej populacji mogą ulec poprawie.

Podsumowanie opinii ekspertów

Opinie ekspertów wskazują, że niepełnosprawność jest poważnym problemem społecznym zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym, jak i ogólnospołecznym oraz ma wpływ przede wszystkim na rozwój jednostki oraz jakość jej życia. Często wpływa także na jej wydolność ekonomiczną, funkcjonowanie i zdrowie jej rodziny, a gdy potrzeba rehabilitacji dotyczy dzieci i młodzieży – również na wykorzystanie potencjału edukacyjnego. Poprawa stanu pacjenta, założona w postępowaniu rehabilitacyjnym stanowi najistotniejszy element opieki nad pacjentem umożliwiając mu osiągnięcie wyższego poziomu sprawności 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. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.40.2022 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Mielno na lata 2023-2030” realizowany przez: Gminę Mielno, Warszawa, lipiec 2022 oraz Aneksu „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016 r.; oraz opinii Rady Przejrzystości nr 113/2022 z dnia 18 lipca 2022 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Mielno na lata 2023-2030”.