



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 13/2023 z dnia 27 marca 2023 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej
mieszkańców Gminy Kobylnica w wieku 60 lat i więcej na lata
2024-2025”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kobylnica w wieku 60 lat i więcej na lata 2024-2025”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Zaplanowane interwencje określono zgodnie z wytycznymi, co wzięto pod uwagę przy wydaniu pozytywnej opinii.

Oceniany projekt programu zawiera działania, które są dostępne jako świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej. Dlatego należy mieć na uwadze, aby zaplanowane interwencje udzielane w ramach programu nie powieliły świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie, w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić w opisie projektu poniższe uwagi odnoszące się do założeń programu:

- Cel główny wymaga wskazania uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący rehabilitacji leczniczej. Całkowity koszt programu oszacowano na 66 000 zł, zaś okres realizacji programu obejmuje lata 2024-2025.

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. 2022 poz. 2561 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

Oceniany projekt odnosi się do problemów zdrowotnych, które prowadzą do ograniczenia sprawności organizmu, utrudniają lub uniemożliwiają normalne funkcjonowanie, m.in.: choroby przewlekłe i zapalne układu kostno-stawowego oraz mięśniowego, urazy oraz choroby obwodowego układu nerwowego. Przedstawiono opis każdej z chorób oraz metody rehabilitacji danego problemu zdrowotnego.

Projekt programu zawiera opis danych epidemiologicznych korelujących z wybranym problemem zdrowotnym. Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w skali światowej, wojewódzkiej i regionalnej.

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazano, że w województwie pomorskim wskaźnik liczby zabiegów fizjoterapeutycznych w rehabilitacji ambulatoryjnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności oraz wskaźnik liczby wizyt fizjoterapeutycznych w rehabilitacji domowej w przeliczeniu na 100 tys. ludności plasuje województwo pomorskie na 15 miejscu w kraju. Województwo jest na 5 miejscu w kraju w odniesieniu do wskaźnika liczby porad lekarskich w rehabilitacji ambulatoryjnej na 100 tys. ludności. W województwie pomorskim na 100 tys. ludności leczonych było 9228 osób, z tego największą grupę, stanowiły osoby w wieku 18-64 lata, ponad 50%. Głównymi rozpoznaniem rehabilitacji medycznej (we wszystkich świadczeniach łącznie) były choroby układu mięśniowo-szkieletowego (69,9%) oraz choroby układu nerwowego (21,3%). Z rehabilitacji domowej skorzystało 0,5% wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności (wg. miejsca udzielania świadczeń) była poniżej średniej dla kraju o 67%, co dało województwu pomorskiemu ostatnie miejsce w Polsce.

Cele i efekty programu

Głównym celem 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 Kobylnica w latach 2024-2025 wśród mieszkańców dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu”. W projekcie „poprawę” zdefiniowano jako różnicę między wynikiem testu końcowego, świadcząca o lepszym stanie funkcjonalnym świadczeniobiorcy, a zarazem nie mniejszą niż minimalna różnica istotna klinicznie (MCID, ang. *minimal clinically important difference*) dla danego testu. Cel główny został prawidłowo sformułowany i jest możliwy do osiągnięcia za pomocą zaplanowanych w programie działań edukacyjnych oraz rehabilitacyjnych. Nie wskazano jednak uzasadnienia dla podanej wartości docelowej, co należy uzupełnić.

Należy podkreślić, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie określony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- 1) „zmniejszenie poziomu 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 polityki zdrowotnej.

Cel szczegółowy nr 1 jest możliwy do realizacji. W celu szczegółowym nr 2 zwiększenie poziomu wiedzy jest możliwe ze względu na zaplanowane działania edukacyjne.

W projekcie programu określono następujące mierniki efektywności:

- 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 (wyniki 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, świadcząca o wyższy, poziomie wiedzy świadczeniobiorcy”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, a ich wartości powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej oraz po zakończeniu realizacji.

Miernik nr 1 odnosi się do celu głównego. Miernik nr 2 odnosi się do celu szczegółowego nr 1, a miernik nr 3 odnosi się do celu szczegółowego nr 2.

Reasumując, cel główny wymaga doprecyzowania.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dorośli w wieku 60 lat i więcej.

W związku z ograniczeniami finansowymi planowane jest objęcie programem ok. 60 osób rocznie (co stanowi ok. 27% populacji docelowej), a w całym okresie realizacji – ok. 120 osób.

Kryteria włączenia do programu obejmują: zameldowanie na terenie gminy Kobylnica; wiek 60 lat lub więcej; rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego; skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ, lekarza specjalisty lub fizjoterapeuty, określające rodzaj i liczbę zalecanych pacjentowi zabiegów fizjoterapeutycznych; pisemna zgoda na uczestnictwo w programie.

Kryteria wyłączenia z programu mają stanowić: korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej, finansowanych ze środków publicznych (NFZ, ZUS, KRUS, PFRON lub gminę Kobylnica), z powodu ww. jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (na podstawie oświadczenia uczestnika), brak meldunku na terenie gminy Kobylnica.

Interwencja

Zgodnie z treścią projektu, program obejmuje wdrożenie indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz działania edukacyjne.

Działania edukacyjne

Edukacja zdrowotna obejmować będzie rolę diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów; zapobieganie wypadkom i zranieniom; istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, a także sposoby radzenia sobie ze stresem. . Przeprowadzone zostanie jedno 45-minutowe spotkanie w formie wykładu i dyskusji. Spotkanie poprowadzi lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka lub specjalista ds. zdrowia publicznego. W projekcie programu zaplanowano badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu pre-testu oraz post-testu. Do projektu programu nie załączono wzoru testów, więc ich weryfikacja nie była możliwa.

Indywidualny plan rehabilitacji

Dla każdego uczestnika zostanie przygotowany indywidualny plan rehabilitacyjny, określony na podstawie rodzajów i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ, lekarza specjalisty lub fizjoterapeuty.

Działanie to zostanie poprzedzone i zakończone wykonaniem przez realizatora standaryzowanego testu zaburzeń funkcjonalnych. Plan obejmie zabiegi fizjoterapeutyczne: kinezyterapię, masaże oraz fizykoterapię (elektrolecznictwo, leczenie polem elektromagnetycznym oraz światłolecznictwo i termoterapię). Zabiegi wykonywane będą w 10-dniowym cyklu terapeutycznym, średnio po 4 zabiegi dziennie.

Odnalezione rekomendacje (NSF 2017, VHA-DoD 2010) zalecają, aby pacjenci otrzymywali świadczenia terapeutyczne w dawkowaniu „ile potrzebują i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać 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 (RACGP 2018, NICE 2020).

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. z 2021 r. poz. 265). Tym samym istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń, co może wymagać podjęcia działań umożliwiających współpracę z NFZ w celu wykrycia ewentualnych nieprawidłowości.

Podsumowując, działania zaplanowane w programie są zgodne z aktualnymi wytycznymi w przedmiotowym zakresie.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że 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 natomiast jest analizą danych uzyskanych w programie, realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności będzie prowadzona na podstawie kwartalnych i rocznych sprawozdań w oparciu o analizę: „liczby osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej”, „liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie”, „liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej”, „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji”. Do projektu programu załączono wzór ww. dokumentu, który nie budzi zastrzeżeń.

W ramach monitorowania zgłaszalności do programu należy analizować 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.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie obejmuje przeprowadzenie ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ankiety, który nie budzi zastrzeżeń. Uczestnicy programu będą mieli możliwość zgłaszania pisemnych uwag do realizatora programu dotyczących realizacji PPZ.

Ewaluacja programu będzie prowadzona poprzez coroczną oraz końcową analizę na podstawie: „odsetka osób, u których doszło do poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne”, „odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami”, „odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej”.

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

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono etapy i działania podejmowane w programie. Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

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

Zakończenie udziału w programie nastąpi z chwilą zrealizowania cyklu rehabilitacyjnego oraz jest możliwe na każdym jego etapie na życzenie pacjenta. Po ukończeniu pełnego cyklu rehabilitacyjnego w programie, pacjent otrzyma zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz informacje na temat możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym, zostanie poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu oraz kończy udział w programie.

W sytuacji, gdy pacjent nie ukończy pełnego cyklu rehabilitacyjnego w programie zostaje poinformowany o negatywnych skutkach zdrowotnych związanych z przerwaniem uczestnictwa w programie oraz o możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym.

Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej w poradniach POZ oraz w podmiocie realizującym program (informowanie pacjentów poprzez personel medyczny, informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń oraz komunikatów na stronie internetowej). Informacje o programie pojawią się również w Urzędzie Gminy Kobylnica oraz Ośrodka Pomocy Społecznej w Kobylnicy (plakaty na tablicy ogłoszeń, komunikaty na stronie internetowej oraz za pośrednictwem portali społecznościowych).

Całkowity budżet programu oszacowano na 66 000 zł. W kosztach jednostkowych uwzględniono: 500 zł/os. – koszt uczestnictwa w programie/indywidualnego planu rehabilitacyjnego (w tym koszt zabiegów rehabilitacyjnych - 480 zł oraz edukacji zdrowotnej - 20 zł), 2 000 zł/rok – koszt akcji informacyjnej, 1 000 zł/rok – koszt monitorowania i ewaluacji.

Program będzie finansowany z budżetu gminy Kobylnica. Zaznaczono, że gmina będzie ubiegała się o dofinansowanie ze środków NFZ.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

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.

Metodami rehabilitacyjnymi 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

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 ścięgnisto-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 fizjoterapeutyczne 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

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Standardy jakościowe dostępnych dowodów i metod 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 z odnalezionych dowodów naukowych

- W przeglądzie Pollock 2014C stwierdzono, że fizyczna rehabilitacja jest bardziej efektywna niż podstawowa opieka w polepszaniu: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu.

Podstawowa opieka obejmowała funkcjonalny trening zadaniowy, komponenty mięśniowo-szkieletowe, neurofizjologiczne lub krążeniowo-oddechowe.

- Celem przeglądu Oosterhuis 2014 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 oraz że 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).
- Celem przeglądu Mehrholz 2014 była ocena treningu na bieżni i systemu wsparcia ciężaru ciała, osobno lub w połączeniu, w poprawie chodzenia, w porównaniu z innymi metodami treningu chodu, placebo lub brakiem interwencji, na podstawie dowodów o umiarkowanej jakości stwierdzono, że szybkość chodu i wytrzymałość mogą ulec poprawie.

Otrzymane opinie ekspertów wskazują, że niepełnosprawność jest poważnym problemem zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym, jak i ogólnospołecznym. Niepełnosprawność ma wpływ na rozwój jednostki i jakość jej życia, 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.

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, 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. 2022 poz. 2561 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.5.2023 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kobylnica w wieku 60 lat i więcej na lata 2024- 2025”, data ukończenia marzec 2023. 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 38/2023 z dnia 20 marca 2023 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kobylnica w wieku 60 lat i więcej na lata 2024-2025”.