



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Zmiana technologii medycznych w zakresie rehabilitacji pediatrycznej

Wybrane propozycje stanowią element dokumentu
„Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji
lecniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce”

Opracowanie analityczne AOTMiT

Nr: AOTMiT-WS.431.6.2019

Data ukończenia: 5 września 2019 r.

KARTA NIEJAWNOŚCI

Dane zakreślone **kolorem żółtym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorcy (nazwa wnioskodawcy).

Zakres wyłączenia jawności: dane objęte oświadczeniem (nazwa wnioskodawcy) o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1330 z późn. zm.) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2018 r., poz. 419 z późn. zm.).

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: (nazwa wnioskodawcy).

Dane zakreślone **kolorem czarnym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorców (nazwy przedsiębiorców innych niż wnioskodawca).

Zakres wyłączenia jawności: dane objęte oświadczeniem (nazwa przedsiębiorców innych niż wnioskodawca) o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1330 z późn. zm.) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2018 r., poz. 419 z późn. zm.).

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: (nazwy przedsiębiorców innych niż wnioskodawca).

Dane zakreślone **kolorem czerwonym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na prywatność osoby fizycznej.

Zakres wyłączenia jawności: dane osobowe.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1330 z późn. zm.) w zw. z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L. z 2016 r. 119.1).

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: osoba fizyczna.

Spis treści

Podstawowe informacje o zleceniu	5
Wykaz wybranych skrótów.....	6
1 Streszczenie wykonawcze	8
2 Przedmiot i historia zlecenia	26
3 Problem decyzyjny	29
3.1 Problem zdrowotny	29
3.1.1 Charakterystyka pacjentów.....	29
3.1.2 Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w ramach rehabilitacji pulmonologicznej stacjonarnej	45
3.1.3 Analiza migracji pacjentów	50
3.1.4 Analiza pod względem profilu komórek organizacyjnych, gdzie udzielane są świadczenia rehabilitacyjne dla dzieci.....	58
3.2 Oceniane technologie medyczne	61
3.3 Rekomendacje i wytyczne kliniczne	69
3.3.1 Opis metodyki	69
3.3.2 Opracowane wytyczne.....	69
3.3.3 Podsumowanie	92
3.3.4 Ograniczenia analizy.....	95
3.4 Charakterystyka rehabilitacji pediatrycznej w systemie ochrony zdrowia w Polsce - stan obecny	96
3.4.1 Regulacje formalno-prawne	96
3.4.2 Aspekt prawny zapewnienia opieki nad dzieckiem w trakcie rehabilitacji	116
3.5 Projekty świadczeń	117
3.5.1 Poziom opieki stacjonarnej – kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna	118
3.5.2 Poziom opieki dzienny – kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna	121
3.5.3 Poziom opieki ambulatoryjnej – fizjoterapia ambulatoryjna	122
3.5.4 Poziom opieki domowej – fizjoterapia w warunkach domowych.....	123
3.5.5 Świadczenia dodatkowe	123
3.5.6 Podsumowanie założeń projektowanych świadczeń	124
3.5.7 Rozszerzenie informacji w zakresie projektów świadczeń rehabilitacji pulmonologicznej.....	125
4 Analiza skuteczności i bezpieczeństwa – przegląd dowodów naukowych	130
4.1 Opis metodyki.....	130
4.2 Charakterystyka i wyniki publikacji włączonych do Analizy Klinicznej	131
4.2.1 Subpopulacja neurologiczna	131
4.2.2 Subpopulacja ortopedyczna	135
4.2.3 Subpopulacja kardiologiczna	139
4.2.4 Subpopulacja pulmonologiczna	141

4.2.5	Brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju	143
4.2.6	Pozostałe subpopulacje	150
4.3	Ograniczenia.....	157
4.4	Podsumowanie	157
4.5	Zestawienie tabelaryczne	160
4.6	Skale i inne narzędzia pomiarowe.....	167
4.6.1	Skale uwzględnione w proponowanych świadczeniach jako kryteria kwalifikacji	167
4.6.2	Skale wskazane we włączonych do analizy skuteczności publikacjach	171
4.6.3	Podsumowanie	173
5	Analiza ekonomiczna	176
6	Opinie ekspertów w sprawie zasadności zmiany technologii medycznych w zakresie rehabilitacji leczniczej	178
7	Ocena skutków regulacji	198
8	Załączniki	204
8.1	Strategie wyszukiwania publikacji	204
8.2	Diagram selekcji badań	212
8.3	Kryteria wykluczenia publikacji	212
8.4	Wykaz publikacji	212
	Spis załączników	214
	Spis tabel	214
	Spis wykresów	216
	Spis rysunków	216

Podstawowe informacje o zleceniu

Data wpłynięcia zlecenia do AOTMiT (RRRR-MM-DD) i znak pisma zlecającego

2018-05-08

MZ-ASG.4084.28.2018.IJ

Pełna nazwa świadczenia opieki zdrowotnej (z pisma zlecającego)

Ocena zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji leczniczej.

Przedmiotowe zlecenie jest uzupełnieniem zlecenia znak: 744871 z dnia 15 listopada 2016 r. W związku z przesłanymi propozycjami zmian w opisach świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, zmianie ulegają poszczególne świadczenia i technologie medyczne zawarte w tych świadczeniach. Wobec czego zasadnym jest przedstawienie rekomendacji Prezesa Agencji w przedmiotowej sprawie.

Zlecenie MZ znak: 744871 z dnia 15 listopada 2016 obejmuje:

Zaproponowanie, w procesie konsultacji z gronem interesariuszy systemu ochrony zdrowia, odpowiednich rozwiązań w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej, mających na celu poprawę dostępności do przedmiotowych świadczeń.

Zwrócenie szczególnej uwagi na kryteria kwalifikacji pacjenta, opracowanie oraz szczegółową weryfikację zakresu pod kątem interwencji udzielanych pacjentom oraz warunków realizacji świadczeń rehabilitacji leczniczej.

Typ zlecenia:

- zakwalifikowanie jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji (art. 31 c ustawy o świadczeniach)
- usunięcie świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego (art. 31 e-f ustawy o świadczeniach)
- zmiana technologii medycznych (art. 31 e-h ustawy o świadczeniach)
- realizacja innych zadań zleconych przez Ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31 n pkt 5 ustawy o świadczeniach)

Zlecenie dotyczy świadczenia gwarantowanego z zakresu:

- podstawowej opieki zdrowotnej
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
- leczenia szpitalnego
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
- rehabilitacji leczniczej
- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
- leczenia stomatologicznego
- lecznictwa uzdrowiskowego
- ratownictwa medycznego
- opieki paliatywnej i hospicyjnej
- świadczeń wysokospecjalistycznych
- programów zdrowotnych

Wykaz wybranych skrótów

6MWT	Sześciominutowy test marszowy (ang. 6-minute walk test)
AAT	Aachener Aphasia Test
ADL	Czynności dnia codziennego (ang. Activities of Daily Living Scale)
Agencja / AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
ASIA	American Spinal Injury Association
ATR	Kąt rotacji tułowia
CAL	Dziennik Aktywności Komunikacyjnej (ang. Communicative Activity Log)
CBCL	Skala internalizacji (ang. The internalising subscale of the Child Behavior Checklist)
CCT	Kontrolowane badanie kliniczne (ang. Controlled Clinical Trial)
CG	Grupa kontrolna (ang. control group)
CI	Przedział ufności (ang. Confidence interval)
CIAT	Terapia afazji indukowanej ograniczeniami (ang. Constraint-induced aphasia therapy)
CLAHRC	Collaborations for Leadership in Applied Health Research and Care
CTG	Grupa leczona konwencjonalnie za pomocą komunikacji (ang. conventional communication treatment group)
EADL	rozszerzone czynności życia codziennego (ang. Extended Activities of Daily Living)
EBM	Evidence-Based Medicine – Medycyna Oparta na Faktach
F4S	Fee for service
FEV₁	Natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa
FIM	Pomiar Niezależności Funkcjonalnej (ang. The Functional Independence Measure)
GMFCS	Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy
GMFM	Skala funkcjonalna motoryki dużej (ang. Gross Motor Function Measure)
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression version
HAMD	Hamilton Depression Rating Scale
HRQOL	jakość życia związana ze zdrowiem pacjenta (ang. Health-Related Quality of Life)
I	Interwencja
I²	Test statystyczny I ²
ICD	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang. International Classification of Diseases)
ICD-10	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
ICD-9	Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych
ICF	Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ang. International Classification of Functioning, Disability and Health)
IQR	rozstęp ćwiartkowy (ang. Interquartile Range)
JGP	Jednorodne Grupy Pacjentów
K	Kobiety
K	Komparator
KIF	Krajowa Izba Fizjoterapeutów
Lekarz rehabilitacji	Lekarz specjalista lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub dziedzinach pokrewnych uprawniony do realizacji świadczeń gwarantowanych w rehabilitacji leczniczej
LSVT	Lee Silverman Voice Treatment

M	Średnia arytmetyczna (ang. Mean)
M	Mężczyźni
MD	Średnia ważona różnic (ang. Mean difference)
Me	Mediana
MMSE	Mini Mental State Examination
MVC	Maksymalny mimowolny skurcz
MZ	Ministerstwo Zdrowia
n.s.	Nieistotny statystycznie
NeADL	rozszerzona skala czynności życia codziennego Nottingham (ang. Nottingham Extended Activities of Daily Living)
NFDS	Neurological Function Deficit Scale
NFZ, Fundusz	Narodowy Fundusz Zdrowia
NHS	National Health Service
NIHR	National Institute for Health Research
NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale
nRCT	Kliniczne badanie nierandomizowane (ang. Non-randomized controlled trial)
PK	Punkt końcowy/Punkty końcowe
POF	Podstawowa Opieka Fizjoterapeutyczna
RCT	Randomizowane badanie kliniczne (ang. Randomized controlled trial)
Rozporządzenie w sprawie rehabilitacji leczniczej	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz.465), wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach
SAS	Self-rating Anxiety Scale
SD	Odchylenie standardowe (ang. Standard deviation)
SDS	Self-Rating Depression Scale
SMD	Standaryzowana średnia różnic (ang. Standardized mean difference)
TBI	Urazowe uszkodzenie mózgu (ang. Traumatic Brain Injury)
UK	Wielka Brytania
Ustawa o świadczeniach	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz.1510, z późn. zm.)
Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty	Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2018 r. poz. 500, z późn.zm.)
Ustawa o zawodzie lekarza	Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, z późn.zm.)
VO_{2max}	Pułap tlenowy
VO_{2peak}	Szczytowe zużycie tlenu
WDI	Wakefield Self-assessment of Depression Inventory
Zarządzenie Prezesa NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza	Zarządzenie Nr 42/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, ze zm.

1 Streszczenie wykonawcze

Proponowane w niniejszym opracowaniu projekty świadczeń w zakresie rehabilitacji pediatryczna (zdefiniowane poprzez technologie medyczne) stanowią integralny element „*Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w Polsce*”.

PRZEDMIOT ZLECENIA

Przedmiot niniejszego opracowania stanowią świadczenia w zakresie rehabilitacji pediatrycznej zaprojektowane zgodnie z wyodrębnionymi kryteriami **segmentacji grup pacjentów** (a zarazem kryteria konstrukcji „nowego” pakietu gwarantowanych świadczeń zdrowotnych). Wśród kryteriów wyróżniono:

- kryterium parametryzujące świadczenia – ze względu na stopień upośledzenia funkcji (stanu funkcjonalnego) oraz potencjał rehabilitacyjny pacjenta wyspecyfikowano cztery podstawowe kategorie parametrów świadczeń: (1) intensywność, (2) częstotliwość (systematyczność), (3) wczesności oraz (4) czas trwania terapii, wyodrębniając dwa typy świadczeń: podstawowe i kompleksowe,
- kryterium kwalifikacyjne – zdefiniowanie *explicite* warunków kwalifikacji do udzielenia świadczeń w ramach różnych poziomów opieki rehabilitacyjnej (opieki stacjonarnej oraz ośrodka/oddziału dziennego). Zdefiniowanie kryteriów kwalifikacji zostało oparte m.in. o skale medyczne służące do oceny stanu klinicznego i funkcjonalnego pacjenta,
- kryterium zakresu gwarantowanych świadczeń uwzględniające specyfikę świadczeń rehabilitacyjnych - opracowanie profili interwencji realizowanych w ramach poszczególnych świadczeń,
- kryterium specyfikacji warunków komórek organizacyjnych poszczególnych poziomów opieki – specyfikacja warunków miejsc realizacji świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej (podstawowych/kompleksowych), stanowiąca pochodną ich parametryzacji i kategoryzacji.

PROBLEM DECYZYJNY

Zmiana technologii medycznych w zakresie rehabilitacji pediatrycznej polega na wyodrębnieniu projektów świadczeń poprzez:

- a) zdefiniowanie profilu pacjenta za pomocą kryteriów kwalifikacji,
- b) zdefiniowaniu profili i rodzaju interwencji,
- c) dobór profili i rodzajów interwencji do poziomów opieki (miejsc udzielania świadczeń),
- d) wydzielenie odrębnego zakresu w ramach rehabilitacji leczniczej dedykowanego dzieciom.

Należy zwrócić szczególną uwagę na fakt, że dotychczas rehabilitacja dzieci nie stanowiła oddzielnego zakresu rehabilitacji leczniczej. Dzieci na równi z dorosłymi korzystają ze wszystkich zakresów świadczeń rehabilitacyjnych jedynym wyjątkiem jest Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym, dedykowana dzieciom, natomiast na poziomie produktów rozliczeniowych z zakresu rehabilitacja neurologiczna funkcjonują 3 produkty rozliczeniowe Rehabilitacja neurologiczna dziecięca kategoria I, kategoria II oraz kategoria III w dwóch wariantach miejsca udzielania tych świadczeń tj. w szpitalu oraz w zakładzie rehabilitacji leczniczej¹. Co więcej tylko Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym musi być realizowana w jednostce organizacyjnej dedykowanej dzieciom ww. produkty neurologiczne już nie.

W praktyce, o ile świadczeniodawcy udzielają świadczenia rehabilitacyjne w jednostce organizacyjnej, która zgodnie z systemem resortowych kodów identyfikacyjnych jest dedykowana dzieciom, świadczenia udzielane są pacjentom w wieku 0-18 lat, bez względu na to czy dane produkty rozliczeniowe są dedykowane dzieciom, czy mają charakter uniwersalny (tj. mogą korzystać z nich dorośli i dzieci).

¹ Nie uwzględniono tu świadczeń z grupy Leczenie dzieci ze śpiączką, Rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy oraz Rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku.

Zważywszy na powyższe szereg dzieci nawet z młodszych grup wiekowych korzysta ze świadczeń rehabilitacyjnych w jednostkach organizacyjnych, które nie są sprofilowane na udzielanie świadczeń dzieciom.

W podejściu wypracowanym w ramach realizacji niniejszego zlecenia zaproponowano połączenie świadczeń rehabilitacyjnych udzielanych dzieciom w jeden większy zakres. Świadczenia te miałyby swoją specyfikę skierowaną do pacjentów w wieku 0-18 lat oraz miałyby być realizowane w jednostkach organizacyjnych dedykowanych dzieciom.

Dla rehabilitacji pediatrycznej zgodnie z koncepcją zmian wypracowanych przez Agencję zaproponowano szereg nowych świadczeń znacznie różniących się od obecnych. Dla zobrazowania szerszego kontekstu wypracowanego podejścia poniżej przedstawione zostały obecnie stosowane zakresy świadczeń rehabilitacyjnych, z informacją które z nich migrują do nowych świadczeń rehabilitacji pediatrycznej.

Poziom opieki	Zakres kontraktowy	Czy świadczenia zostały ujęte w rehabilitacji pediatrycznej?
Ambulatoryjna	Fizjoterapia ambulatoryjna	Tak <i>Świadczenie dzieli się na pulmonologiczne i pozostałe</i>
	Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna	Odrębny zakres
Domowa	Fizjoterapia domowa	Tak <i>Świadczenie profiluje się na pulmonologiczne</i>
Dzienna	Rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/oddziale dziennym	Nie <i>Świadczenie ulega likwidacji</i>
	Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym	Tak
	Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym	Częściowo <i>Rehabilitacja konsekwencji zabiegów kardiologicznych</i>
	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym	Tak
	Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy	Odrębny zakres
	Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku	Odrębny zakres
Stacjonarna	Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych	Częściowo <i>Rehabilitacja konsekwencji zabiegów kardiologicznych</i>
	Rehabilitacja neurologiczna	Tak
	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	Tak
	Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	Nie <i>Świadczenie ulega likwidacji</i>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Poziom opieki	Dotychczasowy zakres kontraktowy	Nowe świadczenie
Ambulatoryjna	Fizjoterapia ambulatoryjna	Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych z chorobami układu oddechowego
Domowa	Fizjoterapia domowa	Fizjoterapia domowa pediatryczna
Dzienna	Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym	Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 0-3 lata
	Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym	Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 4-18 lat
	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym	
Stacjonarna	Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego
	Rehabilitacja neurologiczna	Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu
	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 0-3 lata Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 4-18 lat

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

POPULACJA DOCELOWA

Populacja docelowa w rehabilitacji pediatrycznej może być zdefiniowana poprzez 3 podstawowe profile pacjentów, którym odpowiadają różnego rodzaju zaburzenia funkcjonalne i świadczenia zaproponowane w ramach prac Agencji. Oczywiście możliwe jest występowanie mieszanych wariantów tych podstawowych profili pacjenta.

Profil pacjenta	Proponowane świadczenia
Pacjent z zaburzeniami funkcjonalnymi na poziomie OUN	Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego
Pacjent z zaburzeniami funkcjonalnymi układu ruchu	Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu

Profil pacjenta	Proponowane świadczenia
Pacjenci z zaburzeniami mieszanymi o mniejszym natężeniu	Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 0-3 lata Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 4-18 lat
Pacjent z zaburzeniami układu oddechowego	Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych z chorobami układu oddechowego Fizjoterapia domowa dla pacjentów pediatrycznych

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

ZIDENTYFIKOWANE PROBLEMY W RAMACH REHABILITACJI PEDIATRYCZNEJ I PROPONOWANE SPOSOBY ICH ROZWIĄZANIA

1. Długie czasy oczekiwania na uzyskanie świadczeń rehabilitacyjnych.

Nie dysponujemy pełną statystyką czasów oczekiwania na uzyskanie świadczenia w przypadku pacjentów w wieku 0-18 lat. Wynika to faktu, że dane o kolejkach są sprawozdawane z poziomu jednostek organizacyjnych, a nie grup wiekowych, czy też rozpoznań pacjentów. W związku z powyższym nasze informacje o kolejkach pacjentów w wieku 0-18 lat pochodzą ze sprawozdawczości z oddziałów pediatrycznych. Trzeba jednak pamiętać, że część dzieci jest dzisiaj rehabilitowana razem z dorosłymi. Kolejki do tych jednostek organizacyjnych, które udzielają świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji wyłącznie dzieciom są mniejsze niż w pozostałych jednostkach organizacyjnych jednakże mimo wszystko są one zbyt długie by zagwarantować dzieciom potrzebującym rehabilitacji leczniczej odpowiednio szybkiego dostępu do tych świadczeń. Niepojęte są długie średnie ważone czasy oczekiwania na przyjęcie na oddziały stacjonarne dla przypadku pilnego wahające się w 2019 roku od 112 do 67 dni. Szczególnie niepokojące są średnie ważone długości oczekiwania na przyjęcie w przypadku rehabilitacji neurologicznej aż 67 dla przypadku pilnego i 112 dni dla przypadku stabilnego (szczegółowa analiza kolejek znajduje się w dalszej części opracowania).

Rozwiązanie: W proponowanej koncepcji zdefiniowano obiektywne i przejrzyste kryteria kwalifikacji pacjentów na oddziały rehabilitacji, eliminując w ten sposób zjawisko przyjmowania pacjentów, którzy nie muszą być hospitalizowani.

2. Między poszczególnymi województwami istnieją duże dysproporcje w dostępie do świadczeń rehabilitacji pediatrycznej.

Problem ten uwidacznia się poprzez duże różnice pomiędzy średnim ważonym czasem oczekiwania na przyjęcie na oddział rehabilitacji neurologicznej dla przypadków pilnych w różnych województwach od 29 dni w Mazowieckim OW NFZ do 76 dnia w Śląskim OW NFZ oraz **istotne różnice w poziomie zaspokojenia potrzeb pacjentów w zakresie leczenia stacjonarnego w obrębie województwa swojego miejsca zamieszkania (zaledwie 25% pacjentów pediatrycznych z województwa zachodniopomorskiego ma w tym samym województwie realizowaną rehabilitację stacjonarną vs. 96% z województwa śląskiego).**

Rozwiązanie: Wymaga analizy i podjęcia działań dotyczących geograficznej lokalizacji oddziałów rehabilitacji oraz innych potencjalnych przyczyn tego stanu rzeczy np.: analizy ewentualnych różnic w podejściu do kierowania pacjentów na rehabilitację leczniczą, która to wykracza poza ramy projektu realizowanego przez Agencję.

3. Ze względu na brak precyzyjnych kryteriów włączenia pacjenta na rehabilitację oraz stosunkowo niską wycenę świadczeń częstym zjawiskiem jest preferowanie przez świadczeniodawców pacjentów lżejszych, a unikanie przyjmowania pacjentów cięższych.

Rozwiązanie: W ramach proponowanych rozwiązań ustalono precyzyjne kryteria włączenia pacjenta, umożliwiające rehabilitację stacjonarną tylko pacjentom wymagającym rehabilitacji w warunkach stacjonarnych.

4. Brak precyzyjnych / aktualnych wymagań sprzętowych, lokalowych czy też dotyczących kwalifikacji istotnych członków zespołu rehabilitacyjnego wywiera negatywny wpływ, na jakość i skuteczność rehabilitacji.

Rozwiązanie: Ustalono precyzyjne kryteria sprzętowe, lokalowe czy też dotyczące kwalifikacji członków zespołu rehabilitacyjnego.

5. Rehabilitacja pulmonologiczna pacjentów w wieku 0-18 lat jest dzisiaj realizowana w niewłaściwej formie jak i obejmuje niewłaściwych pacjentów (nieodpowiednie rozpoznania), przy równoczesnej dużej skali niezaspokojonych potrzeb na tę rehabilitację.

Rozwiązanie: Przygotowano świadczenia rehabilitacji pulmonoogicznej pediatrycznej z precyzyjnymi kryteriami kwalifikacji.

6. Nie jest należycie brany pod uwagę aspekt konieczności zapewnienia przez świadczeniodawcę opieki nad niepełnoletnim pacjentem przebywającym w szpitalu czy też, na oddziale rehabilitacji dziennej, co niejednokrotnie skutkuje ograniczeniem dostępności do świadczeń tych dzieci, których rodzice nie są w stanie przebywać w szpitalu z dziećmi.

Rozwiązanie: Wyodrębniono opiekunów medycznych jako obowiązkową grupę zawodową w placówkach stacjonarnych i dziennych.

7. Przechodzenie pacjentów przewlekle chorych i wymagających stałej opieki z obszaru rehabilitacji pediatrycznej do obszaru rehabilitacji dla dorosłych, gdzie często nie mają oni możliwości właściwej opieki specjalistycznej wymaga dopracowania. Dzisiaj na zasadzie indywidualnych zgód Dyrektorów OW NFZ pacjenci powyżej 18 r.ż. korzystają z rehabilitacji skierowanej dla dzieci

Rozwiązanie: Wykracza poza ramy rehabilitacji pediatrycznej. Stworzenie możliwości w ograniczonym zakresie – konsultacji takich pacjentów przez ośrodki rehabilitacji pediatrycznej przez okres kilku lat po ukończeniu 18 r.ż. wydaje się, że byłoby korzystnym rozwiązaniem.

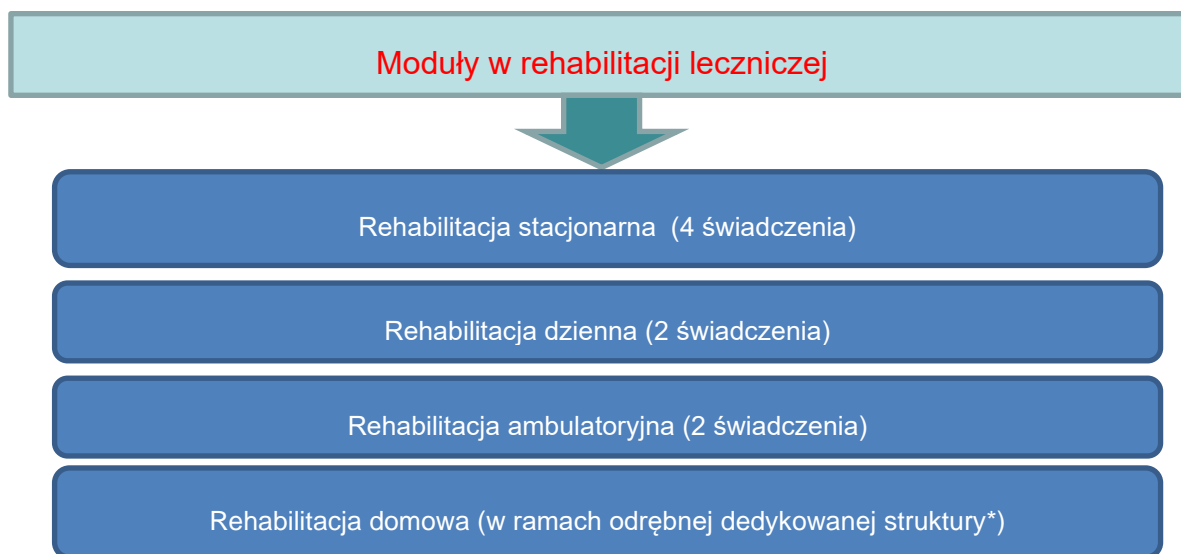
MODUŁOWOŚĆ ROZWIĄZANIA

Ważnym elementem zaproponowanego rozwiązania jest budowa systemu rehabilitacji z powtarzalnych adekwatnych do różnych poziomów opieki, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb rehabilitacyjnych pacjentów w ramach różnych dziedzin rehabilitacji.

Moduły stanowią stały dla całego systemu rehabilitacji leczniczej element przypisany do poziomu opieki, zawierający przynależne do nich minimalne zasoby ludzkie i lokalowe. W poszczególnych dziedzinach rehabilitacji: neurologicznej, kardiologicznej, pulmonologicznej, ogólnoustrojowej, pediatrycznej:

- opisy zasobów świadczeniodawców, dodatkowo są uzupełniane pod kątem specyfiki udzielanych świadczeń np. w rehabilitacji pacjentów pediatrycznych o personel realizujący interwencje logopedyczne, czy też wymóg, że personel ma być przygotowany do pracy z dziećmi
- wskazane moduły, w ramach których będą realizowane świadczenia,

W rehabilitacji pediatrycznej dedykowane są cztery moduły rehabilitacji: stacjonarny, dzienny, ambulatoryjny i domowy (w ramach odrębnego zakresu dedykowanego tej rehabilitacji).



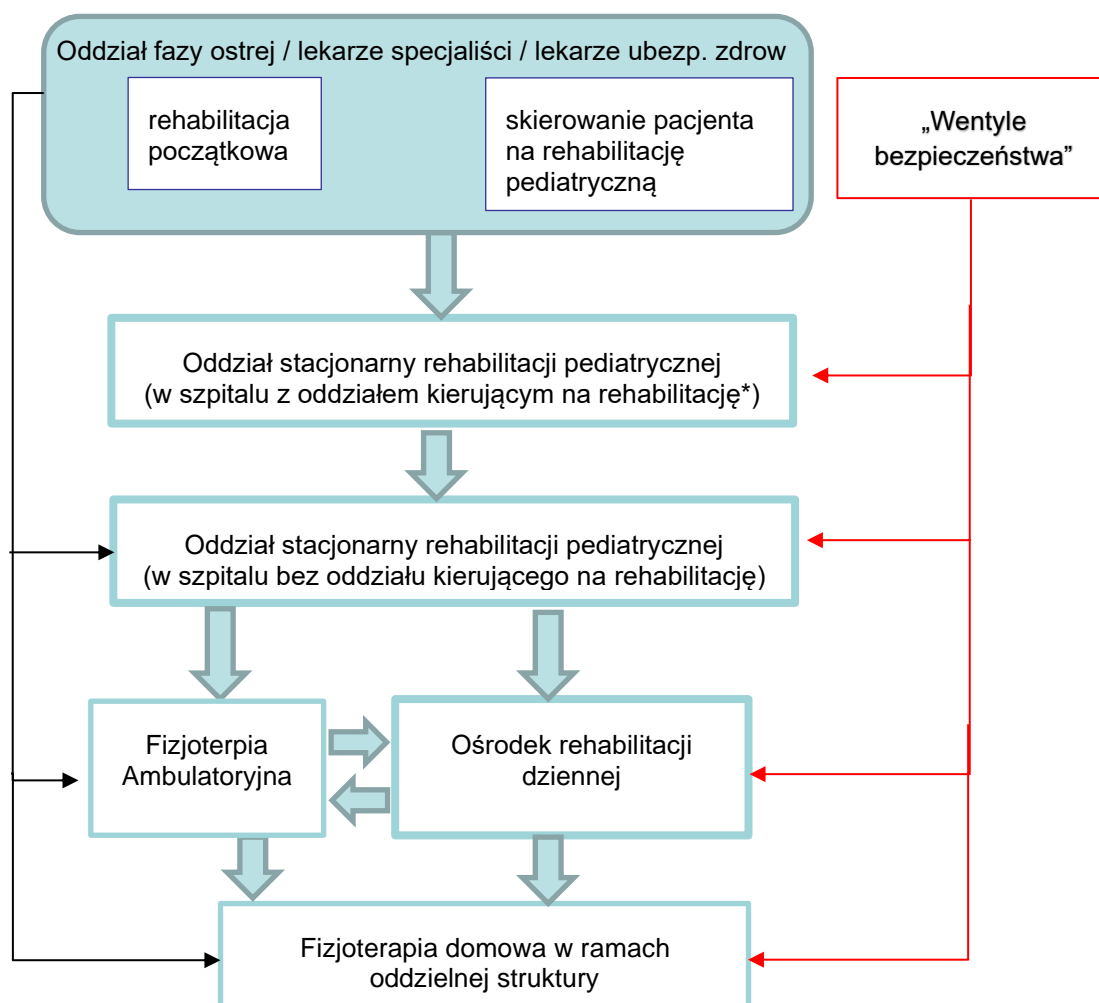
*Źródło: Opracowanie własne AOTMiT I * nie w ramach POF tylko odrębnej struktury*

Cechą charakterystyczną podejścia modułowego w rehabilitacji pediatrycznej jest również:

- 1) Wskazanie minimalnych wymogów dotyczących personelu:
 - a) odejście od etatowości personelu – to kierownik oddziału kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej stacjonarnej lub dziennej – jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną,
 - b) wskazanie niezbędnych umiejętności do realizacji świadczeń zarówno podstawowych jak i ewentualnych dodatkowych np.: w rehabilitacji pediatrycznej fizjoterapeuta – musi posiadać umiejętność pracy z dziećmi potwierdzone stażem pracy.
- 2) Wskazanie minimalnej liczby i czasu trwania interwencji terapeutycznych, z zastrzeżeniem, że dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – tj. czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej) i być sprawozdane do NFZ.
- 3) Wskazanie minimalnych wymogów dotyczących warunków realizacji świadczeń - dodatkowe warunki wymagane w miejscu: stanowisko intensywnego nadzoru, możliwość rehabilitacji pacjenta z zaburzeniami rytmu serca czy też wkluciem centralnym, a dla wybranych oddziałów respirator, możliwość prowadzenia pacjentów z rurką tracheostomijną czy też warunki do rehbailitacji pacjenta zakażonego szczepami bakterii lekoopornych.
- 4) Określenie precyzyjnych kryteriów kwalifikacji do poszczególnych modułów rehabilitacji uwzględniających specyfikę poszczególnych dziedzin rehabilitacji oraz ustalenie elastycznych zasad przyjęcia pacjentów niespełniających tych kryteriów, ale których stan kliniczny lub funkcjonalny stanowi wskazanie do danej formy rehabilitacji (zakłada się, że możliwość odstępstwa od ogólnych zasad zakwalifikowania do świadczeń będzie miał lekarz oddziału kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej stacjonarnej lub dziennej co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej oraz sprawozdawane do NFZ).

5) Określenie wskaźników jakości opieki i skuteczności terapii.

Poniżej został przedstawiony uproszczony schemat organizacyjny rehabilitacji pediatrycznej



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT | * oddział kierujący / oddział jednoimienny z problemem zdrowotnym będącym powodem rehabilitacji

IMPLEMENTACJA UWAG Z OPINII RADY PRZEJRZYSTOŚCI NR 273/2019 Z DNIA 26 SIERPNI 2019 R.

Opinia Rady Przejrzystości nr 273/2019 z dnia 26 sierpnia 2019 roku w sprawie oceny wystarczalności zakresu zgromadzonych materiałów analitycznych do wydania stanowiska dotyczącego zmiany technologii medycznych w zakresie rehabilitacji pediatrycznej oraz zgłoszone uwagi Członków Rady stała się podstawą do intensywnych prac modyfikujących pierwotną koncepcję rehabilitacji pediatrycznej.

- We współpracy z ekspertem współpracującym z Agencją zmodyfikowano świadczenie rehabilitacji domowej tak by obejmowało ono nie tylko pacjentów cierpiących na choroby układu oddechowego, ale także inne choroby. Dopracowano także listę wskazań do rehabilitacji domowej w jej części pulmonologicznej,
- Dopracowano opisy świadczeń rehabilitacji pediatrycznej i zestawiono je z informacjami na temat definiowanych różnym przepisami² dostępnymi obecnie świadczeń rehabilitacji, z której korzystają dzieci (zostało to ujęte w załączniku),

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1372, z późn. zm.)

- Zastosowano zasadę, że jeżeli pacjent w wieku 0-18 lat nocuje (świadczenia stacjonarne) to powinien być oddzielony od pacjentów dorosłych, natomiast w innych przypadkach po spełnieniu wymagań specyficznych dla pacjentów pediatrycznych pacjenci pediatryczni i dorośli mogą być rehabilitowani w tych samych komórkach organizacyjnych,
- Utrzymano zaproponowane przez Agencję włączenie opiekuna medycznego do zespołu realizującego świadczenie.

WPROWADZENIE DO WYNIKÓW PRZEGLĄDU REKOMENDACJI I WYTYCZNYCH KLINICZNYCH ORAZ WYNIKÓW SKUTECZNOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA INTERWENCJI

W wyniku przeprowadzonego wyszukiwania odnaleziono niewielką liczbę opracowań wtórnych (n=13), opisujących skuteczność stosowania pojedynczych interwencji lub grup interwencji rehabilitacyjnych (np. ćwiczenia fizyczne, bez określenia typu) mogących stanowić część schematu terapii rehabilitacyjnej.

Na podstawie przeprowadzonych wyszukiwań dowodów naukowych w obszarze rehabilitacji pediatrycznej stwierdzono ograniczoną dostępność opracowań wtórnych i badań pierwotnych z grupą kontrolną, gdzie grupę kontrolną stanowi nieaktywny komparator (rozdział 4).

Jednocześnie, odnalezione i włączone do niniejszego opracowania analityczne wytyczne praktyki klinicznej w dużym stopniu opierają rekomendacje na konsensusie eksperckim (rozdział 3.3), co wiąże się z niskim poziomem jakości dowodów. Wyżej wspomniane uwagi są zgodne z artykułem przeglądowym opracowanym przez *European Paediatric Association* (Kerbl 2016) dotyczącym habilitacji i rehabilitacji pacjentów pediatrycznych, w którym w ramach konkluzji podkreślono ograniczoną dostępność dowodów naukowych w rehabilitacji pediatrycznej.

WYNIKI PRZEGLĄDU REKOMENDACJI I WYTYCZNYCH KLINICZNYCH

W dniach 10.08.19 r. – 12.08.19 r. przeszukano strony Trip Medical Database oraz Google w celu odnalezienia aktualnych wytycznych praktyki klinicznej dotyczących rehabilitacji pediatrycznej we wskazaniach:

- mózgowie porażenie dziecięce,
- brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego,
- autyzm i zaburzenia ze spektrum autyzmu,
- skolioza i inne wady postawy,
- mukowiscydoza,
- śpiączka i urazy czaszkowo-mózgowe, śpiączka – stan po wybudzeniu,
- oparzenia i odmrożenia.

W przypadku nie odnalezienia wytycznych dotyczących całości powyższych populacji uwzględniano wytyczne odnoszące się do ich podzbiorów.

Odnaleziono 78 dokumentów wytycznych. Spośród istotnych wytycznych dla każdej z powyższych sytuacji klinicznych (lub ich podzbiorów) wybrano najnowsze przy zastosowaniu kryterium jakości (ocena przy użyciu narzędzia AGREE II). Do analizy zostały włączone dokumenty o najwyższej jakości w danej populacji, oraz w przypadku nie spełnienia kryterium metodologicznego te które przedstawiały szczególną wartość merytoryczną.

Ogółem do opracowania włączono 13 rekomendacji z lat 2011-2019. Z uwagi na specyfikę populacji pediatrycznej stwierdzono ograniczony dostęp do zaleceń opartych na dowodach o wysokiej sile. Większość zidentyfikowanych zaleceń oparta została na konsensusie eksperckim lub dowodach niskiej jakości.

1. Mózgowe porażenie dziecięce

W przypadku mózgowego porażenia dziecięcego istotne jest zapewnienie indywidualnej, kompleksowej opieki medycznej, uwzględniającej stan funkcjonalny pacjenta (NSW Ministry of Health 2018, SINPIA -SIMFER 2016, NICE 2017). Celem usprawniania pacjenta z MPD jest maksymalne pobudzenie rozwoju. Program rehabilitacji i fizjoterapii pacjenta powinien być realizowany w każdym środowisku pacjenta, tj.: domu, szkole, ośrodkach rekreacyjnych oraz specjalistycznych ośrodkach opieki. Działania te mają na celu ułatwienie pełnej integracji z życiem w społeczeństwie, choć nie zawsze są to interwencje będące elementem procesu leczenia. Ponadto istotną rolę odgrywa opieka i wsparcie rodziny pacjenta (NSW Ministry of Health 2018, SINPIA -SIMFER 2016). Opiekę nad dzieckiem CP powinien sprawować multidyscyplinarny zespół w skład którego wchodzi m. in.:

fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, logopeda, dietetyk, psycholog, ortopeda, okulista, neuropsychiatra, pedagog czy psycholog. Dzieci z mózgowym porażeniem, będące w wieku przedszkolnym i szkolnym, powinny mieć wsparcie dydaktyczne (NICE 2017, SINPIA -SIMFER 2016). Wśród zalecanych interwencji odnalezionych wśród wytycznych są: terapia wymuszonego ruchu – (Constraint Induced Movement Therapy - CIMT), terapia bimanulana (Bimanual Therapy), trening: chodu, na bieżni, komunikacyjny, sprawnościowy (fitness training), biofeedback, hydroterapia, masaż, terapia neurorozwojowa, integracja sensoryczna, terapia z zastosowaniem kombinezonów, metoda Vojty, terapia z udziałem zwierząt (Animal-Assisted Therapy – AAT) (NSW Ministry of Health 2018), interwencje dietetyczne (NICE 2017), terapia ruchowa (NICE 2017, SINPIA -SIMFER 2016). Ocena stanu funkcjonalnego pacjenta powinna być prowadzona regularnie za pomocą Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) (NSW Ministry of Health 2018, SINPIA -SIMFER 2016). Żadne z wytycznych, pomimo wskazania dowodów naukowych, nie zawierają rekomendacji z określoną siłą zaleceń.

2. Rehabilitacja oddechowa

Dzieci z mukowiscydozą:

Zalecenia ogólne:

- Fizjoterapeuci powinni stosować najlepsze klinicznie środki oceny punktów końcowych, aby ocenić skuteczność technik klirensu dróg oddechowych w indywidualnych przypadkach (QoE - wysokie).
- Przeciwwskazania do badania zostaną ocenione przed każdą sesją testową (QoE - wysokie).
- Po potwierdzeniu diagnozy wszystkie rodziny z nowo zdiagnozowanymi niemowlętami z mukowiscydozą powinny zostać skierowane na fizjoterapię. Początkowe zajęcia z fizjoterapii powinny zawsze być prowadzone przez fizjoterapeutę specjalizującego się w postępowaniu w mukowiscydozie. [siła rekomendacji: C]
- Niemowlę powinno być poddawane regularnej ocenie przez fizjoterapeutę z doświadczeniem w opiece nad dziećmi z mukowiscydozą. Niezbędna jest łatwo dostępna usługa fizjoterapii w celu oceny, porady i wsparcia. Bezpośrednie numery kontaktowe do fizjoterapeuty powinny być dostępne dla rodziców/opiekunów, zespołów multidyscyplinarnych oraz dla zespołów podstawowej opieki zdrowotnej i zespołów opieki sieciowej. [siła rekomendacji: C]
- Wszystkich rodziców / opiekunów należy nauczyć oceniać objawy przedmiotowe i podmiotowe, stosując odpowiednio narzędzie oceny układu oddechowego. [siła rekomendacji: C]
- Nawet jeśli dziecko jest „bezobjawowe”, wszyscy rodzice / opiekunowie powinni być nauczeni oceniania objawów wraz z nauczaniem odpowiedniej techniki oczyszczania dróg oddechowych [siła rekomendacji: C]
- Fizjoterapeuta nie jest zobowiązany do rutynowego inicjowania klirensu dróg oddechowych podczas diagnozy, chyba że; po diagnozie niemowlę lub dziecko ma objawy, które wymagają fizjoterapii układu oddechowego. Porady udzielane rodzicom / opiekunom co do potrzeby i częstotliwości leczenia powinny być oparte na ocenie indywidualnych okoliczności przez specjalistę fizjoterapeutę [siła rekomendacji: C]
- Należy ostrożnie rozważyć zastosowanie pochyleń głowy w dół podczas drenażu postawy, zarówno pod względem skuteczności u niemowląt ze stosunkowo małą ilością wydzieliny, jak i możliwości zaostżenia refluksu żołądkowo-przłykowego. Jeśli to konieczne, zastosowanie zmodyfikowanej fizjoterapii klatki piersiowej, pomijając przechylenie głowy w dół, może być bardziej odpowiednie. [B]

Testy wysiłkowe:

- W Wielkiej Brytanii zaleca się wykonywanie testów wysiłkowych w ramach rutynowej oceny osób z mukowiscydozą co najmniej raz w roku, ale należy je przeprowadzać również w innych okresach czasu, np. przed i po przyjęciu (QoE - wysokie).
- Zaleca się wykonywanie testów wysiłkowych w celu oceny odpowiedzi na zmiany w ogólnym postępowaniu w mukowiscydozie (np. badanie skuteczności interwencji, przed/po przyjęciu lub po modyfikacji zalecanych ćwiczeń) (QoE - wysokie).

- Testy wysiłkowe są niezbędne do monitorowania reakcji na trening ruchowy, do oceny sprawności fizycznej oraz do bezpiecznego i skutecznego przepisywania ćwiczeń (QoE - wysokie).

Dzieci z osłabieniem nerwowo-mięśniowym (NMW)

- Dzieci z nieefektywnym kaszlem (w tym dzieci powyżej 12 roku życia ze szczytowym przepływem kaszlu (*cough peak flow*) < 270L/min), zwłaszcza w przypadku epizodu pogorszenia stanu z powodu infekcji układu oddechowego, należy nauczyć technik efektywnego kaszlu (C). (BTS 2012)
- Ręczne wspomaganie kaszlu oraz metody zatrzymywania powietrza stosowane w celu osiągnięcia maksymalnej pojemności oddechowej będące skutecznymi metodami poprawiającymi efektywność kaszlu, powinny być stosowane w razie potrzeby (C). (BTS 2012)
- Techniki oscylacyjne, takie jak oscylacja ścian klatki piersiowej z dużą częstotliwością (HFCWO - *high-frequency chest wall oscillation*) i wentylacja IPV (intrapulmonary percussive ventilation), powinny być brane pod uwagę u dzieci mających trudności z odkrztuszaniem wydzielany lub mających przewlekłą niedodmę, pomimo stosowania innych technik oczyszczania dróg oddechowych (D). (BTS 2012)

3. Rehabilitacja w skoliozie i wadach postawy

Odnalezione wytyczne SOSORT zalecają wykonywanie ćwiczeń fizjoterapeutycznych swoistych dla skoliozy (Physiotherapeutic scoliosis-specific exercises - PSSE), odbywających się w warunkach ambulatoryjnych z częstotliwością od 2 do 7 dni w tygodniu, w zależności od wykorzystanych technik oraz stanu pacjenta. Ponadto wytyczne zalecają specjalną rehabilitację szpitalną (Special inpatient rehabilitation - SIR). Zastosowanie obu form uzależnione jest od wieku pacjenta i stopnia zaawansowania choroby.

Tabela 1. Schemat rodzaju zabiegów, ze stopniowaniem od najmniej do najbardziej wymagających (również pod względem obciążenia) (VB)

		Mała		Umiarkowana		Ciężka	
		min	max	min	max	min	max
Niemowlęctwo		obserwacja co 3 miesiące	obserwacja co 3 miesiące	obserwacja co 3 miesiące	TTRB	TTRB	Su
Dzieciństwo		obserwacja co 3 miesiące	PSSE	PSSE	FTRB	HTRB	Su
Okres dojrzewania	Risser 0	obserwacja co 6 miesięcy	SSB	HTRB	FTRB	TTRB	Su
	Risser 1	obserwacja co 6 miesięcy	SSB	PSSE	FTRB	FTRB	Su
	Risser 2	obserwacja co 6 miesięcy	SSB	PSSE	FTRB	FTRB	Su
	Risser 3	obserwacja co 6 miesięcy	SSB	PSSE	FTRB	FTRB	Su
	Risser 4	obserwacja co 12 miesięcy	SIR	PSSE	FTRB	FTRB	Su

PSSE - Physiotherapeutic scoliosis-specific exercises, NTRB - Nighttime rigid brace (8–12 h na dzień), SIR - Special inpatient rehabilitation, SSB - Scoliosis soft braces, HTRB - Half time rigid brace, PTRB - Part-time rigid brace (12–20 h na dzień), FTRB - Full-time rigid brace (20–24 h na dzień), Total time rigid brace, Su – operacja

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Zalecenia dotyczące PSSE, w celu zapobieganiu postępu skoliozy w trakcie wzrostu:

- PSSE zalecane są jako pierwszy krok w leczeniu skoliozy idiopatycznej, w celu zapobiegania/ograniczenia postępu deformacji i usztywnienia (IC).

- Zaleca się aby PSSE były zgodne z konsensusem SOSORT i opierały się na auto-korekcie w 3D, treningu w codziennych czynnościach (*Training in activities of daily living - ADL*), stabilizacji skorygowanej postawy i edukacji pacjenta (IIB).

Zalecenia dotyczące PSSE podczas unieruchomienia/stabilizacji i interwencji chirurgicznej:

- Zaleca się wykonywanie PSSE podczas leczenia poprzez unieruchomienie/stabilizację (IIB).
- Zaleca się, aby w trakcie wykonywania PSSE, terapeuci pracowali nad zwiększeniem podatności pacjenta na leczenie za pomocą nieruchomości/stabilizacji (IIB).
- Zaleca się, wykonywanie ćwiczeń poprawiających wydolność oddechową w okresie przedoperacyjnym (IIC).

Zalecenia dotyczące zajęć sportowych:

- Nie zaleca się, stosowania sportu jako leczenia skoliozy idiopatycznej (IIIC)
- Zaleca się, aby unikać zajęć polegających na rywalizacji i mobilizujące w znacznym stopniu kręgosłup, u pacjentów ze skoliozą o wysokim stopniu progresji (IIIC).

4. Rehabilitacja ortopedyczna

Uraz więzadła krzyżowego przedniego

- Trening nerwowo-mięśniowy ACL

Dane o umiarkowanej sile z zebranych analiz o niewielkim rozmiarze efektu (Number Needed to Treat=109) potwierdzają, że programy treningu nerwowo-mięśniowego mogą zmniejszyć urazy ACL (Siła zalecenia: umiarkowana). (AAOS 2014)

- Terapia pooperacyjna:

W przypadku pacjentów uczestniczących w pooperacyjnej rehabilitacji po rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego (ACL), dowody o umiarkowanej jakości wspierają wykorzystanie wczesnych, przyspieszonych lub nieprzyspieszonych protokołów postępowania, ponieważ dają one podobny efekt procesu rehabilitacyjnego. (Siła zalecenia: umiarkowane). (AAOS 2014)

5. Rehabilitacja neurologiczna

Dzieci po udarze dziecięcym

- W przypadku dzieci po udarze z trudnościami poznawczymi należy rozważyć stosowanie technik kompensacyjnych tj.: instrukcje upraszczające (simplifying instructions), instrukcje 1:1, pisane instrukcje zamiast werbalnego przekazu, wykorzystanie wizualnych wskazówek i harmonogramów, podział zadań na komponenty, dzielenie informacji na miejsce części, pomoc elektronicznych urządzeń (przypominania w kalendarzu alarmy, elektryczne organizery) (rekomendacje oparte na dowodach, stopień D) (VACSAC 2019)
- Trening strategiczny pomaga poprawić pamięć (pamięć krótkotrwała i opóźnione przypomnienie) po udarze dziecięcym. (rekomendacja oparta na dowodach, stopień D) (VACSAC 2019)

Dzieci z TBI (urazowe uszkodzenie mózgu)

- Dzieci z ciężkim TBI wykazują najgorsze umiejętności językowe (umiarkowane lub wysokie ryzyko błędu statystycznego). Logopedzi powinni monitorować dzieci z ciężkim TBI pod kątem niedoborów językowych. (EBR, siła rekomendacji:C; oparta na 5 badaniach) (NHMRC 2017)

- Sugeruje się, aby dzieci z ciężkim TBI i okresem wentylacji dłuższym niż 1,5 dnia były badane przez logopedę pod kątem możliwych problemów z polykaniem. (EBR, siła rekomendacji: D, oparta na 5 badaniach) (NHMRC 2017)
- Podczas wstępnej oceny (od 0 do 2 tygodni po urazie) sugeruje się aby logopeda przeprowadził krótką ocenę wszystkich obszarów umiejętności językowych u wszystkich dzieci po umiarkowanym i ciężkim TBI (tj. semantyka, składnia, słowotwórstwo, fonologia i pragmatyka), w tym narracja i umiejętność wyszukiwania słów. (EBR, siła rekomendacji: D; oparta na 5 badaniach) (NHMRC 2017)
- Podczas wstępnej oceny (od 0 do 2 tygodni po urazie) sugeruje się, aby logopeda przeprowadzili krótką ocenę wszystkich obszarów mowy u wszystkich dzieci po umiarkowanym i ciężkim TBI (tj. artykulacja, czynność ruchowa jamy ustnej, oddychanie, rezonans, prozodia, fonacja, płynność). (EBR, siła rekomendacji: D; oparta na 6 badaniach) (NHMRC 2017)

WYNIKI PRZEGLĄDU SKUTECZNOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA INTERWENCJI

W ramach wyszukiwania odnaleziono i włączono do niniejszej analizy skuteczności i bezpieczeństwa ogółem 13 publikacji, w tym: 11 przeglądów systematycznych z metaanalizą (Gittings 2018, Joschtel 2018, Park 2018, Yu 2018, Jeng 2017, Miyahara 2017, Tachibana 2017, Valentin 2017, Linden 2016, Ryan 2016, Munoz 2013) oraz 2 przeglądy systematyczne bez metaanalizy (Romano 2012, Tikkanen 2012) z lat 2010–2019, które dotyczyły następujących subpopulacji:

- subpopulacja neurologiczna (Linden 2016 – pacjenci z nabytym uszkodzeniem mózgu, Ryan 2016 – pacjenci ze zdiagnozowanym porażeniem mózgowym),
- subpopulacja ortopedyczna – pacjenci ze skoliozą (Park 2018, Roman 2012),
- subpopulacja kardiologiczna (Tikkanen 2012 – pacjenci z wrodzonymi wadami serca),
- subpopulacja pulmonologiczna (Joschtel 2018 – pacjenci z chorobami układu oddechowego),
- subpopulacja pacjentów, u których występuje brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego (Yu 2018 – dzieci z dyspraksją, Jeng 2017 – nastolatki z upośledzeniem intelektualnym, Miyahara 2017 – pacjenci ze zdiagnozowanym rozwojowym zaburzeniem koordynacji, Valentin 2017 – dzieci do szóstego roku życia z opóźnionym rozwojem chodu),
- pozostałe subpopulacje (Gittings 2018 – pacjenci z obrażeniami pooparzeniowymi, Tachibana 2017 – dzieci do 6 lat ze spektrum autyzmu, Munoz 2013 – pacjenci u których występuje ból dolnej części pleców).

W poniższej tabeli przedstawiono podsumowanie wyników odnalezionych przeglądów systematycznych zgodnie ze schematem PICOS. W niniejszej tabeli uwzględniono jedynie te wyniki dla punktów końcowych, w których osiągnięto istotny statystycznie wpływ interwencji lub komparatora (szczegóły dotyczące charakterystyki populacji, zakresu interwencji oraz pozostałych wyników znajdują się w tabeli nr 10 i 11 w Rozdziale 3.1 w niniejszym raporcie).

Wyniki raportowane w badaniach zostały wskazane najczęściej przy pomocy m.in.:

- SMD – miara różnicy między grupą badaną a grupą kontrolną uzyskanej w skali ciągłej, gdy w badaniach pierwotnych włączonych do metaanalizy stosowano różne skale pomiarowe (np. zmniejszenia nasilenia depresji wyrażane w różnych skalach). Progi dla interpretacji wartości: SMD>0,2 – mały efekt, SMD>0,5 – umiarkowany efekt, SMD>0,8 – duży efekt. [Cochrane]
- MD lub WMD – średnia ważona różnic. Miara różnicy między grupą badaną a grupą kontrolną uzyskanej w skali ciągłej (np. masy ciała), gdy we wszystkich badaniach pierwotnych włączonych do metaanalizy stosowano tę samą skalę pomiarową. [Cochrane]

Tabela 2. Podsumowanie publikacji włączonych do analizy klinicznej.

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
Subpopulacja neurologiczna	Linden 2016 PSM (3 RCT)	Interwencje technologiczne (urządzenia, które mogą przechowywać, pobierać lub przesyłać informacje).	Placebo, brak leczenia, inne rodzaje interwencji.	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść interwencji	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	–
	Ryan 2016 PSM (29 RCT)	Aktywność fizyczna, która jest zaplanowana, zorganizowana, powtarzalna i celowa.	Brak leczenia, standardowa opieka, alternatywny rodzaj ćwiczeń fizycznych.	<p>Trening aerobowy vs. standardowy model opieki</p> <p>Motoryka duża (wyniki krótkoterminowe) (SMD=0,53, [95%CI 0,02; 1,04], p=0,041, I²=0,0%).</p> <p>Trening oporowy vs. standardowy model opieki</p> <p>Siła mięśniowa (wyniki krótkoterminowe) – subpopulacja dzieci i młodzież (SMD= 0,53, [95%CI 0,00; 1,06], p=0,049, I²=70%)</p> <p>Siła mięśniowa (wyniki średnioterminowe) – subpopulacja dzieci i młodzież (SMD= 0,50, [95%CI 0,06; 0,94, p=0,027, I²=1%)</p> <p>Trening aerobowy i mieszany vs. standardowy model opieki</p> <p>Motoryka duża (wyniki krótkoterminowe); pomiar: Gross Motor Function Measure (SMD= 0,36, [95% CI 0,09; 0,62], p=0,0084, I²=0,0%)</p> <p>Trening oporowy i mieszany vs. standardowy model opieki</p> <p>Zaangażowanie w sytuacje życiowe (wyniki krótkoterminowe) (SMD= 0,35, [95%CI 0,07; 0,64], p=0,016, I²=0,0%)</p> <p>Siła mięśniowa (wyniki krótkoterminowe) (SMD= 0,38, [95%CI 0,01; 0,76], p=0,045, I²=66%)</p>	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	<p>Wyniki i.s. na korzyść aktywności fizycznej, która jest zaplanowana, zorganizowana, powtarzalna i celowa wykazano w następujących punktach końcowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - umiarkowany efekt na dużą motorykę (wyniki krótkoterminowe) – trening aerobowy vs. standardowy model opieki (SMD=0,53), - umiarkowany efekt na siłę mięśniową (wyniki krótkoterminowe) – trening oporowy vs. standardowy model opieki (SMD=0,53), - umiarkowany efekt na siłę mięśniową (wyniki średnioterminowe) – trening oporowy vs. standardowy model opieki (SMD=0,5), - mały efekt na dużą motorykę (wyniki krótkoterminowe) – trening aerobowy i mieszany vs. standardowy model opieki (SMD=0,36), - mały efekt na udział w ćwiczeniach (wyniki krótkoterminowe) – trening oporowy i mieszany vs. standardowy model opieki (SMD=0,35), - mały efekt na siłę mięśniową (wyniki krótkoterminowe) – trening oporowy i mieszany vs. standardowy model opieki (SMD=0,38).
Subpopulacja ortopedyczna	Park 2018 PSM (15 badań)	<ul style="list-style-type: none"> - Ćwiczenia Schrotha, - Ćwiczenia Schrotha 3D (w tym ćwiczenia oddychania, podwieszanie, mobilizacja, kształtowanie, rozciąganie i wzmacnianie), - Najlepsza praktyka Schrotha – Schroth best practice 	b.d.	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść interwencji	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	–

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
		(program fizjologiczny, korekty ADL (Activities of Daily Living), 3D ułatwione ćwiczenia i nowe ćwiczenia Schroth power).				
	Romano 2012 PS (1 RCT, 1 badanie prospektywne kohortowe)	Wszystkie rodzaje ćwiczeń specyficznych dla skolioz, które mają na celu zmniejszenie deformacji.	Brak leczenia, różne ćwiczenia specyficzne dla skolioz, zwykła fizjoterapia, inne zabiegi niechirurgiczne.	Według autorów przeglądu (brak podanej wartości p): Progresja skoliozy (odcinek piersiowy kręgosłupa) określona za pomocą kąta Cobba (°) – obserwacja 6 mies. (MD= 9, [95%CI 5,47; 12,53]) Progresja skoliozy (odcinek lędźwiowy kręgosłupa) określona za pomocą kąta Cobba (°) – obserwacja 6 mies. (MD= 8, [95%CI 5,08; 10,92])	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	Zastosowanie interwencji takich jak wszystkie rodzaje ćwiczeń specyficznych dla skolioz, które mają na celu zmniejszenie deformacji wykazało i.s. zwiększenie progresji skoliozy w odcinku piersiowym kręgosłupa o 9° oraz w odcinku lędźwiowym kręgosłupa o 8°.
Subpopulacja kardiologiczna	Tikkanen 2012 PS (6 NRCT, 10 badań typu seria przypadków)	Ustrukturyzowany program rehabilitacji kardiologicznej z elementem treningu wysiłkowego.	Nie określono.	<p>Pułap tlenowy (Rhodes 2006 – 21,8%, p<0,01; Moalla 2006 – 21%, p<0,05; Fredriksen 2000 – 1,67±0,57 vs 1,82±0,66 [l/min], p<0,001)</p> <p>Szczytowa moc wyjściowa (Rhodes 2006 – 7,8%, p<0,010)</p> <p>Szczytowe natlenienie mięśni oddechowych (ang. peak respiratory muscle oxygenation) (Moalla 2006 – 22%, p<0,01)</p> <p>Czas trwania aktywności fizycznej (s) (Fredriksen 2000 – 614±138 vs 655±155, p=0,005)</p> <p>Poziom psychospołeczny (raport własnej samooceny młodzieży i lista kontrolna zachowań dzieci) (Fredriksen 2000 – b.d., p=0,028)</p> <p>Aktywność (akcelerometr) (Fredriksen 2000 – b.d., p<0,001)</p> <p>Test wysiłkowy (Canada fitness awards test) (Longmuit 1985/1990 – b.d., p<0,01)</p> <p>Czas wytrzymałości (podstawowy test wysiłkowy) (Ruttenberg 1983 – b.d., p<0,01)</p> <p>Korelacja między natlenieniem tkanek a pułapem tlenowym w progu beztlenowym (Moalla 2006 – b.d., p<0,01)</p>		<p>Wyniki i.s. na korzyść ustrukturyzowanego programu rehabilitacji kardiologicznej z elementem treningu wysiłkowego wykazano w następujących punktach końcowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wzrost pułapu tlenowego o 21,8% – Rhodes 2006, 21% – Moalla 2006, 1,67±0,57 vs 1,82±0,66 [l/min] – Fredriksen 2000, - wzrost szczytowej mocy wyjściowej o 7,8% – Rhodes 2006, - wzrost szczytowego natlenienia mięśni oddechowych o 22% – Moalla 2006, - wzrost czasu trwania aktywności fizycznej 614±138 vs 655±155 – Fredriksen 2000, - wzrost poziomu psychospołecznego – Fredriksen 2000, - wzrost aktywności – Fredriksen 2000, - wzrost w teście wysiłkowym – Longmuit 1985/1990, - wzrost czasu wytrzymałości – Ruttenberg 1983 <p>W publikacji wykazano również korelację między natlenieniem tkanek a pułapem tlenowym w progu beztlenowym – Moalla 2006.</p>

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
Subpopulacja pulmonologiczna	Joshtel 2018 PSM (27 RCT)	Ćwiczenia fizyczne, których minimalny czas trwania wynosił 2 tygodnie.	Standardowa opieka.	<p>Paup tlenowy (VO2 peak) [ml/min/kg] (SMD=1,16, [95%CI 0,25; 1,29], p<0,0001, I2=81%):</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacjenci z astmą (SMD=1,97, [95%CI 0,61; 3,32], p=0,005, I2=87%), - pacjenci z mukowiscydozą (SMD=0,77, [95%CI 0,25; 1,29], p=0,004, I2=71%) <p>Jakość życia (kwestionariusz PAQLQ, PACQLQ, CFQ lub CFQ-R) [pkt] (SMD=1,36, [95%CI 0,42; 2,30], p=0,005, I2=83%)</p>	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	<p>Wyniki i.s. na korzyść interwencji w zakresie ćwiczeń fizycznych, których minimalny czas trwania wynosił 2 tygodnie wykazano w następujących punktach końcowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - duży efekt na paup tlenowy ogółem (SMD=1,16): duży efekt na paup tlenowy u pacjentów z astmą (SMD=1,97), umiarkowany efekt na paup tlenowy u pacjentów z mukowiscydozą (SMD=0,77), - duży efekt na jakość życia (SMD=1,36).
Brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego	Yu 2018 PSM (28 badania typu pretest-posttest, 22 RCT, 12 CCT, 4 badania crossover)	Interwencje w zakresie umiejętności motorycznych, które zostały zdefiniowane jako zajęcia ruchowe lub programy, które opracowano z wyraźnym zamiarem nabywania lub doskonalenia umiejętności motorycznych, które zostały wdrożone w takich warunkach jak szkoła i klinika.	Standardowa opieka lub inne programy treningowe.	<p>Funkcje motoryczne, mierzone bezpośrednio po interwencji (nieokreślona metoda pomiaru) (SMD=0,63, [95%CI 0,31; 0,94]. p<0,001, I2=71,24%)</p> <p>Czynniki poznawcze, emocjonalne i psychologiczne, mierzone bezpośrednio po interwencji (SMD=0,65, [95% CI 0,25; 1,04], p=0,001, I2=51,6%)</p>	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	<p>Wyniki i.s. na korzyść interwencji w zakresie umiejętności motorycznych wykazano w następujących punktach końcowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - umiarkowany efekt na funkcje motoryczne mierzone bezpośrednio po interwencji (SMD=0,63), - umiarkowany efekt na czynniki poznawcze, emocjonalne i psychologiczne, mierzone bezpośrednio po interwencji (SMD=0,65).
	Jeng 2017 PSM (14 badań)	Sprawność związana z umiejętnościami (ang. skill-related fitness, SFR) jest składnikiem sprawności fizycznej związanej ze sportem lub wydajnością zajęciową.	Nie określono.	<p>Zwinność (wahadłowy test biegowy, 10m shuttle test) czas ukończenia testu (SMD=-0,781, [95%CI -1,279; 0,284], p=0,002, I2=b.d.)</p> <p>Siła (skok w dal z miejsca) (SMD= 0,760, [95%CI 0,441; 1,080], p=0,001, I2=b.d.)</p>	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	<p>Wyniki i.s. na korzyść interwencji w zakresie sprawności związanej z umiejętnościami (ang. skill-related fitness, SFR) jest składnikiem sprawności fizycznej związanej ze sportem lub wydajnością zajęciową wykazano w następujących punktach końcowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - umiarkowany efekt na zwinność (SMD= -0,781), - umiarkowany efekt na siłę (SMD=0,760).
	Miyahara 2017 PSM (8 RCT, 7 qRCT)	Interwencja kierunkowana na realizację określonych zadań oraz wymagająca praktykowania określonego zadania lub zajęcia jako	Nieaktywne interwencje (np. standardowa opieka lub lista oczekujących), aktywne interwencje, farmakoterapia, konsultacje	<p>Model efektów losowych</p> <p>Zdolności motoryczne (mierzone za pomocą narzędzia MABC) (MD=-3,63, [95%CI -5,88; -1,39], p=0,0015, I2=43%)</p> <p>Model efektów stałych</p> <p>Zdolności motoryczne (mierzone za pomocą narzędzia MABC) (MD=-4,06,</p>	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	<p>Zastosowanie interwencji kierunkowanej na realizację określonych zadań oraz wymagającej praktykowania określonego zadania lub zajęcia jako główna forma interwencji przedoperacyjnej edukacji wykazało i.s. zmniejszenie zdolności motorycznej (mierzone za pomocą</p>

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
		główna forma interwencji.	lub poradnictwo dietetyczne.	[95%CI -5,63; -2,50], p<0,00001, I ² =43%)		narzędzia MABC; model efektów losowych) o 3,63 oraz zmniejszenie zdolności motorycznej (mierzone za pomocą narzędzia MABC; model efektów stałych) o 4,06.
	Valentin 2017 PSM (28 badania typu pretest-posttest, 22 RCT, 12 CCT, 4 badania cross-over)	Interwencja na bieżni dowolnego typu.	Brak leczenia lub inne leczenie.	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść interwencji	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	–
Pozostałe populacje	Gittings 2018 PSM (9 RCT, 1 nRCT, 1 badanie porównawcze)	Trening oporowy	Standardowa (nieokreślona) opieką lub inna rehabilitacja niezawierająca treningu oporowego.	Siła mięśniowa – wyprost kolana (pomiar dynamomentrem), analiza wrażliwości (SMD=0,27, [95%CI 0,01; 0,53], p=0,04, I ² =28%)	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	Wyniki i.s. na korzyść treningu oporowego wykazano w następujących punktach końcowych: - mały efekt na siłę mięśniową (SMD=0,27).
	Tachban 2017 PSM (33 RCT)	Interwencje behawioralne, interwencje ukierunkowane na komunikację społeczną, multimodalne interwencje rozwojowe.	Standardowa (nieokreślona) opieka.	Iloraz inteligencji (SMD=0,36, [95%CI 0,05; 0,66], p=0,02, I ² =20%) Zabawy funkcjonalne (SMD=0,84, [95%CI 0,17; 1,50], p=0,01, I ² =b.d.) Synchronizacja rodzicielska (SMD=0,99, [95%CI 0,70; 1,29], p<0,00001, I ² =0%)	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	Wyniki i.s. na korzyść interwencji behawioralnych, interwencji ukierunkowanych na komunikację społeczną lub multimodalne interwencje rozwojowe wykazano w następujących punktach końcowych: - umiarkowany efekt na iloraz inteligencji (SMD=0,36), - duży efekt na zabawy funkcjonalne (SMD=0,84), - duży efekt na synchronizację rodzicielską (SMD=0,99).
	Munoz 2013 PSM (3 RCT, 3 kontrolowane badania kliniczne, 1 badanie prospektywne, 1 seria przypadków)	Fizjoterapia w leczeniu bólu dolnej części pleców.	Brak lub obecna grupa kontrolna; konieczne przedstawienie wyników pretest-posttest.	Ból (nieokreślona metoda pomiaru) w grupie interwencyjnej (SMD=0,80, [95%CI 0,61; 0,99], p<0,00001, I ² =20%)	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	Wyniki i.s. na korzyść fizjoterapii w leczeniu bólu dolnej części pleców oporowego wykazano w następujących punktach końcowych: - duży efekt na ból (SMD=0,80).

PSM – przegląd systematyczny z metaanalizą; PS – przegląd systematyczny bez metaanalizy; RCT – badanie kliniczne randomizowane; qRCT – badanie quasi-RCT, nRCT – badanie non-RCT; CCT – kliniczne badanie kontrolne

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

WYNIKI OCENY EKSPERCKIEJ

Badanie opinii eksperckich przeprowadzono w oparciu o dedykowany formularz oceny. Odpowiedzi na zapytanie udzieliło łącznie 3 ekspertów:

Lp.	Imię i nazwisko eksperta	Afiliacja
1.	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej
2.	[REDAKOWANE]	[REDAKOWANE]
3.	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej

Wszyscy eksperci wskazują na zasadność zróżnicowania świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci w zależności od potrzeb terapeutycznych. Jeden z ekspertów sugeruje podział pacjentów na 3 grupy wiekowe (0–2 lata, 3-7 lat i 8–18 lat), ze względu na odrębność postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w ramach realizacji świadczeń z zakresu kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej, specyfikę potrzeb wynikających z zastosowania dla danego wieku testów i skal rozwojowych oraz wymagania związane z wyposażeniem i przygotowaniem merytorycznym specjalistów prowadzących terapię psychopedagogiczną i logopedyczną.

Wyrażono opinię odnośnie wymogu realizacji świadczeń i usług psychologicznych w celu stymulacji rozwoju psychospołecznego i/lub korekty zaburzeń w rozwoju psychoruchowym dziecka od chwili urodzenia po kolejne lata jego życia, we wszystkich wnioskowanych świadczeniach z wyjątkiem fizjoterapii ambulatoryjnej. Zaproponowano, aby wśród kryteriów kwalifikacji do poszczególnych świadczeń było przeprowadzenie konsultacji psychologicznej, której celem jest przygotowanie kompleksowej oceny funkcjonowania psychologicznego dziecka i jego rodziny.

Eksperti wskazali na konieczność zweryfikowania zasadności wykorzystania skali FMS. Sugerowano wykorzystanie następujących narzędzi np.: ocenę chodzenia, wstawania z krzesła, równowagi lub test równowagi BERG Balanc Scale, lub skala GMFM, test up and go.

Eksperti wskazali na zasadność udziału w realizacji świadczeń lekarza rehabilitacji medycznej oraz pediatry, w każdym z zaproponowanych rodzajów rehabilitacji poza fizjoterapią. Dodatkowo zaproponowano udział neurologa i ortopedy zależnie od rodzaju rehabilitacji. Podkreślono również potrzebę udziału pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, logopedy, terapeuty zajęciowego, dietetyka oraz pedagoga w udzielaniu świadczeń kompleksowych. Podkreślili zasadność wyodrębnienia pomieszczeń adekwatnych do specyfiki świadczeń w nich udzielanych.

Nie wskazano żadnych wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego z zakresu rehabilitacji pacjentów pediatrycznych.

WYNIKI ANALIZY WPŁYWU NA BUDŻET

Do przeprowadzenia analizy wpływu na budżet proponowanych zmian oparto się na wielu założeniach dotyczących zarówno wyceny poszczególnych świadczeń jak i przepływów pacjentów. Należy pamiętać, że mają one w większości charakter hipotetyczny, w związku z powyższym między wynikami przeprowadzonej analizy wpływu na budżet, a rzeczywistym wpływem proponowanych zmian mogą wystąpić znaczące różnice.

W proponowanych rozwiązaniach zakłada się wprowadzenie całkiem nowych, nie funkcjonujących dzisiaj świadczeń, które nie zostały nigdy wycenione. Ponieważ postuluje się lepsze dopasowanie składu zespołu terapeutycznego oraz intensywności rehabilitacji i warunków jej udzielania, do obiektywnych potrzeb pacjentów mierzonych ich stanem funkcjonalnym, koszty udzielanych świadczeń rehabilitacyjnych na pewno ulegną zmianie, aczkolwiek wielkość tej zmiany jest na chwilę obecną niemożliwa do oceny.

Z powodu braku informacji na temat stanu klinicznego pacjentów w wieku 0-18 lat, którzy są obecnie rehabilitowani w różnych warunkach systemu rehabilitacji nie można precyzyjnie ocenić jak będą wyglądać przepływy rehabilitowanych pacjentów między warunkami i świadczeniami rehabilitacji leczniczej po zmianach, które są proponowane w niniejszym opracowaniu, w stosunku do stanu obecnego. Na podstawie dostępnych przesłanek przewiduje się, że nastąpi przesunięcie pacjentów z warunków rehabilitacji stacjonarnej do warunków oddziału dziennego lub świadczeń ambulatoryjnych. Trudno natomiast powiedzieć, czy zwiększy się dopływ pacjentów z oddziałów fazy ostrej na rehabilitację. **Z pewnością najbardziej fundamentalnej zmianie ulegnie**

obszar rehabilitacji pulmonologicznej, z którego znikną świadczenia stacjonarne i dzienne, a zastąpione one będą fizjoterapią ambulatoryjną oraz domową. Drugim miejscem istotnych zmian będzie rehabilitacja stacjonarna skąd szereg pacjentów przesunie się do rehabilitacji dziennej.

- Łączny wynik wpływu na budżet zaproponowanych zmian został wyliczony na – 15,82 mln zł czyli spowodowałby obniżenie wydatków NFZ.
- Największy wpływ na wynik miał założony wzrost odsetka osób uprzednio hospitalizowanych wśród pacjentów rehabilitowanych stacjonarnie z przesunięciem pacjentów ze świadczeń stacjonarnych do dziennych.
- **Potencjalna zmiana wyceny świadczeń mogłaby bardzo istotnie wpłynąć na wyniki wyliczeń z możliwością znacznego wzrostu wydatków na rehabilitację pediatryczną. Tak więc niedoszacowanie wyceny świadczeń jest największą potencjalną słabością analizy wpływu na budżet.**

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

W ramach prac nad rehabilitacją pulmonologiczną pojawiały się ważne informacje związane z tematem rehabilitacji, aczkolwiek które ze względu na wykraczanie poza zakres zlecenia nie zostały włączone w aktualnie prowadzone prace. Należy tu:

- Kwestia potrzeby wypracowania zunifikowanego narzędzia, które służyłoby do ustalania celów rehabilitacji z zgodnie z zasadą SMART oraz umożliwiło przejrzyste i obiektywne mierzenie jej postępów. Jako wzór w tym zakresie mogłby służyć GAS (Goal Attainment Scaling)
- Problematyczny jest obszar przejścia pacjentów chorujących na choroby przewlekłe rozpoczynające się w dzieciństwie z obszaru pediatrii do obszaru opieki nad dorosłymi. Potrzebne jest wypracowanie rozwiązań, które umożliwią im łagodne przejście pomiędzy tymi etapami ich życia i leczenia.
- Potrzebne jest nawiązanie współpracy między rehabilitacją dziejącą się w ramach funduszy NFZ a funduszy MEN służących do prowadzenia wczesnego wspomaganie rozwoju.
- Potrzebne jest wypracowanie kompleksowej opieki nad dziećmi z mukowiscydozą
- Tak jak i w pozostałych obszarach rehabilitacji także w rehabilitacji pediatrycznej istnieje duża potrzeba implementacji ICF (Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia). Umożliwiłoby to uzyskanie zunifikowanego sposobu opisu pacjentów w całym systemie, mierzenia postępów rehabilitacji i obiektywnego porównywania wyników rehabilitacji uzyskiwanych różnymi jej metodami.

Dodatkowo prosimy zwrócić uwagę na sposób definiowania w opisie świadczeń czasookresu w ramach którego są budowane limity dostępu do świadczeń. Zamiast roku kalendarzowego wprowadzono tu po prostu rok (365 dni) liczony od daty skorzystania z 1 świadczenia, którego dotyczy dany limit.

2 Przedmiot i historia zlecenia

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi zlecenie Ministra Zdrowia (znak: MZ-ASG.4084.28.2018.IJ) z dnia 8 maja 2018 r. art. 31 e-h. *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dotyczące „oceny zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji leczniczej”.*

Opis przedmiotu zlecenia przedstawiono w Karcie Problemu Zdrowotnego. Zgodnie z tym dokumentem celem zlecenia jest „uszczerlenie wykazu świadczeń gwarantowanych oraz identyfikacja optymalnych warunków realizacji świadczeń [...]. Podjęte działania mają jednocześnie służyć przygotowaniu precyzyjnego (pod względem stosowanej nomenklatury i zastosowanych wyrażen), jednolitego oraz nowoczesnego pod względem prezentacji (e-koszyka) wykazu świadczeń gwarantowanych”.

Podstawowym założeniem „*Konceptji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w Polsce*”, było przekonanie o konieczności **segmentacji grup pacjentów**, których specyficzne potrzeby rehabilitacyjne powinny być zabezpieczane na odpowiednich/właściwych poziomach opieki rehabilitacyjnej (w warunkach stacjonarnych, ośrodka/oddziału dziennego, ambulatoryjnych, domowych pacjenta). **Segmentacja populacji docelowej w terapii rehabilitacji pediatrycznej została przeprowadzona w oparciu o:**

- 1) **przyjętą klasyfikację i kategoryzację potrzeb rehabilitacyjnych,**
- 2) **dobór narzędzi pomiarowych, umożliwiających zdefiniowanie parametrów świadczeń adekwatnych do potrzeb rehabilitacyjnych.**

Przyjęta metodyka znajduje uzasadnienie już w samej specyfice świadczeń rehabilitacyjnych (kryterium klasyfikacji i kategoryzacji potrzeb rehabilitacyjnych to nie tylko stan kliniczny, jak ma to miejsce w przypadku większości świadczeń zdrowotnych). Zgodnie z przyjętą koncepcją potrzeby rehabilitacyjne pacjenta determinowane są poprzez jego:

- **stan funkcjonalny**, definiowany, jako poziom upośledzenia poszczególnych funkcji: (nieznaczny, umiarkowany, znaczny, skrajny);
- **potencjał rehabilitacyjny**, definiowany, jako uzasadniona klinicznie możliwość przywrócenia lub poprawy funkcji, przy założeniu rozpoczęcia leczenia w optymalnym czasie;
- **wymaganą kompleksowość** interwencji definiowaną, jako oczekiwaną liczbę profili interwencji wchodzących w ramy świadczenia;
- **poziom mobilności** i wymagania w odniesieniu do opieki całodobowej związane z ogólnym stanem zdrowia pacjenta.

Dla potrzeb konstrukcji systemu świadczeń rehabilitacyjnych przyjęto następujący zestaw parametrów analitycznych opisujących cechy pojedynczego świadczenia, pozwalający na zbudowanie zakresu gwarancji odpowiadającej zdefiniowanym potrzebom pacjentów:

- 1) **Intensywność** - to jest krotność interwencji i/lub zasobochłonność (np. wymóg świadczenia jednocześnie przez grupę terapeutów) interwencji w ciągu pojedynczego dnia zabiegowego;
- 2) **Częstotliwość interwencji** – definiowana, jako liczba dni zabiegowych w wymiarze tygodnia kalendarzowego udzielania świadczenia. Wysoka częstotliwość odnosi się do interwencji udzielanych w interwałach dziennych (każdego dnia);
- 3) **Wczesność dostępu** – parametr odnoszący się do priorytetu dla założonego krótkiego czasu rozpoczęcia rehabilitacji od momentu powstania takiej potrzeby. Wysoka wartość tego parametru odnosi się do rozpoczęcia świadczenia bezpośrednio po poprzednim etapie leczenia;
- 4) **Długość świadczenia** – parametr określany w dwóch wymiarach - poprzez odniesienie do liczby dni zabiegowych w wymiarze pojedynczego cyklu oraz w wymiarze liczby dni zabiegowych w roku kalendarzowym;
- 5) **Kompleksowość świadczenia** – odnosi się do liczby profili interwencji realizowanych w ramach świadczenia;
- 6) **Tryb realizacji** – odnosi się do miejsca realizacji świadczenia z wyszczególnieniem trybów: stacjonarnego – całodobowego, ambulatoryjnego – ośrodek dzienny/fizjoterapia lub porada ambulatoryjna i trybu domowego.

Kombinacjom powyższych parametrów odpowiadają różne parametry świadczeń rehabilitacyjnych determinujące szansę uzyskania przez pacjenta optymalnego poziomu funkcjonalnego lub przy odpowiednim potencjale rehabilitacyjnym możliwości powrotu do zdrowia.

Tabela 3. Klasyfikacja potrzeb rehabilitacyjnych na potrzeby projektowania świadczeń

Potrzeby zdrowotne pacjenta				Parametry świadczenia					Świadczenie	
Stopień upośledzenia funkcji*	Potencjał rehabilitacyjny	Potrzeby w zakresie kompleksowości leczenia	Możliwość dostępu do świadczeń w trybie**	Intensywność	Częstotliwość	Wczesność	Czas trwania		Miejsce realizacji	Rodzaj świadczenia
							w wymiarze cyklu	w wymiarze roku		
Nieznaczny / umiarkowany	+	jednoprofilowe	ambulatoryjnym	+	+	+	+	++	Pracownia fizjoterapii	Podstawowa opieka fizjoterapeutyczna
	+++	jednoprofilowe	ambulatoryjnym	++	++	+++	++	++	Pracownia fizjoterapii	Dedykowane świadczenia fizjoterapeutyczne
Umiarkowany / znaczny	+++	jednoprofilowe	ambulatoryjnym	++	+++	+++	+++	+	Pracownia fizjoterapii Poradnia lekarza rehabilitacji	Dedykowane świadczenia fizjoterapeutyczne
	+++	kompleksowe	ambulatoryjnym	+++	+++	+++	+++	nd	Ośrodek kompleksowej rehabilitacji dziennej	Dedykowane świadczenia rehabilitacji w ośrodku dziennym
	+++	jednoprofilowe	domowym	++	+++	+++	+++	++	Dom	Dedykowane świadczenia fizjoterapii domowej
Znaczny /skrajny	+++	kompleksowe / jednoprofilowe	stacjonarnym	+++	+++	+++	+++	nd	Oddział kompleksowej rehabilitacji stacjonarnej	Dedykowane świadczenia rehabilitacji w oddziale rehabilitacji
	+·	jednoprofilowe	domowym	+	+	+	+	++	Dom	Podstawowa opieka fizjoterapeutyczna - fizjoterapia domowa długookresowa

Źródło: opracowanie AOTMiT

Tabela 4. Klasyfikacja potrzeb rehabilitacyjnych w zależności od poziomów opieki

Poziomy opieki rehabilitacyjnej (warunki realizacji)			
Kompleksowa stacjonarna	kompleksowa dzienna	ambulatoryjna	domowa
Wymaga całodobowej opieki medycznej	nie wymaga całodobowej opieki medycznej	nie wymaga całodobowej opieki medycznej	nie wymaga całodobowej opieki medycznej
Wymaga kompleksowej terapii (wieloprofilowej)	wymaga kompleksowej terapii (wieloprofilowej)	terapia jednoprofilowa	terapia jednoprofilowa
Brak możliwości samodzielnego poruszania się i dotarcia na rehabilitację	pacjent ma możliwość dotarcia codziennie na rehabilitację	pacjent ma możliwość dotarcia codziennie na rehabilitację	brak możliwości samodzielnego poruszania się i dotarcia na rehabilitację

Źródło: opracowanie AOTMiT

Aby zapewnić realność i możliwość implementacji prezentowanych założeń koncepcyjnych (poczynionych na użytek klasyfikacji potrzeb rehabilitacyjnych; szerzej: „Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w Polsce”) analitycy Agencji przygotowali we współpracy z ekspertami projekt zmiany technologii medycznych w zakresie rehabilitacji leczniczej. W tym celu opracowano projekty dedykowanych świadczeń, dla których zdefiniowano, precyzyjne kryteria włączenia (kryteria kwalifikacji) i kryteria wyłączenia

(dyskwalifikacji). Kryteria te zostały przygotowane w postaci konkretnych skal medycznych wraz z przedziałem wartości ich parametrów dla poszczególnych świadczeń.

Wspomniana specyfikacja terapii rehabilitacyjnej, związana z różnorodnymi potrzebami zdrowotnymi pacjentów, wymusza również stworzenie elastycznego katalogu gwarantowanych świadczeń rehabilitacyjnych, to znaczy takiego, który nie wskazuje *explicite* interwencji w określonych wskazaniach, ale daje możliwość personelowi medycznemu (lekarzom/fizjoterapeutom i innym przedstawicielom zespołu rehabilitacyjnego) doboru odpowiednich procedur medycznych, z uwzględnieniem kryteriów, takich jak: 1) stan kliniczny i funkcjonalny pacjenta, 2) wiek, 3) historia przebytych chorób itp. Z tych powodów, autorzy koncepcji zaproponowali wyodrębnienie tzw. profili interwencji, a więc zbiorów procedur medycznych przyporządkowanych kluczowym dla procesu rehabilitacji przedstawicielom zespołu rehabilitacyjnego. Przyjęto bowiem, iż warunkiem skuteczności pełnego procesu rehabilitacyjnego jest współpraca wielodyscyplinarnego zespołu złożonego z przedstawicieli różnych grup zawodowych, udzielającego na rzecz pacjenta, różnorodnych świadczeń w celu osiągnięcia założonego (realnego) celu terapii.

Reasumując, proponowana zmiana technologii medycznych w zakresie rehabilitacji pediatrycznej polega na:

- e) zdefiniowaniu profilu pacjenta w poszczególnych świadczeniach za pomocą kryteriów kwalifikacji,
- f) zdefiniowaniu profili i rodzaju interwencji,
- g) doborze profili i rodzajów interwencji do poziomów miejsc udzielania świadczeń.

Proponowane w niniejszym opracowaniu projekty świadczeń w zakresie rehabilitacji pediatrycznej (zdefiniowane poprzez technologie medyczne) można podzielić na 4 grupy:

1. Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej stacjonarnej:

- 1) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego,
- 2) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu,
- 3) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 0-3 lata,
- 4) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 4-18 lat.

2. Świadczenia dla pacjentów pediatrycznych w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej:

- 1) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 0-3 lata,
- 2) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 4-18 lat.

3. Świadczenia dla pacjentów pediatrycznych w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej:

- 1) Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych,
- 2) Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych z chorobami układu oddechowego.

4. Świadczenia dla pacjentów pediatrycznych w zakresie fizjoterapii domowej:

- 1) Fizjoterapia domowa dla pacjentów pediatrycznych.

Każde z powyższych świadczeń zawiera również przypisane warunki realizacji, stanowiące pochodną zmiany technologii medycznych, wśród nich wskazano, m.in.:

- a) wymogi formalne do udzielenia świadczenia,
- b) czas realizacji świadczenia,
- c) personel medyczny,
- d) miejsce udzielania świadczeń (wymogi lokalowe, wyposażenie w sprzęt),

Propozycję pełnego opisu poszczególnych świadczeń zawiera Załącznik 1.

3 Problem decyzyjny

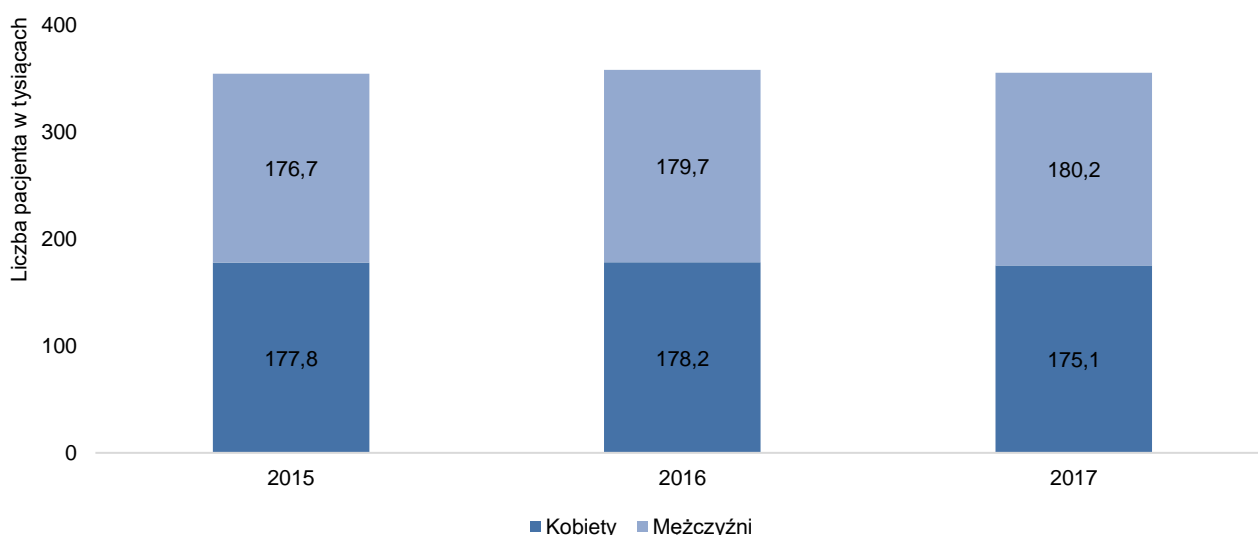
3.1 Problem zdrowotny

3.1.1 Charakterystyka pacjentów

Analizy dotyczące korzystania ze świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza przeprowadzono w oparciu o dane za lata 2015–2017 przekazane przez NFZ (jedyne go płatnika publicznego w Polsce) oraz informacje o liczbie ludności w Polsce w 2017 r., które dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego. Badanie zostało zawężone do pacjentów, którzy nie ukończyli 18 lat[‡].

Liczba pacjentów w wieku od 0–18 lat[§], którym udzielono świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w 2017 r. wyniosła ok. 355 tys. (unikatowy numer identyfikujący pacjenta). Porównując lata 2017 vs. 2015 nastąpił wzrost świadczeniobiorców o prawie 1 tys. osób, czyli 0,3%. Liczba mężczyzn zwiększyła się o 2%. Populacja kobiet zmniejszyła się o 1,5%. Zaś współczynnik korzystania (udział liczby pacjentów w ogólnej liczbie osób w danym wieku) w 2017 r. osiągnął 4,9%, czyli co 20 osoba w wieku od 0–18 lat korzystała z rehabilitacji leczniczej.

Wykres 1. Liczba pacjentów w wieku od 0–18 r.ż. w podziale na płeć, którym udzielono świadczeń w rodzaju rehabilitacji leczniczej w latach 2015-2017



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

W dalszej części opracowania dokonano analizy struktury wiekowej korzystania ze świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza (bez podziału na kobiety i mężczyzn). Ponadto uwzględniono współczynnik korzystania.

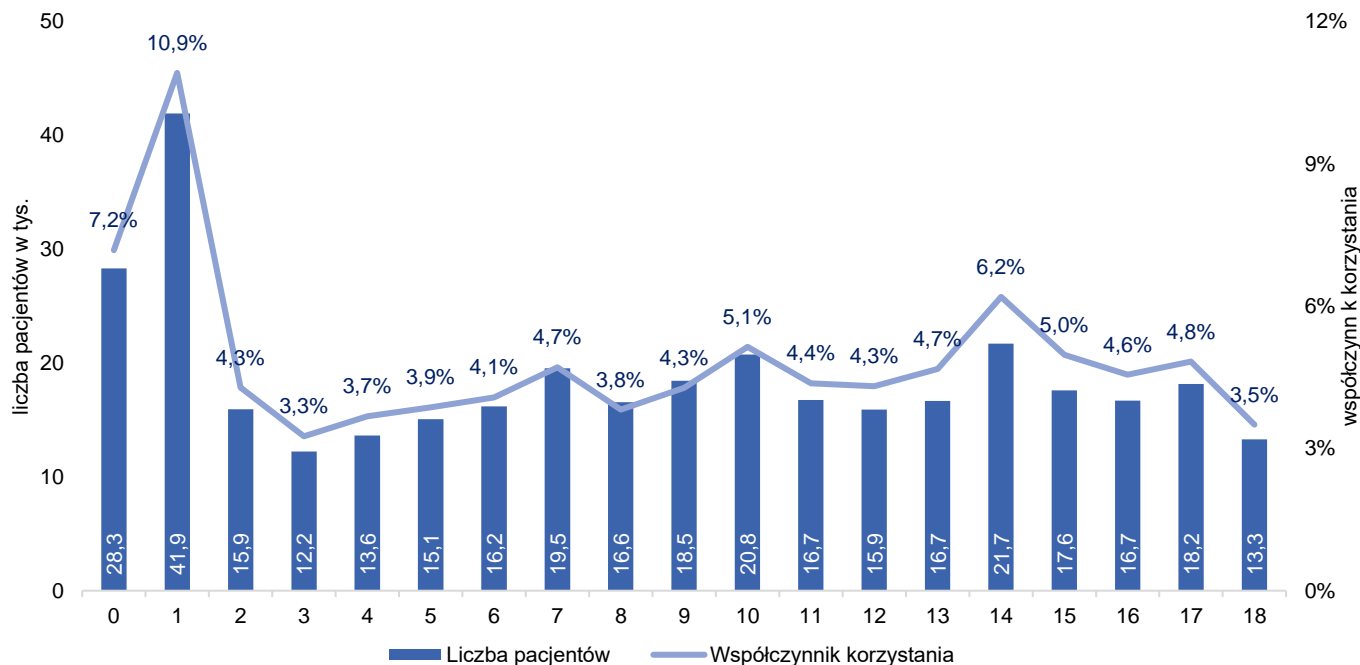
W 2017 r. liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w ww. rodzaju była różna w zależności od wieku. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w 1 r.ż. (42 tys.). Analogiczna sytuacja miała miejsce w przypadku współczynnika korzystania ze świadczeń, tzn. był zmienny w zależności od wieku. Najwyższa wartość tego współczynnika przypadła pacjentom urodzonym w 2016 r., czyli w momencie analizy mieli ukończony pierwszy

[‡] Analiza pacjentów powyżej 18 r.ż. została przedstawiona w zakresie rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym.

[§] Wiek pacjenta został policzony na podstawie danych z bazy danych RUM-NFZ za rok 2017 przekazanej przez NFZ jako różnica między rokiem sprawozdawczym, a datą urodzenia pacjenta. Data urodzenia pacjenta rozumiana jest jako rok urodzenia. Nie został wzięty pod uwagę ani miesiąc, ani dzień urodzenia. Oznacza to, że np.: pacjentom urodzonym w 2017 r. przypisano 0 lat. W tej kategorii wiekowej tj. 0 lat nie uwzględniono osób urodzonych rok wcześniej, czyli w 2016 r., które w 2017 mogły mieć udzielone świadczenie jeszcze przed ukończeniem 1 roku życia. W przypadku grupy wiekowej 18 lat znajdują się pacjenci, którzy w pewnym momencie 2017 roku stracili możliwość korzystania ze świadczeń rehabilitacji pediatrycznej, gdyż ukończyli już 18 lat. Innymi słowy w grupie 18 latków znalazły się osoby, które w momencie skorzystania ze świadczeń nie miały jeszcze ukończonych 18 lat oraz część tych, które miały kończące 18 lat, a jeszcze nie ukończone 19 lat. Ze względu na fakt, że nie ma specjalnych świadczeń dedykowanych rehabilitacji pulmonologicznej dzieci liczebność grupy 18 lat z powodu opisanych powyżej przyczyn została zawyżona.

r.ż., a jego wartość wyniosła 10,9% (oznacza to, że co 9 pacjent na 100 osób z tego rocznika skorzystał ze świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza). Wysoki współczynnik korzystania miały osoby do ukończenia 1 r.ż. i w 14 r.ż., osiągając odpowiednio wartość 7,2% i 6,2%.

Wykres 2. Liczba pacjentów w wieku od 0–18 r.ż. oraz współczynnik korzystania ze świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w 2017 r. w układzie rocznikowym



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ | Główny Urząd Statystyczny.

W ramach przeprowadzonych analiz korzystanie ze świadczeń rehabilitacyjnych w układzie rocznikowym zbadano potencjalny wpływ badań bilansowych na korzystanie z tych świadczeń. W tabeli poniżej przedstawiono liczbę rehabilitowanych pacjentów z wskazaniem, w którym roku życia odbyły się badania bilansowe i ogólny zakres tych badań. Do tego celu wykorzystano schemat badań bilansowych z rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. 2016 poz. 86).

W 2017 r. najwięcej, bo 70 tys. osób było rehabilitowanych w wieku do ukończenia 1 r.ż., a w tym czasie pacjenci powinni mieć przeprowadzone 4 badania bilansowe sprawdzające mi.in.: słuch, psychomotorykę i stawy biodrowe. Kolejną znaczącą grupą pacjentów tj. ok. 40 tys., korzystającą z rehabilitacji leczniczej były dziewięcio- i dziesięcioletkowie. Można przypuszczać, że powodem części skierowań pacjentów na rehabilitację leczniczą w tym wieku były problemy zdrowotne wykryte podczas badania bilansowego przeprowadzonego na osobach w trzeciej klasie szkoły podstawowej, czyli miały one wówczas 8 lub 9 lat, co wynikało z reformy edukacyjnej, która odbyła się zgodnie z ustawą z dnia 30 sierpnia 2013 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz ustawy o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2013 r. poz.). Kolejne badania bilansowe mieli pacjenci w pierwszej klasie gimnazjum (14 lat) i w pierwszej klasie ponadgimnazjalnej (17 lat). Z tych dwóch roczników z rehabilitacji leczniczej skorzystało łącznie prawie 40 tys. osób.

Tabela 5. Liczba pacjentów w wieku od 0–18 r.ż., którym udzielono świadczeń w ramach rehabilitacja lecznicza z uwzględnieniem badań bilansowych w latach 2017 r.

Wiek/Etap edukacji	Liczba pacjentów	Współczynnik korzystania	Bilans	Zakres badań
0–9 miesięcy	28 311	7,2%	tak	badanie: słuchu, w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych, psychomotoryka
1 rok	41 930	10,9%	tak	badanie: słuchu, psychomotoryki
2 lata	15 928	4,3%	tak	badanie: słuchu, wzroku
3 lata	12 235	3,3%	nie	-
4 lata	13 626	3,7%	tak	badanie: słuchu, psychomotoryki

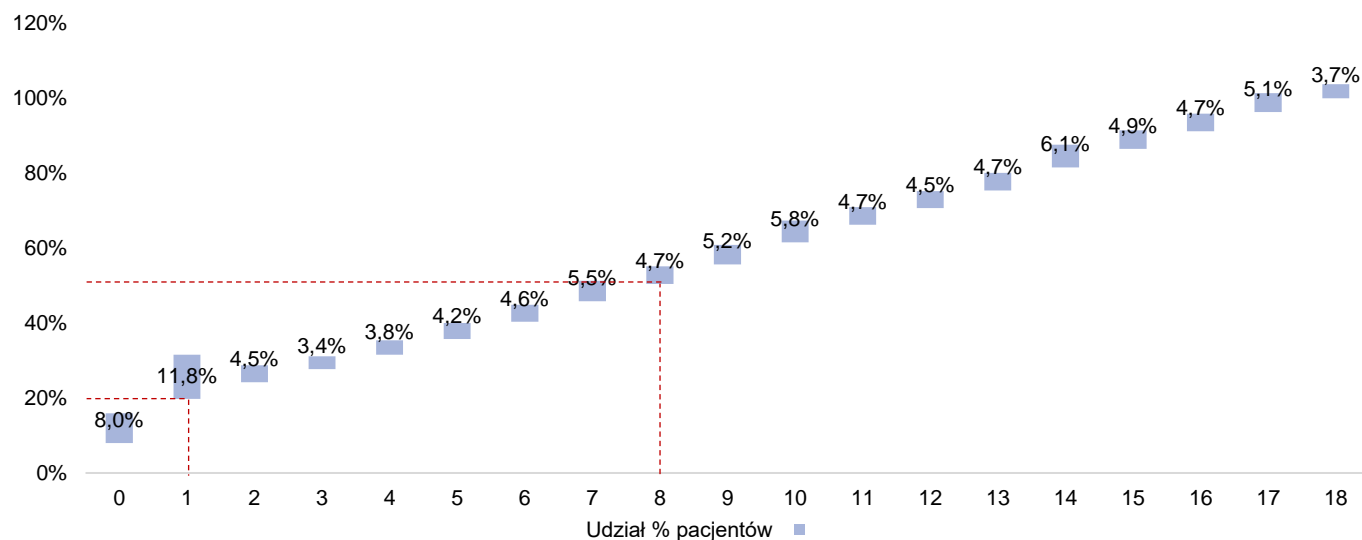
Wiek/Etap edukacji	Liczba pacjentów	Współczynnik korzystania	Bilans	Zakres badań
5 lat	15 068	3,9%	tak	badanie: psychomotoryki
6 lat (roczne przygotowanie przedszkolne)	16 181	4,1%	tak	badanie: psychomotoryki, mowy, wzroku, układu ruchu
7 lat	19 526	4,7%	nie	-
8 lat	16 563	3,8%	nie	-
9 lat (kl.3 szk. podstawowa)*	18 450	4,3%	tak	badanie: wzroku, układu ruchu
10 lat*	20 750	5,1%	tak	badanie: wzroku, układu ruchu
11 lat	16 743	4,4%	nie	-
12 lat	15 905	4,3%	nie	-
13 lat	16 682	4,7%	nie	-
14 lat (kl.1 gimnazjum)	21 711	6,2%	tak	badanie: słuchu, wzroku, układu ruchu
15 lat	17 585	5,0%	nie	-
16 lat	16 692	4,6%	nie	-
17 lat (kl.1 ponadgimnazjalna)	18 166	4,8%	tak	badanie: wzroku, układu ruchu
18 lat	13 281	3,5%	nie	badanie: wzroku, układu ruchu

*bilans wykonywany był w wieku 9 lat albo w wieku 10 lat.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ | Rozporządzenie MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2016 poz. 86).

Analiza struktury wiekowej pacjentów została również przedstawiona jako udział procentowy. Umożliwiło to określenie, w jakim procencie świadczeniobiorcom udzielano rehabilitacji leczniczej w danym roku życia. W 2017 r. 20% stanowili pacjenci w wieku 0–1 r.ż. Natomiast połowa osób korzystających z rehabilitacji leczniczej miała od 0–8 lat.

Wykres 3. Struktura wiekowa pacjentów w wieku od 0 – 18 r.ż. w rodzaju rehabilitacja lecznicza

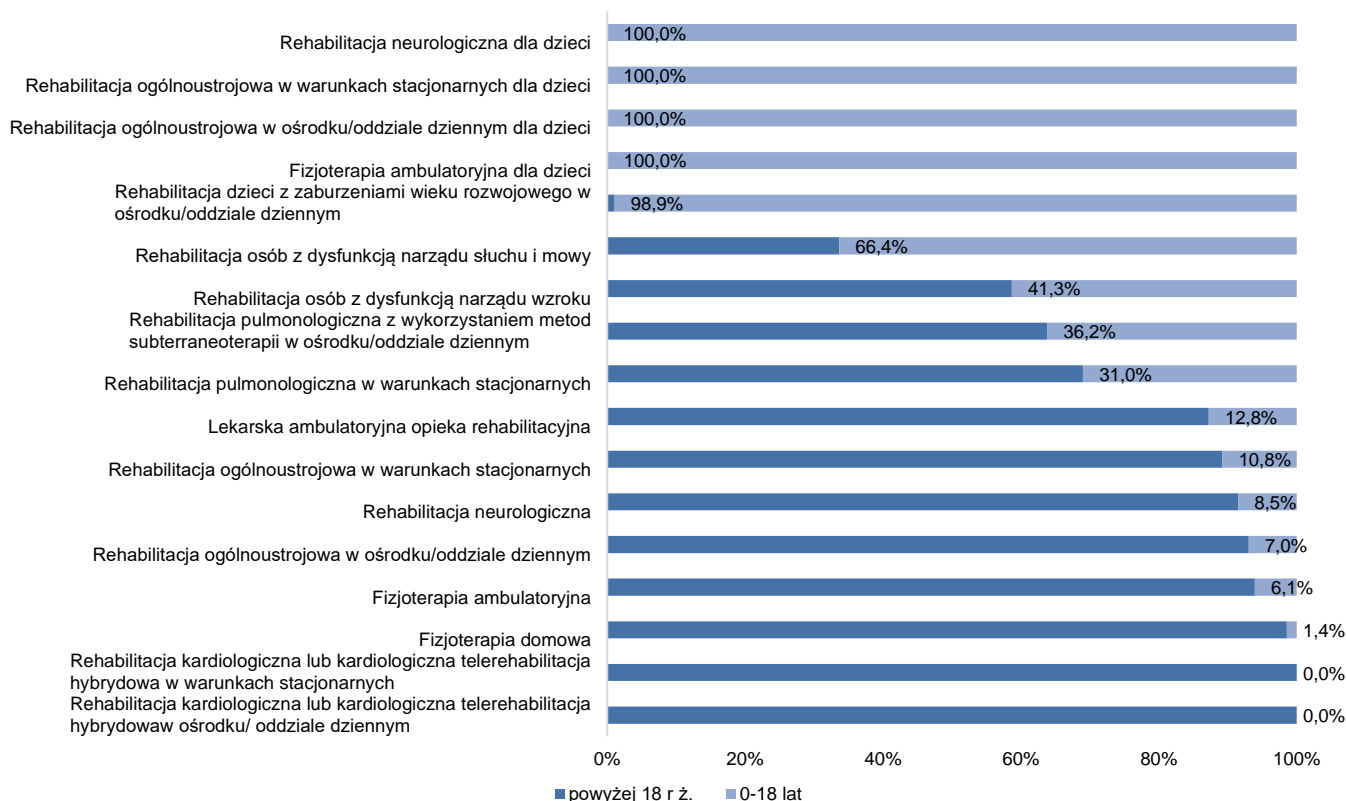


Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

W 2017 roku z rehabilitacji leczniczej dedykowanej dla dzieci tj. rehabilitacja neurologiczna dla dzieci, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla dzieci, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym dla dzieci, fizjoterapia ambulatoryjnej dla dzieci byli pacjenci od 0 do 18 r.ż. Wyjątek stanowiła rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym, gdzie w analizowanym roku 1,1% pacjentów miało więcej niż 18 lat. Natomiast świadczeniobiorcami rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w ośrodku/oddziale dziennym i rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowa w warunkach stacjonarnych były osoby dorosłe. Z pozostałych

zakresów rehabilitacji leczniczej korzystali pacjenci do 18 r.ż. i powyżej 18 lat, co było w pełni zgodne z definicją tych świadczeń, które z zasady były adresowane do wszystkich grup wiekowych.

Wykres 4. Udział pacjentów od 0–18 r.ż. i powyżej 18 lat w rehabilitacji leczniczej w podziale na grupy zakresów w 2017 r.



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Z zakresu rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym w 2017 r. skorzystało 943 pacjentów po 18 r.ż. Były to osoby z przedziału wiekowego 19–25 lat, gdzie wraz z wiekiem liczba pacjentów zmniejszała się odpowiednio ze 195 do 65.

Tabela 6. Liczba pacjentów powyżej 18 r.ż. w poszczególnych przedziałach rocznikowych w zakresie rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym w 2017 r.

Wiek	Liczba pacjentów
19	195
20	170
21	163
22	129
23	134
24	87
25	65
Ogółem	943

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Spośród 943 pacjentów (po 18 r.ż. korzystających w 2017 r. z zakresu rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym) mózgowo porażenie dziecięce miało podane jako rozpoznanie zasadnicze 46%, zespół Downa – 11%, całościowe zaburzenia rozwojowe – 9%, porażenie kończyn dolnych i czterokończynowe – 5%, padaczka – 3%. Wymienione najważniejsze rozpoznania tzw. top 5 miało 75% udziału osób rehabilitowanych w analizowanym zakresie. Ponadto można wyróżnić trzy OW NFZ tj. Podkarpacki, Warmińsko-Mazurski i Zachodniopomorski, z których korzystali pacjenci w wieku powyżej 18 lat, a zakres rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym był przeznaczony do 18 r.ż. Pacjenci byli rehabilitowani z podaniem różnych chorób jako rozpoznanie główne. Przypadki te nie stanowiły dużej

liczby osób. Jedynie w Łódzkim OW NFZ nie było wydanej żadnej zgody na objęcie rehabilitacją skierowaną do dzieci pacjentów powyżej 18 r.ż..

Tabela 7. Liczba pacjentów z wybranymi rozpoznaniem i ich procentowy udział w ogólnej liczbie pacjentów z zakresu rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym

Rozpoznania ICD-10	Mózgowe porażenie dziecięce		Zespół Downa		Całościowe zaburzenia rozwojowe		Porażenie kończyn dolnych i czterokończynowe		Padaczka		Razem	
	Liczba pacjentów	Udział%*	Liczba pacjentów	Udział%*	Liczba pacjentów	Udział%*	Liczba pacjentów	Udział%*	Liczba pacjentów	Udział%*	Liczba pacjentów	Udział%*
Dolnośląski	22	7%	2	1%	3	1%	1	3%			28	93%
Kujawsko-Pomorski	18	5%	1	1%	2	2%	2	7%			23	50%
Lubelski	41	9%	8	5%	11	5%	4	6%			64	78%
Lubuski	6	5%	1	2%							7	70%
Łódzkie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Małopolski	36	18%	4	2%	1	1%	2	6%	2	6%	45	78%
Mazowiecki	59	7%	6	2%	8	1%	12	12%	5	3%	90	69%
Opolski	7	5%	2	4%		0%					9	74%
Podkarpacki	75	15%	22	7%	16	4%	15	16%	4	12%	132	100%
Podlaski	1	1%									1	100%
Pomorski	10	1%	4	3%	2	2%	1	8%			17	73%
Śląski	82	13%	27	8%	24	3%	5	8%	10	12%	148	71%
Świętokrzyski	12	9%	2	2%	3	3%	3	17%			20	79%
Warmińsko-Mazurski	45	21%	19	17%	16	5%	3	12%	6	23%	89	81%
Wielkopolski	12	3%			1	1%					13	78%
Zachodniopomorski	12	21%	2	8%	1	3%	2	33%	4	20%	21	75%
Ogółem	438	7%	100	4%	88	2%	50	8%	31	6%	707	93%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ. | *udział liczby pacjentów powyżej 18 r.ż. w ogólnej liczbie pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym albo z zespołem Downa albo z całościowym zaburzeniem rozwojowym albo z porażeniem kończyn dolnych i czterokończynowym albo z padaczką, **procent pacjentów powyżej 18 r.ż. w grupie pacjentów chorujących na daną chorobę.

Pacjenci wieku 0–18 lat najczęściej rehabilitowani byli w trzech zakresach: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna, rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym. Ponad połowa pacjentów z grupy wiekowej 0–3 lat była rehabilitowana w ramach zakresu rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym. Ponad 40% czterolatków udzielano świadczeń z zakresu fizjoterapia ambulatoryjna i rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym. Natomiast w ponad połowie osób z grupy wiekowej 5–18 lat były udzielane świadczenia w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna, tzn. liczba pacjentów zwiększyła się z 51% w 5 r.ż. do 87% w 18 r.ż. Należy zwrócić uwagę, że pacjenci do 18 r.ż. w niewielkim procencie korzystali z zakresu: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna (2,1–5,2%), rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym (0,5–3,9%), rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy (0,2–4,3%), rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych (0–1,5%).

Tabela 8. Struktura korzystania z poszczególnych zakresów rehabilitacji leczniczej w grupach rocznikowych w 2017 r.

Zakresy	Grupy wiekowe																		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Fizjoterapia ambulatoryjna	19,6%	19,8%	14,5%	19,2%	23,8%	29,4%	30,0%	33,9%	35,7%	35,9%	37,4%	40,4%	40,4%	41,6%	43,5%	45,8%	45,9%	48,3%	54,7%
Fizjoterapia ambulatoryjna dla dzieci	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,4%	0,6%	0,5%	0,6%	0,5%	0,7%	0,7%	0,6%	0,6%	0,5%	0,7%	0,5%	0,6%	0,6%	0,4%
Fizjoterapia domowa	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna	30,7%	26,6%	31,6%	35,2%	40,3%	37,9%	40,7%	40,7%	39,4%	43,1%	44,5%	38,8%	39,7%	39,6%	40,3%	36,7%	37,6%	37,6%	33,0%
Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym	48,3%	51,5%	48,5%	37,5%	26,8%	22,0%	18,1%	13,8%	11,0%	7,8%	5,8%	6,3%	4,8%	4,1%	2,6%	2,7%	2,8%	2,2%	2,3%
Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych																		0,0%	0,0%
Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym																			0,0%
Rehabilitacja neurologiczna	0,3%	0,5%	1,1%	1,2%	0,9%	0,9%	0,9%	0,7%	0,8%	0,8%	0,6%	0,7%	0,8%	0,6%	0,7%	0,8%	0,8%	0,6%	0,8%
Rehabilitacja neurologiczna dla dzieci	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%		0,0%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym	0,3%	0,4%	0,7%	1,2%	1,5%	1,8%	2,3%	2,9%	3,3%	3,2%	3,2%	3,9%	3,7%	3,6%	3,2%	3,8%	4,0%	3,6%	3,5%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym dla dzieci	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,4%	0,6%	0,6%	0,6%	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%	0,3%	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%	0,2%	0,1%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	0,1%	0,2%	0,5%	0,7%	0,9%	1,0%	1,2%	1,5%	2,4%	3,0%	3,7%	4,6%	5,8%	6,5%	6,6%	7,6%	6,2%	5,4%	3,8%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla dzieci	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy	0,3%	0,5%	2,1%	3,4%	3,2%	3,1%	3,3%	3,2%	4,3%	3,2%	2,2%	2,5%	2,1%	1,5%	1,0%	0,8%	0,8%	0,6%	0,7%
Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku	0,1%	0,2%	0,3%	0,4%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,4%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%
Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	0,0%	0,0%	0,3%	0,6%	0,9%	1,1%	1,1%	0,9%	1,1%	1,1%	1,0%	1,3%	1,3%	1,1%	0,9%	0,8%	0,6%	0,4%	0,2%
Rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subtterraneoterapii w ośrodku/oddziale dziennym				0,1%	0,4%	0,8%	0,7%	0,5%	0,4%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%
Ogółem	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

W poszczególnych grupach wiekowych udział pacjentów w rozbiu na zakresy był zróżnicowany. Największy udział pacjentów prawie 12% miały osoby w wieku 1 r.ż. korzystające z zakresu rehabilitacja lecznicza w stosunku do ogólnej liczby osób rehabilitowanych w wieku 0–18 lat, a najmniejszy ponad 3% - pacjenci w wieku 3 lat.

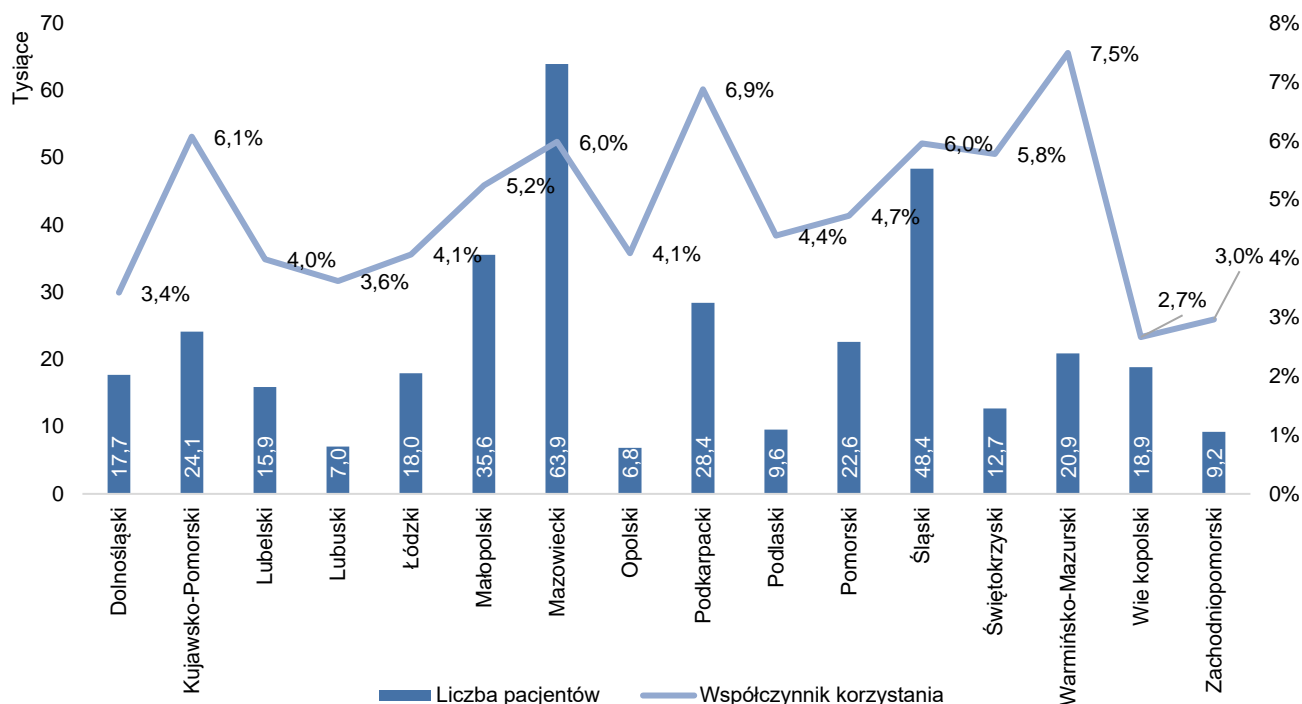
Tabela 9. Odsetek pacjentów w poszczególnych zakresach i grupach wiekowych w stosunku do sumy wszystkich korzystających z rehabilitacji leczniczej w 2017 r.

Zakresy	Grupy wiekowe																			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Suma
Fizjoterapia ambulatoryjna	4,38%	6,58%	1,76%	1,87%	2,64%	3,71%	4,08%	5,62%	5,07%	5,66%	6,70%	5,83%	5,54%	5,94%	8,25%	6,84%	6,38%	7,31%	5,84%	100%
Fizjoterapia ambulatoryjna dla dzieci	3,46%	4,19%	1,82%	2,08%	3,16%	5,49%	4,89%	7,00%	5,27%	7,87%	8,69%	6,18%	5,84%	5,10%	9,04%	5,06%	5,62%	6,61%	2,64%	100%
Fizjoterapia domowa	1,61%	4,03%	4,03%	5,65%	4,84%	4,03%	6,45%	3,23%	4,03%	3,23%	4,03%	0,81%	4,03%	5,65%	10,48%	5,65%	5,65%	13,71%	8,87%	100%
Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna	6,28%	8,11%	3,51%	3,14%	4,09%	4,38%	5,08%	6,19%	5,12%	6,24%	7,30%	5,12%	4,98%	5,18%	7,00%	5,03%	4,79%	5,21%	3,22%	100%
Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym	19,32%	30,70%	10,53%	6,55%	5,33%	4,99%	4,41%	4,10%	2,81%	2,20%	1,87%	1,62%	1,18%	1,05%	0,88%	0,73%	0,70%	0,60%	0,45%	100%
Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych																				
Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym																				
Rehabilitacja neurologiczna	3,41%	7,45%	6,27%	5,40%	4,73%	5,64%	5,67%	5,55%	5,37%	5,76%	5,19%	4,86%	4,98%	4,04%	6,00%	5,55%	5,58%	4,37%	4,19%	100%
Rehabilitacja neurologiczna dla dzieci	2,27%	11,36%	15,91%	6,82%	4,55%	4,55%	0,00%	4,55%	4,55%	2,27%	4,55%	0,00%	2,27%	11,36%	6,82%	9,09%	4,55%	0,00%	4,55%	100%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym	0,92%	1,75%	1,12%	1,59%	2,24%	3,16%	4,22%	6,63%	6,42%	6,93%	7,76%	7,59%	6,82%	7,05%	8,17%	7,59%	7,56%	7,41%	5,09%	100%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym dla dzieci	0,32%	0,64%	0,48%	2,14%	5,00%	9,29%	10,72%	11,60%	5,64%	7,94%	6,51%	8,02%	5,64%	5,48%	5,56%	4,77%	4,45%	4,21%	1,59%	100%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	0,28%	0,63%	0,72%	0,72%	1,09%	1,32%	1,78%	2,75%	3,70%	5,10%	7,28%	7,22%	8,68%	10,11%	13,68%	12,32%	9,39%	8,81%	4,44%	100%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla dzieci	4,24%	17,80%	2,54%	1,69%	0,85%	2,54%	1,69%	3,39%	3,39%	6,78%	3,39%	5,08%	5,08%	4,24%	10,17%	8,47%	5,08%	8,47%	5,08%	100%
Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy	1,02%	3,27%	4,67%	6,02%	6,38%	7,12%	8,09%	9,78%	11,02%	9,32%	7,26%	6,60%	5,17%	3,80%	3,29%	2,24%	2,08%	1,54%	1,31%	100%
Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku	2,72%	6,95%	4,37%	4,23%	7,38%	8,60%	9,18%	10,82%	9,61%	7,46%	6,81%	4,23%	3,73%	3,15%	2,29%	1,43%	1,79%	3,23%	2,01%	100%
Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	0,03%	0,39%	1,52%	2,98%	4,65%	6,52%	7,06%	7,00%	7,42%	8,46%	8,28%	8,93%	8,28%	7,68%	7,95%	5,60%	3,60%	2,95%	0,80%	100%
Rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/oddziale dziennym	0,00%	0,00%	0,00%	1,35%	8,43%	17,75%	16,18%	15,84%	10,34%	6,97%	6,40%	3,48%	3,15%	3,03%	1,91%	1,80%	1,01%	1,57%	0,79%	100%
Ogółem	7,97%	11,80%	4,48%	3,44%	3,83%	4,24%	4,55%	5,50%	4,66%	5,19%	5,84%	4,71%	4,48%	4,69%	6,11%	4,95%	4,70%	5,11%	3,74%	100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

W 2017 r. populacja pacjentów korzystających z zakresu rehabilitacja lecznicza w grupie wiekowej od 0–18 r.ż. była istotnie zróżnicowana w zależności od oddziału wojewódzkiego. Największa liczba pacjentów 63 906, była w Mazowieckim OW NFZ, a następnie w Śląskim OW NFZ (48 372) i Małopolskim OW NFZ (35 558). Najmniejsza liczba pacjentów 6 842 była w Opolskim OW NFZ. Wartość współczynnika korzystania była najwyższa w Warmińsko-Mazurskim OW NFZ (7,5%), Podkarpackim OW NFZ (6,9%), Kujawsko-Pomorskim OW NFZ (6,1%), a najniższa w Wielkopolskim (2,7%).

Wykres 5. Liczba pacjentów w wieku od 0 – 18 r.ż., którym udzielono świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w poszczególnych OW NFZ w 2017 r.



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ | Główny Urząd Statystyczny.

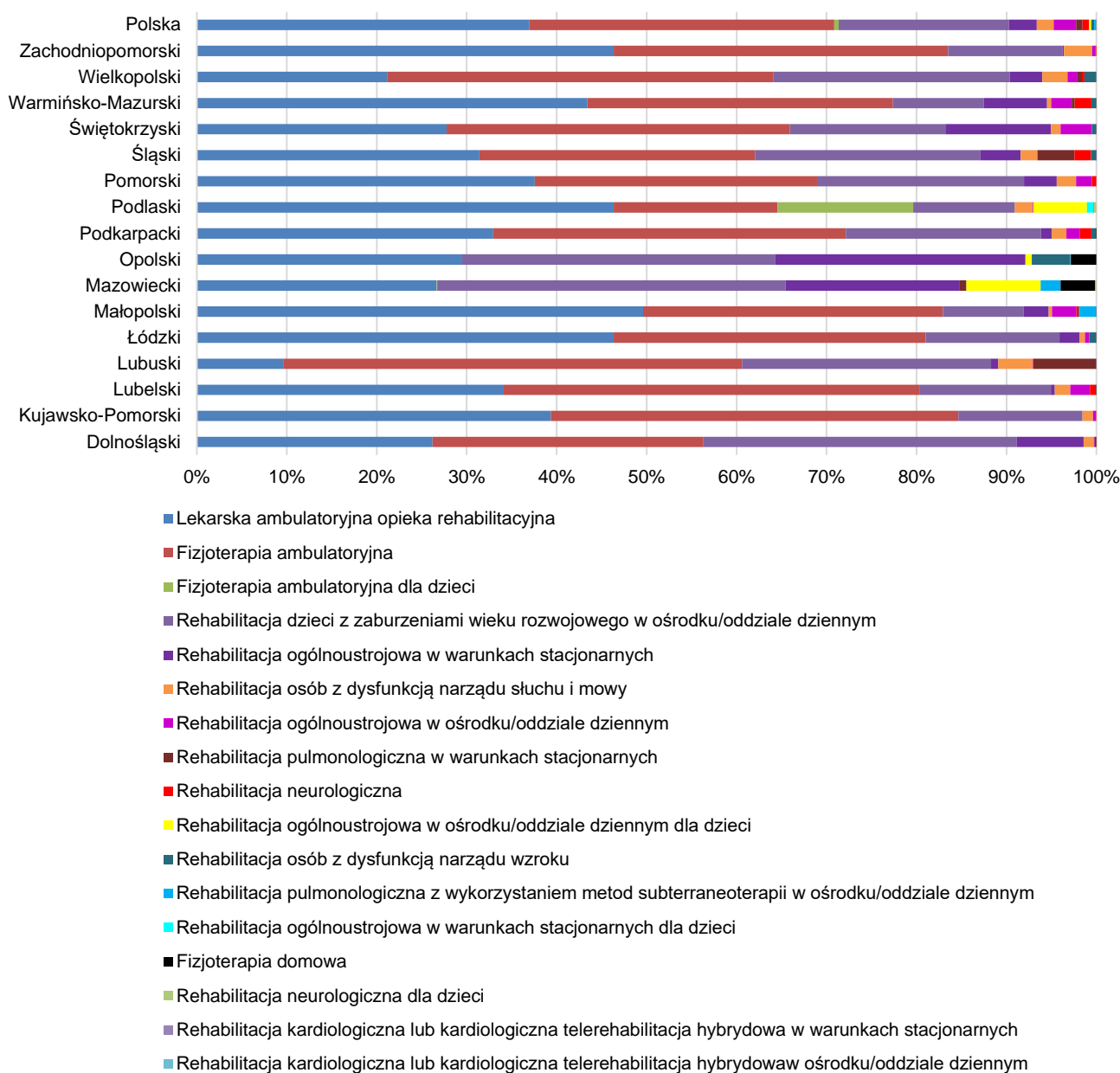
Pacjenci w wieku od 0–18 lat najczęściej korzystali z zakresu lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna. W Polsce w 2017 r. z ww. zakresu skorzystało 173 tys. osób (tj. 37,0% korzystających z rehabilitacji leczniczej). Największy procentowo udział 49,6% w ww. zakresie był na terenie Małopolskiego OW NFZ, gdzie liczba pacjentów wyniosła 24 tys. Zaś największa liczba pacjentów 33 tys. odnotowano na obszarze Mazowieckiego OW NFZ, co stanowiło prawie 38,7% udziału wszystkich korzystających z zakresu lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna. Należy zauważyć, że dla większości zakresów w Mazowieckim OW NFZ liczba rehabilitowanych pacjentów będzie jedną z najwyższych z powodu największej populacji osób w tym OW NFZ.

Pacjenci w wieku od 0–18 lat stanowili 33,8% ogólnej liczny pacjentów (prawie 4 tys. osób), którym udzielono świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna, w tym fizjoterapia ambulatoryjna dla dzieci. Osobny zakres fizjoterapia ambulatoryjna dla dzieci, w której udzielano świadczeń z ww. rodzaju był na obszarze Podlaskiego OW NFZ i było tam rehabilitowanych 33,3% pacjentów do 18 r.ż.

O prawie połowę mniejszy udział tj. 18,9% pacjentów w grupie wiekowej 0-18 lat korzystało z zakresu rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym w stosunku do zakresu lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna. Największy procentowy udział pacjentów rehabilitowanych w ramach zakresu rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym był w Dolnośląskim OW NFZ i wyniósł 34,8% osób do 18 r.ż.

W pozostałych zakresach dominowała rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, z której najczęściej korzystali pacjenci do 18 r.ż. na terenie Opolskiego i Mazowieckiego OW NFZ.

Wykres 6. Liczba pacjentów w wieku od 0–18 lat, którym udzielono świadczeń z rehabilitacji leczniczej według zakresów w poszczególnych OW NFZ w 2017 r.



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Na potrzeby analizy dokonano grupowania poszczególnych zakresów na pięć tzw. grup zakresów: fizjoterapia ambulatoryjna ogółem (fizjoterapia ambulatoryjna i fizjoterapia ambulatoryjna dla dzieci), fizjoterapia domowa ogółem, lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna ogółem, rehabilitacja lecznicza w warunkach ośrodka/oddziału dziennego ogółem (rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym dla dzieci, rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy, rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku, rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metody subterraneoterapii w ośrodku/oddziale dziennym), rehabilitacja lecznicza w warunkach stacjonarnych ogółem (rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja neurologiczna, rehabilitacja neurologiczna dla dzieci, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla dzieci, rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych). Największa liczba pacjentów w wieku od 0–18 lat, tj. 186 tys. (unikatowy numer identyfikujący pacjenta) skorzystała z zakresu lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna ogółem. Najczęściej

sprawozdawaną kategorią ICD-10 w ww. zakresie była skolioza (28% osób). Średnia wartość przypadająca na leczenie pacjenta ze skoliozą wyniosła 44 zł, a średnia wartość przypadająca na leczenie pacjenta biorąc pod uwagę wszystkie kategorie z zakresu lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna ogółem osiągnęła wartość 41 zł. Najdroższe świadczenie zrealizowane na pacjenta odnotowano w zakresie rehabilitacja lecznicza w warunkach stacjonarnych ogółem i było to porażenie kończyn dolnych i czterokończynowe. Leczenie to objęło 0,13% osób korzystających z rehabilitacji leczniczej. Średnia wartość przypadająca na leczenie pacjenta z tym rozpoznaniem wyniosła 7 696, a średnio świadczeniobiorcy wykonywano ok. 2 procedur. Największa liczba świadczeniodawców 5 017 707 udzielała świadczeń z zakresu fizjoterapia ambulatoryjna ogółem, a najmniejsza 12 811 – z zakresu fizjoterapia domowa ogółem.

Tabela 10. Istotne rozpoznania w rodzaju rehabilitacja lecznicza w 2017 r.

ICD-10	Liczba wystąpień unikatowych numerów identyfikujących pacjenta	Udział % liczby wystąpień kategorii ICD 10 w liczbie wystąpień ogółem	Liczba świadczeń	Udział %	Liczba procedur na pacjenta	Liczba świadczeniodawców	Wartość zrealizowana (zł)	Wartość zrealizowana na pacjenta (zł)	Udział %
Fizjoterapia ambulatoryjna ogółem									
Skolioza	44 134	25%	1 269 320	25%	28,8	1 856	13 983 543	317	27%
Inne nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	12 201	7%	315 226	6%	25,8	1 085	3 431 076	281	7%
Inne nabyte deformacje kończyn	10 127	6%	303 856	6%	30,0	1 007	3 196 690	316	6%
Kifoza i lordoza	9 787	6%	242 123	5%	24,7	1 036	2 627 467	268	5%
Brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego	8 880	5%	178 851	4%	20,1	432	2 923 968	329	6%
Choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przemęczeniem i przeciążeniem	5 514	3%	158 807	3%	28,8	1 437	1 060 309	192	2%
Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł na poziomie stawu skokowego i stopy	3 458	2%	99 662	2%	28,8	1 176	677 387	196	1%
Bóle grzbietu	3 282	2%	101 927	2%	31,1	1 077	904 321	276	2%
Następstwa urazów kończyny dolnej	3 245	2%	108 299	2%	33,4	1 072	812 778	250	2%
Inne zaburzenia układu nerwowego niesklasyfikowane gdzie indziej	3 244	2%	65 548	1%	20,2	227	1 108 073	342	2%
Pozostałe	72 536	41%	2 174 088	43%	30,0		20 793 718	287	40%
Ogółem	176 408	100%	5 017 707	100%	28,4		51 519 331	292	100%
Fizjoterapia domowa ogółem									
Mózgowe porażenie dziecięce	41	30%	3 874	30%	94,5	24	93 407	2 278	30%
Porażenie kończyn dolnych i cztero kończynowe	17	13%	2 007	16%	118,1	11	49 626	2 919	16%
Pierwotne zaburzenia mięśniowe	12	9%	1 422	11%	118,5	6	36 196	3 016	11%
Skolioza	4	3%	101	1%	25,3	1	2 322	581	1%
Inne zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego	4	3%	418	3%	104,5	3	9 918	2 480	3%
Zespół Downa	4	3%	533	4%	133,3	3	13 373	3 343	4%

ICD-10	Liczba wystąpień unikatowych numerów identyfikujących pacjenta	Udział % liczby wystąpień kategorii ICD_10 w liczbie wystąpień ogółem	Liczba świadczeń	Udział %	Liczba procedur na pacjenta	Liczba świadczeniodawców	Wartość zrealizowana (zł)	Wartość zrealizowana na pacjenta (zł)	Udział %
Całościowe zaburzenia rozwojowe	4	3%	221	2%	55,3	4	5 041	1 260	2%
Inne zaburzenia mózgu	3	2%	242	2%	80,7	3	5 311	1 770	2%
Rdzeniowy zanik mięśni i zespoły pokrewne	3	2%	330	3%	110,0	3	8 968	2 989	3%
Inne nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	3	2%	38	0%	12,7	1	512	171	0%
Pozostałe	41	30%	3 625	28%	88,4		91 799	2 239	29%
Ogółem	136	100%	12 811	100%	94,2		316 473	2 327	100%
Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna ogółem									
Skolioza	52 924	28%	73 984	29%	1,4	1 039	2 307 186	44	30%
Inne nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	17 208	9%	21 279	8%	1,2	393	641 448	37	8%
Inne nabyte deformacje kończyn	16 260	9%	20 016	8%	1,2	617	586 674	36	8%
Kifoza i lordoza	15 415	8%	18 829	7%	1,2	610	578 110	38	8%
Brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego	14 670	8%	21 406	8%	1,5	393	645 030	44	8%
Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	6 762	4%	9 036	4%	1,3	329	269 345	40	4%
Mózgowe porażenie dziecięce	4 400	2%	8 088	3%	1,8	553	233 032	53	3%
Inne zaburzenia układu nerwowego niesklasyfikowane gdzie indziej	4 362	2%	8 141	3%	1,9	183	241 558	55	3%
Inne zniekształcające choroby grzbietu	3 355	2%	4 515	2%	1,3	338	135 027	40	2%
Bóle grzbietu	2 925	2%	3 705	1%	1,3	658	114 577	39	1%
Pozostałe	47 899	26%	65 452	26%	1,4		1 930 040	40	25%
Ogółem	186 180	100%	254 451	100%	1,4		7 682 026	41	100%
Rehabilitacja lecznicza w warunkach ośrodka/oddziału dziennego ogółem									
Brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego	45 991	36%	765 768	32%	16,7	279	60 257 054	1 310	31%

ICD-10	Liczba wystąpień unikatowych numerów identyfikujących pacjenta	Udział % liczby wystąpień kategorii ICD_10 w liczbie wystąpień ogółem	Liczba świadczeń	Udział %	Liczba procedur na pacjenta	Liczba świadczeniodawców	Wartość zrealizowana (zł)	Wartość zrealizowana na pacjenta (zł)	Udział %
Inne zaburzenia układu nerwowego niesklasyfikowane gdzie indziej	9 970	8%	146 274	6%	14,7	207	11 647 681	1 168	6%
Skolioza	6 393	5%	111 000	5%	17,4	201	8 672 143	1 357	5%
Mózgowe porażenie dziecięce	5 883	5%	216 696	9%	36,8	294	19 679 160	3 345	10%
Zaburzenia związane z krótkim czasem trwania ciąży i niską masą urodzeniową, niesklasyfikowane gdzie indziej	5 509	4%	68 747	3%	12,5	169	5 305 646	963	3%
Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka	4 730	4%	88 193	4%	18,6	180	6 819 585	1 442	4%
Upośledzenie słuchu przewodzeniowe i czuciowo-nerwowe	4 318	3%	85 321	4%	19,8	77	6 104 220	1 414	3%
Całościowe zaburzenia rozwojowe	3 953	3%	110 060	5%	27,8	235	9 845 372	2 491	5%
Specyficzne zaburzenia rozwojowe funkcji motorycznych	3 715	3%	52 996	2%	14,3	154	4 321 722	1 163	2%
Zaburzenie napięcia mięśniowego u noworodka	2 596	2%	29 623	1%	11,4	114	2 291 252	883	1%
Pozostałe	35 970	28%	688 550	29%	19,1		56 728 404	1 577	30%
Ogółem	129 028	100%	2 363 228	100%	18,3		191 672 240	1 486	100%
Rehabilitacja lecznicza w warunkach stacjonarnych ogółem									
Skolioza	8 699	39%	15 476	15%	1,8	46	30 242 815	3 477	35%
Inne nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	1 456	7%	2 597	3%	1,8	29	4 890 268	3 359	6%
Mózgowe porażenie dziecięce	1 447	7%	2 881	3%	2,0	38	10 556 452	7 295	12%
Inne zespoły porażenne	1 341	6%	2 276	2%	1,7	26	8 024 461	5 984	9%
Kifoza i lordoza	1 287	6%	1 920	2%	1,5	33	4 437 349	3 448	5%
Astma oskrzelowa	1 171	5%	22 889	22%	19,5	9	2 639 606	2 254	3%
Nieokreślone przewlekłe zapalenie oskrzeli	1 118	5%	22 833	22%	20,4	4	2 558 034	2 288	3%
Inne zespoły zaburzeń oddychania	993	4%	19 553	19%	19,7	5	2 291 852	2 308	3%
Porażenie kończyn dolnych i czterokończynowe	675	3%	1 302	1%	1,9	43	5 194 946	7 696	6%

ICD-10	Liczba wystąpień unikatowych numerów identyfikujących pacjenta	Udział % liczby wystąpień kategorii ICD_10 w liczbie wystąpień ogółem	Liczba świadczeń	Udział %	Liczba procedur na pacjenta	Liczba świadczeniodawców	Wartość zrealizowana (zł)	Wartość zrealizowana na pacjenta (zł)	Udział %
Następstwa urazów kończyny dolnej	316	1%	647	1%	2,0	40	1 404 655	4 445	2%
Pozostałe	3 622	16%	9 592	9%	2,6		13 861 338	3 827	16%
Ogółem	22 125	100%	101 966	100%	4,6		86 101 775	3 892	100%
Razem	513 877		7 750 163		147		337 291 845		

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

W kolejnej analizie zaprezentowano liczbę pacjentów i wartość zrealizowaną umów w podziale na najważniejsze rozpoznania, uwzględniając jednocześnie wybrane zakresy lub grupy zakresów rehabilitacji leczniczej (tzn. fizjoterapię domową, rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja kardiologiczna ogółem, rehabilitacja neurologiczna ogółem, rehabilitacja ogólnoustrojową, rehabilitację pulmonologiczną). W 2017 r. najczęściej sprawozdawanym rozpoznaniem było opóźnienie etapów rozwoju fizjologicznego, które wystąpiło u prawie 10 tys. pacjentów do 18 r.ż. i kosztowało budżet państwa 14,4 mln zł. Drugim najczęściej sprawozdawanym rozpoznaniem była idiopatyczna skolioza młodzieńcza (7,1 mln pacjentów), które jednocześnie osiągnęła największą wartość zrealizowaną umowy.

Tabela 11. Liczba pacjentów i wartość zrealizowana istotnych rozpoznań w wybranych zakresach rehabilitacji leczniczej w 2017 r.

ICD_10_nazwa	Kod ICD-10	Fizjoterapia domowa		Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym		Rehabilitacja kardiologiczna ogółem		Rehabilitacja neurologiczna ogółem		Rehabilitacja ogólnoustrojowa		Rehabilitacja pulmonologiczna		Suma lb pacjen.	Suma w z (tys.)
		Lb. pacjen.	W z (tys.)	Lb. pacjen.	W z (tys.)	Lb. pacjen.	W z (tys.)	Lb. pacjen.	W z (tys.)	Lb. pacjen.	W z (tys.)	Lb. pacjen.	W z (tys.)	Lb. pacjen.	W z (tys.)
Opóźnienie etapów rozwoju fizjologicznego	R62.0			9 900	14 236,86	0	0,00	0,00	0,00	93	129,51	0	0,00	9 993	14 366,37
Idiopatyczna skolioza młodzieńcza	M41.1			128	98,91	0	0,00	0,00	0,00	6 992	20 343,95	2	2,88	7 122	20 445,74
Mózgowe porażenie dziecięce	G80	139	82 602	4 830	11 840,87	0	0,00	0,00	0,00	179	227,53	0	0,00	5 148	12 151,00
Inne braki w porównaniu do oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego	R62.8			4 623	5 071,81	0	0,00	0,00	0,00	12	22,73	0	0,00	4 635	5 094,53
Brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego, nieokreślony	R62.9			4 546	4 961,82	0	0,00	0,00	0,65	21	30,89	0	0,00	4 568	4 993,36

ICD_10_nazwa	Kod ICD-10	Fizjoterapia domowa		Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym		Rehabilitacja kardiologiczna ogółem		Rehabilitacja neurologiczna ogółem		Rehabilitacja ogólnoustrojowa		Rehabilitacja pulmonologiczna		Suma lb pacjen.	Suma w z (tys.)
		Lb. pacjen.	W z (tys.)	Lb. pacjen.	W z (tys.)	Lb. pacjen.	W z (tys.)	Lb. pacjen.	W z (tys.)	Lb. pacjen.	W z (tys.)	Lb. pacjen.	W z (tys.)	Lb. pacjen.	W z (tys.)
Specyficzne zaburzenia rozwojowe funkcji motorycznych	F82			3 900	4 316,84	0	0,00	0,00	0,00	5	2,93	0	0,00	3 905	4 319,77
Idiopatyczna skolioza dziecięca	M41.0			196	187,54	0	0,00	0,00	0,00	2 764	6 631,38	0	0,00	2 960	6 818,92
Całościowe zaburzenia rozwojowe	F84	10	2 602	2 553	5 164,40	0	0,00	0,00	0,00	5	7,28	0	0,00	2 568	5 174,29
Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka	F80			2 460	3 105,49	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	2 460	3 105,49
Inne określone nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego	M95.8			68	57,64	0	0,00	0,00	0,00	2 176	5 692,09	2	3,25	2 246	5 752,98
Inne postacie skoliozy	M41.8			45	55,94	0	0,00	0,00	0,00	2 193	5 675,31	0	0,00	2 238	5 731,25
Zespół Downa	Q90	15	13 373	2 058	4 846,69	0	0,00	0,00	0,00	22	30,00	0	0,00	2 095	4 890,06
Inne zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego	G96	10	9 423	1 931	2 291,12	0	0,00	0,00	0,00	26	33,20	0	0,00	1 967	2 333,75
Skolioza	M41	15	2 322	327	367,55	0	0,00	0,00	0,00	1 613	1 963,88	1	0,13	1 956	2 333,88
Kifoza zależna od wadliwej postawy	M40.0			12	7,33	0	0,00	0,00	0,00	1 690	4 123,46	1	1,75	1 703	4 132,55
Inne przypadki wcześniactwa	P07.3			1 649	1 582,77	0	0,00	0,00	0,00	6	9,26	0	0,00	1 655	1 592,03
Spastyczne czterokończynowe mózgowie porażenie dziecięce	G80.0	10	10 805	716	3 043,72	0	0,00	0,45	2 972,50	110	264,22	0	0,00	1 290	6 291,23
Nieokreślone przewlekłe zapalenie oskrzeli	J42					0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	1 137	2 558,03	1 137	2 558,03
Inne postacie skoliozy wtórnej	M41.5			24	62,70	0	0,00	0,00	0,00	1 072	2 482,52	0	0,00	1 096	2 545,22
Spastyczne dwukończynowe mózgowie porażenie dziecięce	G80.1			461	1 667,55	0	0,00	0,45	3 251,02	75	236,90	0	0,00	990	5 155,48
Zespół porażenny, nieokreślony	G83.9			171	295,26	0	0,00	0,68	3 794,51	12	21,17	0	0,00	860	4 110,94

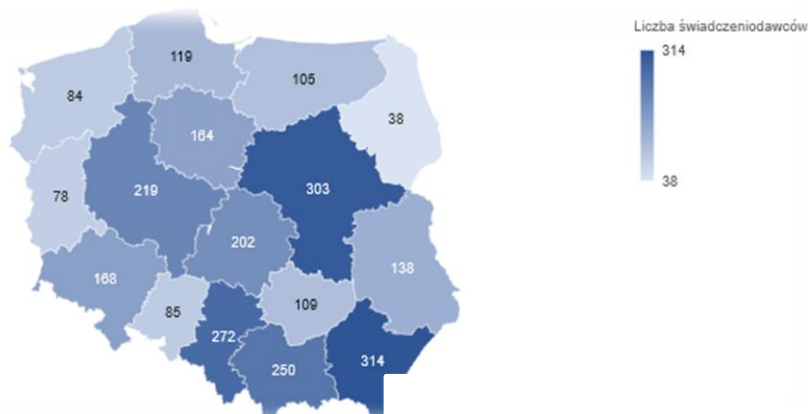
ICD_10_nazwa	Kod ICD-10	Fizjoterapia domowa		Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym		Rehabilitacja kardiologiczna ogółem		Rehabilitacja neurologiczna ogółem		Rehabilitacja ogólnoustrojowa		Rehabilitacja pulmonologiczna		Suma lb pacjen.	Suma w z (tys.)
		Lb. pacjen.	W z (tys.)	Lb. pacjen.	W z (tys.)	Lb. pacjen.	W z (tys.)	Lb. pacjen.	W z (tys.)	Lb. pacjen.	W z (tys.)	Lb. pacjen.	W z (tys.)	Lb. pacjen.	W z (tys.)
Spastyczne mózgowo porażenie dziecięce połowicze	G80.2			386	879,80	0	0,00	0,29	1 803,80	74	155,00	0	0,00	746	2 838,60
Inne określone zespoły porażenne	G83.8	5	3 278	32	78,91	0	0,00	0,47	2 571,65	74	170,34	0	0,00	585	2 824,18
Najważniejsze rozpoznania razem		204	124 405	41 016	64 221,54	0	0	2 346	14 394,12	19 214	48 253,57	1 143	2 566,03	63 923	129 559,67
Pozostałe		312	192 068	73 711	95 509,96	5	10 584	1 459	10 281,65	10 709	23 583,50	3 222	6 249,88	89 418	135 827,64
Suma		516	316 474	114 727	159 731,49	5	10 584,00	3 805	24 675,77	29 923	71 837,07	4 365	8 815,92	153 341	265 387,31

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ. | Lb. pacjen. – liczba pacjentów, W z(tys.) – wartość zrealizowana, Rehabilitacja kardiologiczna ogółem - rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/ oddziale dziennym; Rehabilitacja neurologiczna ogółem – rehabilitacja neurologiczna, rehabilitacja neurologiczna dla dzieci; Rehabilitacja ogólnoustrojowa – rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/ oddziale dziennym, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym dla dzieci, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla dzieci; Rehabilitacja pulmonologiczna – rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/ oddziale dziennym.

Analizując dane dotyczące świadczeniodawców należy mieć na uwadze, że pojedynczy świadczeniodawca, rozumiany jako podmiot gospodarczy mający zdolność kontraktowania z NFZ może udzielać świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w jednym lub kilku zakresach, może mieć różne placówki medyczne mieszczące się w odrębnych lokalizacjach.

W 2017 r. w Polsce funkcjonowało 318 świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza dla pacjentów w wieku 0–18 lat. Gęstość ich rozłożenia na terenie kraju była zróżnicowana. Największe skupienie miejsc udzielania świadczeń było w Mazowieckim OW NFZ, Podkarpackim OW NFZ, Małopolskim OW NFZ i Śląskim OW NFZ (liczba MUS w odniesieniu do powierzchni oddziału wojewódzkiego NFZ). W ww. oddziałach wojewódzkich znajdowało się 40% MUS-ów.

Rysunek 1. Liczba świadczeniodawców w rodzaju rehabilitacja lecznicza w poszczególnych OW NFZ*



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych.

* - podane liczby dotyczą tylko świadczeniodawców, którzy w 2017 r. udzieliili świadczeń pacjentom w wieku 0-18 r.ż.

3.1.2 Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w ramach rehabilitacji pulmonologicznej stacjonarnej

Według art. 20 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.) świadczenia w ramach świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia. Tym samym na potrzeby poniższej analizy można przyjąć, że pacjentom udzielana jest rehabilitacja w działkach (pracowniach) fizjoterapii dla dzieci, oddziałach rehabilitacji neurologicznej dla dzieci, oddziałach rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci, oddziałach rehabilitacyjny dla dzieci, poradniach rehabilitacyjna dla dzieci, zakładach/ośrodkach rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci według kolejności zgłoszenia. Oznacza to, że w przypadku, kiedy pacjent nie może zostać przyjęty w dniu stawienia się w ww. komórkach organizacyjnych powinien zostać wpisany na listę oczekujących. Świadczeniodawca prowadzi listę oczekujących w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na odrębne kolejki zgodne z kryteriami medycznymi tj. przypadek pilny i przypadek stabilny. Zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2005 nr 200 poz. 1661) przypadek pilny występuje jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia. Przypadek stabilny występuje, jeżeli nie jest to stan nagły ani przypadek, który zalicza się do kategorii „pilny”. Jednocześnie zgodnie z § 3 tego rozporządzenia, pacjenta zakwalifikowanego do kategorii medycznej „przypadek pilny” umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Obowiązek prowadzenia list oczekujących nie dotyczy m.in. kontynuacji leczenia, gdy wymagane są okresowe, w ściśle ustalonym terminie kolejne wizyty albo porady. Według rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców,

szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2016 poz. 192 z późn. zm.) w kolejce na wykonanie świadczenia nie oczekują pacjenci, którym przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością. Są to m.in.: osoby posiadające tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi lub Honorowego Dawcy Przeszczepu; kobiety w ciąży; inwalidzi wojenni i wojskowi; kombatancki; uprawnieni żołnierze i pracownicy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa; weterani poszkodowani w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa. Według przytoczonego rozporządzenia średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia oblicza się odrębnie dla każdej grupy osób wpisanych na listę w poszczególnej komórce organizacyjnej lub na poszczególnej procedurę medyczną, lub świadczenia w określonym zakresie, z wyłączeniem listy dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym dla których świadczeniodawca prowadzi odrębną listę oczekujących.

Przyczyny skreślenia z listy oczekujących mogą być następujące: wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę, powiadomienie o rezygnacji przez osobę wpisaną na listę oczekujących, zaprzestanie wykonywania świadczenia danego rodzaju przez danego świadczeniodawcę, przeniesienie osoby wpisanej na listę oczekujących na inną listę oczekujących u danego świadczeniodawcy, zgon osoby wpisanej na listę oczekujących, informacja potwierdzona przez Fundusz, że osoba znajduje się na liście oczekujących na to samo świadczenie u innego świadczeniodawcy; niezgłoszenie się przez osobę wpisaną na listę oczekujących w ustalonym terminie udzielenia świadczenia; niedostarczenie oryginału skierowania w ciągu 14 dni od dnia wpisania na listę oczekujących; inna przyczyna.

Z danych otrzymanych z bazy Informator o Terminach Leczenia z 28.02.2019 r. (patrz tabela poniżej) do analizy średniego czasu oczekiwania włączono: 8,5 tys. świadczeniodawców, którzy stanowili prawie 70% ogólnej liczby MUS-ów. Byli to wszyscy świadczeniodawcy, którzy przekazali poprawne dane (możliwe do dalszej analizy). Analizowana grupa obejmowała 1,5 mln pacjentów zapisanych na listę oczekujących (99%) i 300 tys. osób skreślonych z listy oczekujących (99%). 8,6% świadczeniodawców przekazało dane, które były niemożliwe do interpretacji. Dotyczy to dwóch grup świadczeniodawców: liczba osób oczekujących w kolejce wynosi 0 przy czasie oczekiwania większym od 0 lub liczba osób oczekujących w kolejce jest większa od 0 przy czasie oczekiwania równym 0.

Tabela 12. Podstawowe informacje o świadczeniodawcach/MUS przekazujących dane o liczbie osób oczekujących

	Liczba MUS	Udział % MUS	Liczba osób oczekujących	Udział % osób oczekujących	Liczba osób skreślonych	Udział % osób skreślonych	Dane analizowane przez AOTMiT
Świadczeniodawca nie sprawozdał listy oczekujących	90	0,7	0	0	0	0	nie
Pacjenci przyjmowani są na bieżąco lub w okresie ostatnich 6 miesięcy żadnej z osób oczekujących nie zostało udzielone świadczenie	2 719	22,2	0	0	0	0	nie
Przekazane dane są niemożliwe w interpretacji	1 054	8,6	16 539	1	2 494	1	nie
Pacjenci zapisani na listę oczekujących	8 409	68,5	1 591 360	99	318 227	99	tak
Ogółem	12 272	100	1 607 899	100	320 721	100	-

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ.

Do analizy średniego czasu oczekiwania wzięto pod uwagę: oddział rehabilitacji pulmonologicznej i oddział rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci. Każda komórka organizacyjna została podzielona na kategorie medyczne. Odrębnie dla przypadku pilnego i stabilnego obliczono średni ważony czas oczekiwania i średni arytmetyczny czas oczekiwania. Do obliczenia średnich wybrano tych świadczeniodawców, dla których zaraportowany przez nich do NFZ średni czas oczekiwania oraz liczba osób oczekujących były większe od 0. Średnia arytmetyczna czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia jest wyliczana na podstawie średnich długości czasu oczekiwania na świadczenia dla poszczególnych MUS-ów. Natomiast średni ważony czas oczekiwania na udzielenie świadczenia został obliczony przy uwzględnieniu wagi jaką stanowił odsetek liczby osób oczekujących na uzyskanie świadczenia danego świadczeniodawcy (MUS) do sumy osób w kolejce dla

MUS-ów zawierających tę samą komórkę organizacyjną. Średni ważony czas oczekiwania obliczono zatem zgodnie z następującym wzorem:

$$T_{\text{średni ważony}} = W_{\text{MUS1}} \cdot T_{\text{MUS1}} + W_{\text{MUS2}} \cdot T_{\text{MUS2}} + \dots + W_{\text{MUSn}} \cdot T_{\text{MUSn}}, \text{ gdzie:}$$

$T_{\text{średni ważony}}$ – średni czas ważony dla danej jednorodnej grupy MUS

T_{MUS1} – średni czas oczekiwania dla danego MUS

W_{MUS1} – waga dla danego MUS1 tj. iloraz liczby osób w kolejce dla danego MUS przez sumę osób w kolejce dla danej grupy MUS (tj. grupa tych samych komórek organizacyjnych).

W Polsce w 2018 r. było 127 miejsc udzielania świadczeń (w tym 17 działów (pracowni) fizjoterapii dla dzieci, 8 oddziałów rehabilitacji neurologicznej dla dzieci, 3 oddziały rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci, 11 oddziałów rehabilitacyjnych dla dzieci, 9 poradni rehabilitacyjnych dla dzieci, 79 zakładów/ośrodków rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci). Dla przypadku pilnego i przypadku stabilnego (oprócz działu (pracowni) fizjoterapii dla dzieci i oddziału rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci) średni ważony czas oczekiwania jest dłuższy od średniej arytmetycznej czasu oczekiwania. Różnice między średnią ważoną a średnią arytmetyczną dla danej grupy świadczeniodawców/MUS występują w sytuacji, gdy istnieją różnice pomiędzy średnimi czasami oczekiwania dla świadczeniodawców/MUS o różnej długości kolejki. Jeżeli w analizowanej grupie świadczeniodawców/MUS średni czas oczekiwania, u tych z nich którzy mają najdłuższe kolejki jest większy od średniej arytmetycznej dla całej grupy, wtedy średni ważony czas oczekiwania jest większy od średniej arytmetycznej czasów oczekiwania, w przeciwnym przypadku jest on od niej mniejszy.

W oddziałach rehabilitacji pulmonologicznej na świadczenia z kategorią medyczną przypadek pilny oczekiwało 708 świadczeniobiorców, średni ważony czas oczekiwania wyniósł 473 dni, a średni arytmetyczny czas oczekiwania – 126 dni. W oddziałach rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci na świadczenia z kategorią medyczną przypadek stabilny oczekiwało 1 463 pacjentów, średni ważony czas oczekiwania wyniósł 162 dni, a średni arytmetyczny czas oczekiwania – 117 dni. Dla przypadku pilnego średni ważony czas oczekiwania i średni arytmetyczny czas oczekiwania dla oddziałów rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci był na takim samym poziomie i wyniósł po 112 dni.

Na świadczenia z kategorią medyczną przypadek pilny oczekiwało 2 470 świadczeniobiorców, a średni arytmetyczny czas oczekiwania wyniósł 62 dni. Dla kategorii medycznej przypadek stabilny oczekiwało 20 666 pacjentów, a średni arytmetyczny czas oczekiwania wyniósł 92 dni.

W zakładach/ośrodkach rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci na świadczenia z kategorią medyczną przypadek stabilny oczekiwało najwięcej osób tj. 10 266 pacjentów, średni ważony czas oczekiwania wyniósł 121 dni, a średni arytmetyczny czas oczekiwania – 86 dni. Dla przypadku pilnego średni ważony czas oczekiwania osiągnął wartość 72 dni, średni arytmetyczny czas oczekiwania – 49 dni, przy 1 559 osobach oczekujących.

Tabela 13. Kategorie medyczne dla Polski

Nazwa komórek organizacyjnych	PRZYPADK PILNY			PRZYPADK STABILNY			Liczba MUS
	Średni ważony czas oczekiwania	Średni arytmetyczny czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Średni ważony czas oczekiwania	Średni arytmetyczny czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	
Dział (pracownia) fizjoterapii dla dzieci	24	31	53	118	73	1 431	17
Oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci	67	58	27	112	104	852	8
Oddział rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci	112	112	109	162	117	1 463	3
Oddział rehabilitacyjny dla dzieci	81	67	296	137	98	3 596	11
Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci	98	55	426	106	75	4 489	9

Nazwa komórek organizacyjnych	PRZYPADK PILNY			PRZYPADK STABILNY			Liczba MUS
	Średni ważony czas oczekiwania	Średni arytmetyczny czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Średni ważony czas oczekiwania	Średni arytmetyczny czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	72	49	1 559	121	86	10 266	79

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ.

W Mazowieckim OW NFZ była największa liczba osób oczekujących 1,9 tys. (kategoria medyczna: przypadek pilny) na rehabilitację pediatryczną w zakładzie/ośrodku rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci, a średni ważony czas oczekiwania wyniósł 63 dni. Natomiast w Pomorskim OW NFZ liczba osób oczekujących na rehabilitację pediatryczną wyniosła 38 w oddziale rehabilitacyjnym dla dzieci, gdy średni ważony czas oczekiwania wyniósł 148 dni i był to najdłuższy czas oczekiwania w 2018 r. w Polsce dla kategorii medycznej przypadek pilny.

W Mazowieckim OW NFZ na świadczenia z rehabilitacji pediatrycznej w zakładzie/ośrodku rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci oczekiwało najwięcej 3 514 pacjentów z kategorią medyczną przypadek stabilny, a średni ważony czas oczekiwania wyniósł 173 dni. Zaś najdłuższy ważony czas oczekiwania dla kategorii medycznej przypadek stabilny miał miejsce w Lubelskim OW NFZ w zakładzie/ośrodku rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci.

Konkludując, należy zwrócić uwagę na zakłady/ośrodki rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci w Mazowieckim OW NFZ, w którym była największa liczba oczekujących, co może wynikać z największej populacji w tym oddziale wojewódzkim i największej liczby miejsc udzielania świadczeń, tj. 36.

Tabela 14. Kategorie medyczne w podziale na województwa

OW NFZ/ Nazwa komórek organizacyjnych	PRZYPADK PILNY			PRZYPADK STABILNY			Liczba MUS
	Średni ważony czas oczekiwania	Średni arytmetyczny czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Średni ważony czas oczekiwania	Średni arytmetyczny czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	
Dolnośląski							
Oddział rehabilitacyjny dla dzieci	93	125	57	146	129	435	2
Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci	52	52	20	51	51	348	1
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	97	55	316	102	90	1 026	6
Kujawsko-pomorski							
Dział (pracownia) fizjoterapii dla dzieci	21	21	7	126	126	367	1
Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci				72	72	326	1
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	129	114	37	158	88	544	6
Lubelski							
Oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci				61	61	12	1
Oddział rehabilitacyjny dla dzieci				70	70	1	1
Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci				27	31	53	2
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	85	85	36	242	94	22	3
Lubuski							
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	11	10	10	51	47	92	2
Łódzki							
Oddział rehabilitacyjny dla dzieci				4	4	1	1
Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci	9	9	8	23	23	26	1

OW NFZ/ Nazwa komórek organizacyjnych	PRZYPADK PILNY			PRZYPADK STABILNY			Liczba MUS
	Średni ważony czas oczekiwania	Średni arytmetyczny czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Średni ważony czas oczekiwania	Średni arytmetyczny czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	65	55	118	86	118	495	3
Małopolski							
Dział (pracownia) fizjoterapii dla dzieci	20	23	19	111	79	371	5
Oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci				72	72	144	1
Oddział rehabilitacyjny dla dzieci				126	126	505	1
Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci				37	29	190	4
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	103	51	72	101	88	712	3
Mazowiecki							
Dział (pracownia) fizjoterapii dla dzieci	51	48	5	41	60	121	2
Oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci	29	29	3	107	88	158	3
Oddział rehabilitacyjny dla dzieci	59	59	52	123	87	434	3
Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci	115	81	271	184	161	1 239	5
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	63	43	408	173	87	3 514	23
Opolski							
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	68	56	18	37	72	382	2
Podkarpacki							
Oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci				63	63	118	1
Oddział rehabilitacyjny dla dzieci	2	2	3	67	67	42	1
Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci				87	87	202	1
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	82	56	161	76	59	375	9
Podlaski							
Dział (pracownia) fizjoterapii dla dzieci	24	24	7	43	39	100	2
Oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci	61	61	3	86	86	2	1
Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci	70	70	67	84	84	137	1
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	52	86	96	184	183	125	4
Pomorski							
Oddział rehabilitacyjny dla dzieci	148	87	38	94	95	89	1
Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci	16	15	9	86	49	314	3
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	56	56	13	97	66	1 027	4
Śląski							
Dział (pracownia) fizjoterapii dla dzieci	21	32	15	162	99	440	7
Oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci	76	86	13	113	126	297	3
Oddział rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci				112	97	322	2
Oddział rehabilitacyjny dla dzieci	79	71	78	147	127	891	3
Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci	98	60	50	95	76	1 038	4
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	30	26	120	64	94	1 377	13

OW NFZ/ Nazwa komórek organizacyjnych	PRZYPADK PILNY			PRZYPADK STABILNY			Liczba MUS
	Średni ważony czas oczekiwania	Średni arytmetyczny czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Średni ważony czas oczekiwania	Średni arytmetyczny czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	
Świętokrzyski							
Oddział rehabilitacyjny dla dzieci	24	24	2	50	50	36	1
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	32	22	14	40	40	54	3
Warmińsko-Mazurski							
Dział (pracownia) fizjoterapii dla dzieci				12	12	11	1
Oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci	69	42	8	220	144	121	2
Oddział rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci	112	112	109	176	176	1 141	1
Oddział rehabilitacyjny dla dzieci	59	39	66	145	145	1 157	2
Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci	4	4	1	71	45	616	3
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	86	66	35	175	210	237	4
Wielkopolski							
Dział (pracownia) fizjoterapii dla dzieci				19	23	21	2
Oddział rehabilitacyjny dla dzieci				34	34	5	1
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	58	48	67	68	72	217	15
Zachodniopomorski							
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	52	38	38	63	39	67	6

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ.

3.1.3 Analiza migracji pacjentów

Kolejna analiza korzystania z rehabilitacji przez pacjentów w wieku 0-18 lat miała na celu zbadanie zjawiska migracji pacjentów rozumianej jako zjawiska leczenia się danego pacjenta poza województwem jego miejsca zamieszkania.

Analiza ta została wykonana w trzech ujęciach:

- z uwzględnieniem wszystkich świadczeń rehabilitacji leczniczej, również tych, które z natury rzeczy są realizowane w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta (porady lekarza rehabilitacji oraz fizjoterapia ambulatoryjna)
- z uwzględnieniem świadczeń stacjonarnych i dziennych
- z uwzględnieniem świadczeń stacjonarnych.

Każde ujęcie zostało przedstawione w 2 wersjach formie wartości bezwzględnych oraz wartości względnych.

Tabela 15. Województwo rehabilitacji pacjentów w stosunku do województwa ich zamieszkania (liczba pacjentów – całość rehabilitacji)

Lokalizacja świadczeniodawcy Miejsce zamieszkania pacjentów	dolnośląskie	kujawsko-pomorskie	lubelskie	lubuskie	łódzkie	małopolskie	mazowieckie	opolskie	podkarpackie	podlaskie	pomorskie	śląskie	świętokrzyskie	warmińsko-mazurskie	wielkopolskie	zachodniopomorskie	Suma końcowa
Dolnośląski	11 335	11	4	162	8	31	116	57	14	9	24	88	3	8	154	3	11 914
Kujawsko-Pomorski	12	19 775	3	16	16	12	187	1	5	3	127	15	2	153	130	10	20 200
Lubelski	45	7	13 629	1	8	32	983	3	131	12	18	14	12	15	5	2	14 647
Lubuski	103	4	4	5 082	4	6	49	4	3	2	4	22	3	5	116	40	5 367
Łódzki	138	31	2	6	13 955	46	569	24	14	6	16	520	202	32	47	1	15 198
Małopolski	35	10	7	1	7	27 642	194	7	172	5	15	710	85	13	12	3	28 632
Mazowiecki	46	59	260	8	105	62	49 072	6	40	91	53	303	302	640	16	15	50 481
Opolski	182	4	1	1	7	20	59	5 198	4		4	388	9	2	24		5 719
Podkarpacki	20	5	65	2	7	229	164	4	22 608	6	8	60	84	4	3		23 048
Podlaski	5	7	9		5	9	332		2	7 956	14	14	2	175	5	1	8 334
Pomorski	31	152	5	6	8	10	150	1	7	2	17 211	19	4	340	108	92	17 791
Śląski	117	10	14	7	43	371	223	51	31	4	21	35 197	62	22	7	10	35 937
Świętokrzyski	17	1	22	1	31	211	258	1	159	1	6	150	9 443	6	4	1	10 117
Warmińsko-Mazurski	8	67	4	6	5	16	251		5	105	131	14	2	15 776	8	4	16 255
Wielkopolski	154	313	10	171	74	22	164	25	14	4	29	52	12	15	13 560	43	14 456
Zachodniopomorski	24	24	1	66	8	13	98	1	3	2	73	111	1	24	94	6 595	7 021
Suma końcowa	12 272	20 480	14 040	5 536	14 291	28 732	52 869	5 383	23 212	8 208	17 754	37 677	10 228	17 230	14 293	6 820	285 117

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ.

W powyższej tabeli przedstawiono zestawienie liczby pacjentów pediatrycznych leczonych w obrębie poszczególnych województw.

Do województw o największej migracji pacjentów, wynikających z powyższych powodów, należy: mazowieckie (liczba pacjentów spoza województwa: 3 797), śląskie (liczba pacjentów spoza województwa: 2 480), warmińsko-mazurskie (liczba pacjentów spoza województwa: 1 646) oraz małopolskie (liczba pacjentów spoza województwa: 1 090). W pozostałych województwach liczba pacjentów migrujących nie przekracza tysiąca (najmniejsza liczba pacjentów spoza województwa występuje w zachodniopomorskim: 225 pacjentów).

Liczba wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu rehabilitacji pediatrycznej to 285 117. Najwięcej pacjentów pochodziło z województwa mazowieckiego (50 481), zaś najmniej z lubuskiego (5 367).

Najwięcej pacjentów leczonych było w województwie mazowieckim (52 869), w tym liczba dzieci mieszkających w województwie mazowieckim to 49 072, a liczba dzieci spoza województwa wynosi 3 797.

Można zauważyć zróżnicowane wykorzystanie liczby świadczeń z zakresu rehabilitacji pediatrycznej w stosunku do liczby pacjentów w obrębie poszczególnych województw. Może to świadczyć o migracji pacjentów pomiędzy poszczególnymi województwami, wynikającej z lokalizacji i liczby ośrodków w poszczególnych częściach kraju, a także różnicą pomiędzy miejscem zamieszkania dziecka, a miejscem odprowadzania składek przez rodzica/opiekuna prawnego zgłaszającego dziecko do ubezpieczenia (praca rodzica/opiekuna prawnego poza granicami Polski).

Zestawienie z poprzedniej strony w celu umożliwienia pogłębionych analiz przekształcono z wartości bezwzględnych na względne.

Tabela 16. Województwo rehabilitacji pacjentów w stosunku do województwa ich zamieszkania (odsetek pacjentów – całość rehabilitacji)

Lokalizacja świadczeniodawcy Miejsce zamieszkania pacjentów	dolnośląskie	kujawsko-pomorskie	lubelskie	lubuskie	łódzkie	małopolskie	mazowieckie	opolskie	podkarpackie	podlaskie	pomorskie	śląskie	świętokrzyskie	warmińsko-mazurskie	wielkopolskie	zachodniopomorskie	Suma końcowa
Dolnośląski	95%	0%	0%	1%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	1%	0%	101%
Kujawsko-Pomorski	0%	98%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	1%	1%	0%	101%
Lubelski	0%	0%	93%	0%	0%	0%	7%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	102%
Lubuski	2%	0%	0%	95%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	1%	102%
Łódzki	1%	0%	0%	0%	92%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	3%	1%	0%	0%	0%	103%
Małopolski	0%	0%	0%	0%	0%	97%	1%	0%	1%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	101%
Mazowiecki	0%	0%	1%	0%	0%	0%	97%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	1%	0%	0%	101%
Opolski	3%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	91%	0%	0%	0%	7%	0%	0%	0%	0%	103%
Podkarpacki	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	0%	98%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	101%
Podlaski	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	95%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	102%
Pomorski	0%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	97%	0%	0%	2%	1%	1%	102%
Śląski	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	98%	0%	0%	0%	0%	101%
Świętokrzyski	0%	0%	0%	0%	0%	2%	3%	0%	2%	0%	0%	1%	93%	0%	0%	0%	102%
Warmińsko-Mazurski	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	1%	1%	0%	0%	97%	0%	0%	101%
Wielkopolski	1%	2%	0%	1%	1%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	94%	0%	101%
Zachodniopomorski	0%	0%	0%	1%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	1%	2%	0%	0%	1%	94%	102%
Suma końcowa	4%	7%	5%	2%	5%	10%	19%	2%	8%	3%	6%	13%	4%	6%	5%	2%	101%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ.

Tabele przedstawiają migracje pacjentów poszczególnych województw w celu uzyskania świadczeń rehabilitacji pediatrycznej, uwzględniając wszystkie świadczenia rehabilitacji leczniczej. Procent pacjentów, którzy uzyskują świadczenia w województwie, w którym zamieszkują, waha się od 91% do 98%. Najwyższy odsetek jest w województwach: kujawsko-pomorskim (98%), podkarpackim (98%) oraz śląskim (98%); najniższy odsetek jest w województwach opolskim (91%) oraz łódzkim (92%). W województwie mazowieckim oraz śląskim jest najwyższy odsetek pacjentów, którzy korzystają ze świadczeń poza swoim województwem (odpowiednio: 19% i 13%).
Tabele na kolejnych stronach dotyczą tylko świadczeń stacjonarnych i dziennych oraz tylko stacjonarnych.

Tabela 17. Województwo rehabilitacji pacjentów w stosunku do województwa ich zamieszkania (odsetek pacjentów – rehabilitacja stacjonarna i dzienna)

Świadczeniodawcy Pacjenci	dolnośląskie	kujawsko-pomorskie	lubelskie	lubuskie	łódzkie	małopolskie	mazowieckie	opolskie	podkarpackie	podlaskie	pomorskie	śląskie	świętokrzyskie	warmińsko-mazurskie	wielkopolskie	zachodniopomorskie	Suma końcowa
Dolnośląski	4 771	5	1	131		10	36	16	10	5	14	76	1	4	60	1	5 105
Kujawsko-Pomorski	6	2 831		15	6	5	47		3		40	13		120	54	1	3 103
Lubelski	39	4	2 978		1	12	444	2	43	5	5	11	8	4	4		3 473
Lubuski	62	1	2	1 301	2	6	18	1	1		1	15	1	1	52	4	1 450
Łódzki	127	20		6	2 057	14	197	19	11	1	4	326	146	27	16		2 902
Małopolski	27	4	2			5 004	49	2	75	2	8	502	68	3	2		5 699
Mazowiecki	40	23	81	1	35	39	18 354	3	18	23	23	293	234	386	4	3	19 402
Opolski	153	4			2	11	13	1 604	3		1	251	8	1	1		2 003
Podkarpacki	18	4	34	1	1	62	54	1	5 586	3	3	56	40		1		5 818
Podlaski	3	4	4		2	6	124			1 817	4	11	2	113	1		2 045
Pomorski	29	31	1	4	1	5	47		3		5 030	14	3	207	56	18	5 376
Śląski	99	4	2	2	2	132	43	11	10		10	12 788	40	10	1	4	13 123
Świętokrzyski	13		5		1	62	86		47		3	103	2 890	3			3 157
Warmińsko-Mazurski	5	33		3	1	5	74		2	17	66	7		3 969	2	1	4 161
Wielkopolski	127	82	1	119	11	7	59	11	8	1	11	46	8	11	3 258	11	3 722
Zachodnio - Pomorski	20	4	1	32	1	5	42	1	1		22	107		18	52	855	1 150
Suma końcowa	5 539	3 054	3 112	1 615	2 123	5 385	19 687	1 671	5 821	1 874	5 245	14 619	3 449	4 877	3 564	898	81 689

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ.

Tabela 18. Województwo rehabilitacji pacjentów w stosunku do województwa ich zamieszkania (odsetek pacjentów – rehabilitacja stacjonarna i dzienna)

Świadczeniodawcy	dolnośląskie	kujawsko-pomorskie	lubelskie	lubuskie	łódzkie	małopolskie	mazowieckie	opolskie	podkarpackie	podlaskie	pomorskie	śląskie	świętokrzyskie	warmińsko-mazurskie	wielkopolskie	zachodniopomorskie	Suma końcowa
Pacjenci																	
Dolnośląski	93%	0%	0%	3%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	1%	0%	101%
Kujawsko-Pomorski	0%	91%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	4%	2%	0%	101%
Lubelski	1%	0%	86%	0%	0%	0%	13%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	103%
Lubuski	4%	0%	0%	90%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	4%	0%	101%
Łódzki	4%	1%	0%	0%	71%	0%	7%	1%	0%	0%	0%	11%	5%	1%	1%	0%	102%
Małopolski	0%	0%	0%	0%	0%	88%	1%	0%	1%	0%	0%	9%	1%	0%	0%	0%	101%
Mazowiecki	0%	0%	0%	0%	0%	0%	95%	0%	0%	0%	0%	2%	1%	2%	0%	0%	101%
Opolski	8%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	80%	0%	0%	0%	13%	0%	0%	0%	0%	102%
Podkarpacki	0%	0%	1%	0%	0%	1%	1%	0%	96%	0%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	101%
Podlaski	0%	0%	0%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	89%	0%	1%	0%	6%	0%	0%	102%
Pomorski	1%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	94%	0%	0%	4%	1%	0%	101%
Śląski	1%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	97%	0%	0%	0%	0%	100%
Świętokrzyski	0%	0%	0%	0%	0%	2%	3%	0%	1%	0%	0%	3%	92%	0%	0%	0%	102%
Warmińsko-Mazurski	0%	1%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	95%	0%	0%	101%
Wielkopolski	3%	2%	0%	3%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	88%	0%	101%
Zachodniopomorski	2%	0%	0%	3%	0%	0%	4%	0%	0%	0%	2%	9%	0%	2%	5%	74%	101%
Suma końcowa	7%	4%	4%	2%	3%	7%	24%	2%	7%	2%	6%	18%	4%	6%	4%	1%	101%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ

Tabele przedstawiają migracje pacjentów poszczególnych województw w celu uzyskania świadczeń rehabilitacji pediatrycznej, uwzględniając wybrane świadczenia – świadczenia stacjonarne. Procent pacjentów, którzy uzyskują świadczenia w województwie, w którym zamieszkują, waha się od 74% do 97%. Najwyższy odsetek jest w województwach: śląskie (97%), podkarpackie (96%), mazowieckie (95%) oraz warmińsko-mazurskie (95%); najniższy odsetek jest w województwach: łódzkie (71%), zachodniopomorskie (74%) i opolski (80%). W województwie mazowieckim oraz śląskim jest najwyższy odsetek pacjentów, którzy korzystają ze świadczeń poza swoim województwem (odpowiednio: 24% i 18%).

Przyjęcie do wyliczeń tylko świadczeń stacjonarnych **w zasadniczy sposób** zmieniło sytuację bowiem okazało się, że w niektórych województwach większość rehabilitowanych dzieci musi uzyskiwać świadczenia rehabilitacyjne poza granicami swojego województwa.

Tabela 19. Województwo rehabilitacji pacjentów w stosunku do województwa ich zamieszkania (liczba pacjentów – rehabilitacja stacjonarna)

Wjwódtwo (w pionie zamieszkania w poziomie udzielenia świadczenia)	DOLNOŚLĄSKIE	KUJAWSKO-POMORSKIE	LUBELSKIE	LUBUSKIE	ŁÓDZKIE	MAŁOPOLSKIE	MAZOWIECKIE	OPOLSKIE	PODKARPACKIE	PODLASKIE	POMORSKIE	ŚLĄSKIE	ŚWIĘTOKRZYSKIE	WARMIŃSKO-MAZURSKIE	WIELKOPOLSKIE	ZACHODNIOPOMORSKIE	Suma końcowa
Dolnośląski	972			122		3	21	3	1	4	10	73	1	4	33		1 237
Kujawsko-Pomorski	2	142		12	1	1	20				1	8		119	36		325
Lubelski	32		504			10	186		16	4	1	10	6	3	2		767
Lubuski	27		1	384	2	4	12		1			14	1		34	1	474
Łódzki	112	1		6	509	9	137		5	1	1	306	146	26	10		1 242
Małopolski	21					2 493	31	1	27	2	2	294	65	3	1		2 918
Mazowiecki	24		17		11	21	8 454		7	9	9	284	202	359	1	1	9 332
Opolski	114				1	9	10	245				243	6	1			619
Podkarpacki	12	1	2			36	25	1	1 299	3		49	22		1		1 436
Podlaski	2					5	58			103	1	11	2	93			267
Pomorski	28	1		4		2	30				1 739	13	2	187	54		2 031
Śląski	74		1	2		82	18		3		4	4 683	36	10	1		4 898
Świętokrzyski	10		2			39	66		22			54	1 623	2			1 804
Warmińsko-Mazurski	5			1		3	45			10	11	4		2 372			2 443
Wielkopolski	60	2		87	5	5	43	2		1	2	42	4	10	763	1	1 015
Zachodniopomorski	10			4		4	22				8	106		17	43	69	279
Suma końcowa	1 505	147	527	622	529	2 726	9 178	252	1 381	137	1 789	6 194	2 116	3 206	979	72	31 087

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ

Tabela 20. Województwo rehabilitacji pacjentów w stosunku do województwa ich zamieszkania (odsetek pacjentów – rehabilitacja stacjonarna)

Wjwóództwo (w pionie zmamieszkania w poziomie udzielenia świadczenia)	DOLNOŚLĄSKIE	KUJAWSKO-POMORSKIE	LUBELSKIE	LUBUSKIE	ŁÓDZKIE	MAŁOPOLSKIE	MAZOWIECKIE	OPOLSKIE	PODKARPACKIE	PODLASKIE	POMORSKIE	ŚLĄSKIE	ŚWIĘTOKRZYSKIE	WARMIŃSKO-MAZURSKIE	WIELKOPOLSKIE	ZACHODNIOPOMORSKIE	Suma końcowa
Dolnośląski	79%	0%	0%	10%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	1%	6%	0%	0%	3%	0%	101%
Kujawsko-Pomorski	1%	44%	0%	4%	0%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	37%	11%	0%	105%
Lubelski	4%	0%	66%	0%	0%	1%	24%	0%	2%	1%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	101%
Lubuski	6%	0%	0%	81%	0%	1%	3%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	7%	0%	101%
Łódzki	9%	0%	0%	0%	41%	1%	11%	0%	0%	0%	0%	25%	12%	2%	1%	0%	102%
Małopolski	1%	0%	0%	0%	0%	85%	1%	0%	1%	0%	0%	10%	2%	0%	0%	0%	101%
Mazowiecki	0%	0%	0%	0%	0%	0%	91%	0%	0%	0%	0%	3%	2%	4%	0%	0%	101%
Opolski	18%	0%	0%	0%	0%	1%	2%	40%	0%	0%	0%	39%	1%	0%	0%	0%	102%
Podkarpacki	1%	0%	0%	0%	0%	3%	2%	0%	90%	0%	0%	3%	2%	0%	0%	0%	101%
Podlaski	1%	0%	0%	0%	0%	2%	22%	0%	0%	39%	0%	4%	1%	35%	0%	0%	103%
Pomorski	1%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	86%	1%	0%	9%	3%	0%	101%
Śląski	2%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	96%	1%	0%	0%	0%	100%
Świętokrzyski	1%	0%	0%	0%	0%	2%	4%	0%	1%	0%	0%	3%	90%	0%	0%	0%	101%
Warmińsko-Mazurski	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	97%	0%	0%	100%
Wielkopolski	6%	0%	0%	9%	0%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	4%	0%	1%	75%	0%	101%
Zachodniopomorski	4%	0%	0%	1%	0%	1%	8%	0%	0%	0%	3%	38%	0%	6%	15%	25%	101%
Suma końcowa	5%	0%	2%	2%	2%	9%	30%	1%	4%	0%	6%	20%	7%	10%	3%	0%	101%

Źródło: Opracowanie własne AOTMIT na podstawie danych RUM-NFZ

W najgorszej sytuacji jest województwo zachodniopomorskie - zaledwie 25% dzieci pochodzących z niego leczy się w nim stacjonarnie, najlepszym pod tym względem jest województwo śląskie gdzie analogiczny współczynnik wynosi aż 96%.

3.1.4 Analiza pod względem profilu komórek organizacyjnych, gdzie udzielane są świadczenia rehabilitacyjne dla dzieci

Tabela 21. Liczba interwencji rehabilitacyjnych

Zakres świadczenia	Grupa wiekowa /Profil komórki organizacyjnej	0-3 lat	4-7 lat	8-12 lat	13-16 lat	17-18 lat	Razem
Brak wskazania zakresu	–	747	324	311	290	110	1 782
Fizjoterapia	tylko dla dzieci	4 974	5 054	6 894	4 266	1 300	22 488
	dzieci z dorosłymi	16 770	19 934	41 372	38 239	18 126	134 441
Suma		21 744	24 988	48 266	42 505	19 426	156 929
Poradnia rehabilitacyjna	tylko dla dzieci	14 854	11 621	16 627	10 796	2 910	56 808
	dzieci z dorosłymi	19 945	20 796	33 752	26 072	10 717	111 282
Suma		34 799	32 417	50 379	36 868	13 627	168 090
Rehabilitacja domowa	nie dotyczy*	28	47	85	95	52	307
Rehabilitacja dzienna	tylko dla dzieci	61 519	18 903	12 907	5 730	1 790	100 849
	dzieci z dorosłymi	2 635	3 902	5 465	2 474	1 055	15 531
Suma		64 154	22 805	18 372	8 204	2 845	116 380
Rehabilitacja stacjonarna	tylko dla dzieci	1 198	2 321	6 253	6 613	1 753	18 138
	dzieci z dorosłymi	30	475	886	1 231	412	3 034
Suma		1 228	2 796	7 139	7 844	2 165	21 172
Suma końcowa		122 700	83 377	124 552	95 806	38 225	

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ. I * fizjoterapia domowa jest zawsze realizowana w domu pacjenta

Tabela 22. Procent interwencji rehabilitacyjnych

Zakres świadczenia	Grupa wiekowa /Profil komórki organizacyjnej	0-3 lat	4-7 lat	8-12 lat	13-16 lat	17-18 lat	Razem
Fizjoterapia	pediatryczna	22,9%	20,2%	14,3%	10,0%	6,7%	14,3%
	zwykła	77,1%	79,8%	85,7%	90,0%	93,3%	85,7%
Poradnia rehabilitacyjna	pediatryczna	42,7%	35,8%	33,0%	29,3%	21,4%	33,8%
	zwykła	57,3%	64,2%	67,0%	70,7%	78,6%	66,2%
Rehabilitacja domowa	zwykła	b.z	b.z	b.z	b.z	b.z	b.z
Rehabilitacja dzienna	pediatryczna	95,9%	82,9%	70,3%	69,8%	62,9%	86,7%
	zwykła	4,1%	17,1%	29,7%	30,2%	37,1%	13,3%
Rehabilitacja stacjonarna	pediatryczna	97,6%	83,0%	87,6%	84,3%	81,0%	85,7%
	zwykła	2,4%	17,0%	12,4%	15,7%	19,0%	14,3%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ.

W powyższych tabelach została przedstawiona liczba interwencji rehabilitacyjnych w podziale na grupy wiekowe oraz zakres rehabilitacji.

Fizjoterapia u dzieci jest głównie przeprowadzana na oddziałach lub w ośrodkach ogólnych (85,7% interwencji), w mniejszym stopniu na specjalistycznych oddziałach / w ośrodkach pediatrycznych (14,3% interwencji). Najmniejsza dysproporcja występuje w przypadku dzieci od 0 do 3 lat (rehabilitacja pediatryczna: 22,9%, ogólna 77,1%), a największa w przypadku dzieci od 17 do 18 lat (rehabilitacja pediatryczna: 6,7%, ogólna:93,3%).

W przypadku poradni rehabilitacyjnych większość dzieci kierowanych jest do poradni ogólnych (66,2% interwencji), a jedynie jedna trzecia do poradni pediatrycznych (33,8% interwencji). Najmniejsza dysproporcja występuje w przypadku dzieci od 0 do 3 lat (rehabilitacja pediatryczna: 42,7%, ogólna: 57,3%), a największa w przypadku dzieci od 17 do 18 lat (rehabilitacja pediatryczna: 21,4%, ogólna: 78,6%).

Rehabilitacja dzienna i stacjonarna dzieci jest prowadzona głównie w ośrodkach pediatrycznych (odpowiednio 86,7% oraz 85,7% interwencji). Jednakże są dzieci także w tych najmłodszych grupach wiekowych, które są rehabilitowane na oddziałach nie sprofilowanych do leczenia dzieci.

Profil populacji docelowej

Populacja w rehabilitacji pediatrycznej została określona ze względu na dysfunkcje oraz ich stopień nasilenia. Populacja ta nie może być jednak ściśle zdefiniowana tylko i wyłącznie z pomocą rozpoznań medycznych. Wymienione objawy nie posiadają, bowiem odpowiedników w wystandaryzowanych klasyfikacjach takich jak np. ICD-10. Dodatkowo przyczyny, zdarzenia chorobowe wywołujące dysfunkcje stanowią szerokie spektrum rozpoznań, które nie są podstawowym rozpoznaniem leczonym w ramach rehabilitacji leczniczej m.in.:

- a) choroby układu nerwowego i innych układów np.: mózgowe porażenie dziecięce,
- b) nowotwory np. mózgu,
- c) choroby układu mięśniowo-szkieletowego np. choroby kręgosłupa i krążków międzykręgowych,
- d) urazy - okołoporodowe, układu nerwowego, wielonarządowe,
- e) oparzenia,
- f) wady wrodzone np. przepuklina rdzeniowa.

Pełna charakterystyka populacji docelowej została opisana w ramach projektów świadczeń (poza zaburzeniami funkcjonalnymi) również poprzez:

- stopień nasilenia zaburzeń funkcjonalnych (za pomocą narzędzi pomiarowych: skal, testów, kwalifikacji),
- stopień mobilności pacjenta (rozumiany, jako możliwość samodzielnego, codziennego dotarcia pacjenta na terapię),
- złożoność wymaganej opieki i terapii medycznej (szpital vs. ambulatorium, kompleksowość świadczeń vs. monoprofilowość).

Tabela 23. Charakterystyka populacji docelowej ze względu na poziomy opieki

POZIOM OPIEKI	Profil pacjenta	
	CZĘŚCI WSPÓLNE	RÓŻNICE
Opieka stacjonarna	<p>Zaburzenia funkcjonalne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • niedowłady lub porażenia spastyczne lub wiotkie, • zaburzenia dotyczące czynności życia codziennego • zaburzenia połykania • zaburzenia mowy • zaburzenia funkcji poznawczych (m.in. dotyczące pamięci, nauki, języka i wnioskowania), • zaburzenia koordynacji ruchów, • zaburzenia emocjonalne i behawioralne • zaburzenia zwieraczy 	<p>Wymóg całodobowej opieki medycznej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stan zdrowia pacjenta wymagający całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa, • osoba niepełnosprawna w bardzo ciężkim stopniu - całkowicie zależna od otoczenia, konieczna stała pomoc drugiej osoby, • osoba „niepełnosprawna w dość ciężkim stopniu” - objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie. • nie jest konieczna ciągła opieka i pomoc osoby drugiej; częściowo potrzebuje pomocy przy niektórych czynnościach życia codziennego, • zaburzenia co najmniej jednej funkcji w stopniu ciężkim uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w sytuacjach codziennych, • kryteria kwalifikacji zgodnie z Załącznikiem 1.
Opieka w ośrodku dziennym	<p>Stan zdrowia pacjenta wymagający udziału w procesie rehabilitacji minimum trzech członków zespołu terapeutycznego (w tym lekarza i fizjoterapeuty) - na podstawie kwalifikacji wstępnej / w przypadku rehabilitacji ciężkich uszkodzeń OUN wymagany jest udział minimum 4 członków zespołu terapeutycznego.</p>	<p>Nie wymaga całodobowej opieki medycznej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacjenci nie są kwalifikowani za pomocą zdefiniowanych skal medycznych • pacjenci, którzy mają możliwość samodzielnego dotarcia z rodzicami / opiekunami na codzienną/cykliczną rehabilitację. • kryteria kwalifikacji zgodnie z Załącznikiem 1.
Opieka fizjoterapeutyczna ambulatoryjna	<p>Zaburzenia funkcjonalne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • niedowłady lub porażenia spastyczne, • zaburzenia dotyczące czynności życia codziennego • zaburzenia oddychania / duszność 	<p>Nie wymaga całodobowej opieki medycznej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • w stanach pourazowych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, układu ruchu lub • w stanach pooperacyjnych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, układu ruchu lub • w sytuacjach mających na celu przygotowanie do zaplanowanych zabiegów chirurgicznych lub neurochirurgicznych. • kryteria kwalifikacji zgodnie z Załącznikiem 1.
Opieka w ramach fizjoterapii domowej / świadczenia udzielane w warunkach domowych przez pracownię fizjoterapii ambulatoryjnej		<p>Nie wymaga całodobowej opieki medycznej (zabezpieczenia świadczeń pielęgniarstwa):</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak możliwości samodzielnego poruszania się i dotarcia na fizjoterapię, • pacjent z wybranymi chorobami układu oddechowego i stopniem niewydolności oddychania (średnia i ciężka) • kryteria kwalifikacji zgodnie z Załącznikiem 1.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

3.2 Oceniane technologie medyczne

Proponowana zmiana technologii medycznej w zakresie rehabilitacji pediatrycznej polega na:

- h) zdefiniowaniu profili i rodzaju interwencji,
- i) zdefiniowaniu profilu pacjenta w poszczególnych świadczeniach za pomocą kryteriów kwalifikacji,
- j) doborze profili i rodzajów interwencji do poziomów miejsc udzielania świadczeń (w warunkach stacjonarnych, ośrodka dziennego, ambulatorium, domowych pacjenta).

Wyodrębnione profile interwencji na potrzeby rehabilitacji pediatrycznej obejmują:

- 1) **profil dietetyczny** – obejmuje następujące interwencje realizowane przez dietetyka:
 - a) konsultację dietetyczną,
- 2) **profil fizjoterapeutyczny** - obejmuje następujące interwencje realizowane przez fizjoterapeutę:
 - a) fizjoterapia indywidualna - to interwencja obejmująca realizację procedur fizjoterapeutycznych, określonych w planie fizjoterapii, wykonywanych indywidualnie przez fizjoterapeutę na rzecz jednego świadczeniobiorcy;
 - b) fizjoterapia grupowa - to interwencja obejmująca realizację procedur fizjoterapeutycznych oraz fizjoprofilaktyki, określonych w planie fizjoterapii, wykonywanych samodzielnie przez pacjenta, pod nadzorem fizjoterapeuty, który jest częścią trwającego procesu fizjoterapii w celu utrwalenia uzyskanych efektów leczenia lub grupowo;
 - c) konsultacja fizjoterapeutyczna – proces zakończony wydaniem opinii dot. stanu funkcjonalnego;
 - d) wizyta fizjoterapeutyczna - to interwencja obejmująca czynności wykonywane przez fizjoterapeutę zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz odpowiednich aktach wykonawczych;
 - e) wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna – wizyta ukierunkowana na kwalifikację do fizjoterapii, diagnostykę funkcjonalną pacjenta zakończoną sformułowaniem mierzalnego celu terapeutycznego, określeniem planu fizjoterapii oraz mechanizmów weryfikacji wskazanych celów, zgodnie z ustawią z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz odpowiednich aktów wykonawczych;
- 3) **profil lekarski** – obejmuje następujące interwencje realizowane przez lekarza:
 - a) konsultacja lekarska;
 - b) opieka lekarska - zabezpieczenie ogólnolekarskich potrzeb pacjenta w trakcie pobytu na oddziale stacjonarnym;
 - c) porada kwalifikacyjna – porada lekarska ukierunkowana w szczególności na ocenę stanu zdrowia pacjenta oraz postępowanie diagnostyczne zakończone sformułowaniem mierzalnego celu leczenia, określeniem planu leczenia i mechanizmów weryfikacji celu leczenia. Powyższy zakres realizowany jest na podstawie wyników badań diagnostycznych i diagnostyki stanu funkcjonalnego oraz wymaganych konsultacji członków zespołu terapeutycznego;
 - d) porada lekarska – to interwencja obejmująca czynności wykonywane przez lekarza zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 618 z późn. zm.);
- 4) **profil logopedyczny** – obejmuje następujące interwencje realizowane przez logopedę:
 - a) konsultacja logopedyczna;
 - b) terapia logopedyczna;
- 5) **profil psychologiczny** – obejmuje następujące interwencje realizowane przez psychologa:
 - a) konsultacja psychologiczna,
 - b) terapia psychologiczna - obejmuje czynności takie jak: diagnozę lub terapię lub interwencję, zgodne z kompetencjami psychologa określonymi w ustawie z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz.U. 2001 r. Nr 73 poz. 763, z późn. zm.);
- 6) **profil terapii zajęciowej** – obejmuje następujące interwencje realizowane przez terapeutę zajęciowego:
 - a) konsultacja terapeuty zajęciowego,
 - b) terapia zajęciowa;
- 7) **profil pielęgniarstwa** – obejmuje opiekę pielęgniarstwa – to interwencja obejmująca czynności wykonywane przez pielęgniarkę lub położną zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123 z późn. zm.).

8) opieka nad pacjentem

Sprawowanie opieki nad nieletnim pacjentem w trakcie udzielania świadczeń rehabilitacyjnych stacjonarnych i dziennych. **Ten profil jest nowym profilem występującym tylko w rehabilitacji pediatrycznej.**

Jednocześnie każdy profil interwencji stanowi zbiór procedur medycznych. Wybór procedur medycznych w ramach poszczególnych interwencji jest dokonywany przez danego terapeutę pod kątem spełnienia postawionych celów terapii.

Z uwagi na profil rehabilitacyjny pacjenta pediatrycznego, czyli z różnymi objawami kwalifikującymi do rehabilitacji pediatrycznej oraz w oparciu o dostępne dowody naukowe, należy założyć, iż liczba i rodzaj interwencji terapeutycznych będzie obejmowała zindywidualizowane podejście do rehabilitacji pacjenta.

Tabela 24. Wyodrębnione w rehabilitacji pediatrycznej interwencje usystematyzowane pod kątem profili (grup zawodowych realizujących czynności terapeutyczne/medyczne w ramach swoich kompetencji)

Interwencje medyczne w rehabilitacji pediatrycznej	
profile interwencji	rodzaj interwencji
lekarski	konsultacja lekarska
	porada kwalifikacyjna
	porada lekarska
	opieka lekarska
fizjoterapeutyczny	konsultacja fizjoterapeutyczna
	wizyta fizjoterapeutyczna
	wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna
	fizjoterapia indywidualna
	fizjoterapia grupowa
dietetyczny	konsultacja dietetyka
	edukacja dietetyczna (interwencja nie jest stosowana w rehabilitacji pediatrycznej)
logopedyczny	konsultacja logopedyczna
	terapia logopedyczna
psychologiczny	konsultacja psychologiczna
	terapia psychologiczna
terapeuty zajęciowego	konsultacja terapeuty zajęciowego
	terapia zajęciowa
Terapia z wykorzystaniem integracji sensorycznej (SI)	terapia
pielęgniarski	opieka pielęgniarska
opieka nad pacjentem	sprawowanie opieki nad nieletnim pacjentem

Źródło: opracowanie AOTMiT

Poniższa tabela prezentuje profile pacjenta pediatrycznego:

- a) z dysfunkcją na poziomie OUN,
- b) z dysfunkcją układu ruchu,
- c) z zaburzeniami układu oddechowego.

Każdy z profili scharakteryzowano w odniesieniu do proponowanego w projektach świadczeń profilu interwencji terapeutycznych wraz z dopasowaniem odpowiednich „nowych” świadczeń, które mają zabezpieczać potrzeby wskazanych grup pacjentów.

Kolejna tabela stanowi rozwinięcie charakterystyki profili pacjenta ze względu na szczegółową charakterystykę populacji docelowej. Zestawienie zawiera również przyporządkowanie odpowiednich, „nowych” świadczeń.

Tabela 25. Specyfikacja interwencji realizowanych w poszczególnych poziomach opieki

Interwencje w rehabilitacji pediatrycznej		Miejsca udzielania świadczeń w rehabilitacji pediatrycznej			
Profile	Rodzaj interwencji	Oddział rehabilitacji pediatrycznej	Ośrodek rehabilitacji dziennej pediatrycznej	Pracownia fizjoterapii	Dom pacjenta
Lekarski	Konsultacja lekarska	✓	✓		
	Porada kwalifikacyjna	✓	✓		
	Porada lekarska	✓	✓		
	Opieka lekarska	✓	✓		
Fizjoterapeutyczny	Konsultacja fizjoterapeutyczna	✓	✓	✓	
	Wizyta fizjoterapeutyczna	✓	✓	✓	✓
	Wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna			✓	✓
	Fizjoterapia indywidualna	✓	✓	✓	✓
	Fizjoterapia grupowa	✓	✓	✓	
Dietetyczny	Konsultacja dietetyka	✓	✓		
	Edukacja dietetyczna				
Logopedyczny	Konsultacja logopedyczna	✓	✓		
	Terapia logopedyczna	✓	✓		
Psychologiczny	Konsultacja psychologiczna	✓	✓		
	Terapia psychologiczna	✓	✓		
Terapeuty zajęciowego	Konsultacja terapeuty zajęciowego	✓	✓		
	Terapia zajęciowa	✓	✓		
Terapia z wykorzystaniem integracji sensorycznej (SI)	Terapia	✓	✓		
Pielęgniarski	Opieka pielęgniarska	✓	✓		
Opieka nad pacjentem	sprawowanie opieki nad nieletnim pacjentem	✓	✓		
Poziom opieki: Całodobowa opieka lekarska i pielęgniarska		✓			

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 26. Specyfikacja interwencji realizowanych w poszczególnych świadczeniach dedykowanych dla rehabilitacji pediatrycznej

Interwencje w rehabilitacji pediatrycznej		Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej stacjonarnej				Świadczenia dla pacjentów pediatrycznych w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej		Świadczenia dla pacjentów pediatrycznych w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej		Świadczenia dla pacjentów z chorobami układu oddechowego w zakresie fizjoterapii domowej
Profile	Rodzaj interwencji	Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego,	Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu,	Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 0-3 lata	Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 4-18 lat	Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 0-3 lata	Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 4-18 lat	Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych	Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych z chorobami układu oddechowego	Fizjoterapia domowa dla pacjentów pediatrycznych
Lekarski	Konsultacja lekarska	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	Porada kwalifikacyjna	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	Porada lekarska	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	Opieka lekarska	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Fizjoterapeutyczny	Konsultacja fizjoterapeutyczna	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Wizyta fizjoterapeutyczna	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna							✓	✓	✓
	Fizjoterapia indywidualna	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Fizjoterapia grupowa				✓	✓	✓	✓	✓	✓
Dietetyczny	Konsultacja dietetyka	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	Edukacja dietetyczna									
Logopedyczny	Konsultacja logopedyczna	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	Terapia logopedyczna	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Psychologiczny	Konsultacja psychologiczna	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	Terapia psychologiczna	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Terapeuty zajęciowego	Konsultacja terapeuty zajęciowego	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	Terapia zajęciowa	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Terapia z wykorzystaniem integracji sensorycznej (SI)	Terapia	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Pielęgniarski	Opieka pielęgniarska	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Opieka nad pacjentem	sprawowanie opieki nad nieletnim pacjentem	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Całodobowa opieka lekarska i pielęgniarska		✓	✓	✓	✓					

Źródło: Opracowanie AOTMiT

Opis proponowanych skal medycznych

Jako jedno z kryteriów kwalifikacji do świadczeń rehabilitacji stacjonarnej zostały zastosowane skale medyczne, z których jedne zostały zapożyczone z już istniejących skal, a inne przygotowane na potrzeby produktów rehabilitacji pediatrycznej.

Skale zapożyczone z istniejących skal

Pediatryczna skala Glasgow CCS

1. Składa się z trzech elementów:
 - 1) Odpowiedź wzrokowa:
 - 1 pkt – Nie otwiera oczu.
 - 2 pkt – Otwiera oczy na ból.
 - 3 pkt – Otwiera oczy na polecenie głosowe.
 - 4 pkt – Otwiera oczy spontanicznie.
 - 2) Odpowiedź słowna:
 - 1 pkt – Brak odpowiedzi słownej.
 - 2 pkt – Pobudzone, niespokojne.
 - 3 pkt – Niespokojne w odpowiedzi na bodźce.
 - 4 pkt – Płacz ustępujący po przytuleniu.
 - 5 pkt – Uśmiecha się, wodzi wzrokiem.
 - 3) Odpowiedź ruchowa:
 - 1 pkt – Brak odpowiedzi ruchowej.
 - 2 pkt – Reakcja wyprostna.
 - 3 pkt – Reakcja zgięciowa.
 - 4 pkt – Odsuwa się od bólu.
 - 5 pkt – Lokalizuje ból.
 - 6 pkt – Spełnia polecenia.
2. Zawiera się w przedziale od 3 do 15 punktów, gdzie 3 oznacza najgorsze rokowanie, a 15 najlepsze.

Skala Glasgow GCS (Glasgow Coma Scale)

1. Ocenie podlega:
 - 1) Otwieranie oczu
 - a) 4 punkty – spontaniczne
 - b) 3 punkty – na polecenie
 - c) 2 punkty – na bodźce bólowe
 - d) 1 punkt – nie otwiera oczu
 - 2) Kontakt słowny:
 - a) 5 punktów – odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby
 - b) 4 punkty – odpowiedź splątana, pacjent zdeorientowany
 - c) 3 punkty – odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk
 - d) 2 punkty – niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie
 - e) 1 punkt – bez reakcji
 - 3) Reakcja ruchowa:
 - a) 6 punktów – spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych
 - b) 5 punktów – ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy
 - c) 4 punkty – reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego
 - d) 3 punkty – patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych)
 - e) 2 punkty – patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy)
 - f) 1 punkt – bez reakcji
2. Na podstawie skali Glasgow zaburzenia przytomności najczęściej dzieli się na:

GCS 13-15 – łagodne
GCS 9-12 – umiarkowane
GCS 6-8 – brak przytomności
GCS 5 – odkorowanie
GCS 4 – odmóżdzenie
GCS 3 – śmierć mózgu

Skala ASIA

Jest powszechnie stosowaną i uznaną skalą której nazwa najlepiej określa jej przeznaczenie – Standardowa Neurologiczna Klasyfikacja Uszkodzeń Rdzenia Kręgowego.

Skale przygotowane przez Zespół tworzący świadczenia rehabilitacyjne pediatryczne

Kolejne dwie zastosowane skale powstały

Zaburzenia znacząco zwiększające wymagania rehabilitacyjne i pielęgnacyjne - w rehabilitacji dzieci

1. Typ dysfunkcji i skala głębokości zaburzenia:

- 1) zaburzenia lokomocji: poruszanie się przy pomocy przyrządów tj. kule, chodzik, wózek inwalidzki ręczny lub elektryczny;
- 2) konieczność stosowania zaopatrzenia ortopedycznego (gorset, ortezy, protezy kończyn górnych i dolnych) lub opatrunków gipsowych;
- 3) zaburzenia funkcji kończyn górnych – np. siły, koordynacji, jakości chwytu, pogarszające zdolność do samoobsługi i poruszania się;
- 4) zaburzenia kontroli mikcji i defekacji – konieczność stosowania pieluch, cewników, moczenie nocne;
- 5) porażenia i niedowłady inne zaburzenia ruchowe będące następstwem uszkodzenia układu nerwowego;
- 6) opóźnienie lub upośledzenie rozwoju umysłowego;
- 7) zaburzenia zachowania: niedostosowane do sytuacji, nieprzestrzeganie ogólnie przyjętych norm, zachowania niebezpieczne, agresywne i inne oraz zaburzenia sfery emocji, afektu, osobowości wymagające interwencji psychologa, psychoterapeuty, psychiatry i/lub farmakoterapii lub wzmożonego nadzoru nad pacjentem; również zaburzenia funkcjonowania emocjonalnego u bliskich dziecka – terapia prowadzona przez psychologa w oddziale;
- 8) zaburzenia widzenia spowodowane patologią oka, nerwu wzrokowego lub mózgu wymagające pomocy w czynnościach dnia codziennego;
- 9) zespoły bólowe kręgosłupa i stawów;
- 10) skolioza (według kryteriów SOSORT).

2. Skala upośledzenia funkcji:

0 - brak upośledzenia funkcji oznacza, że pacjent nie ma żadnego problemu (w odniesieniu do badanej funkcji).

1 - łagodne/nieznaczne upośledzenie funkcji oznacza, że problem występuje z intensywnością, którą dany pacjent może tolerować (w odniesieniu do badanej funkcji).

2 - umiarkowane upośledzenie funkcji oznacza, że problem występuje z intensywnością, która wywiera negatywny wpływ na codzienne funkcjonowanie pacjenta (w odniesieniu do badanej funkcji).

3 - znaczne/poważne upośledzenie funkcji oznacza, że problem występuje z intensywnością, która częściowo zakłóca codzienne funkcjonowanie pacjenta (w odniesieniu do badanej funkcji).

4 - całkowite/skrajnie duże upośledzenie funkcji oznacza, że problem występuje z intensywnością, która całkowicie zakłóca codzienne funkcjonowanie pacjenta (w odniesieniu do badanej funkcji).

N - nieokreślone/niesprecyzowane upośledzenie funkcji oznacza, że nie ma wystarczającej informacji, żeby określić zakres (powagę) ograniczenia (w odniesieniu do badanej funkcji).

Skala sprawności ruchowej (w oparciu o FMS) dla dzieci w wieku 3-18 lat

Służy do oceny zdolności poruszania się na odległość 5 metrów

Możliwe wyniki:

6 – Porusza się samodzielnie bez pomocy innych osób na różnych poziomach i po różnych nawierzchniach

5 - Porusza się samodzielnie bez pomocy innych osób na jednakowych poziomach

Wymaga poręczy na schodach. Jeśli używa przedmiotów z otoczenia (np.: mebli, ścian, ogrodzeń, do wsparcia), to wartość skali wynosi 4.

4 - Porusza się samodzielnie przy użyciu laski (jednej lub dwóch)

3 - Porusza się samodzielnie przy użyciu kul:

2 - Porusza się samodzielnie przy użyciu balkonika lub chodzika:

1 - Porusza się samodzielnie na wózku inwalidzkim.

Wykonuje pojedyncze kroki z pomocą innej osoby lub za pomocą balkonika lub chodzik.

C - Dziecko porusza się w pozycjach niskich po domu (np.: pełza)

N – dziecko nie posiada możliwości przemieszczania się

Rozpoznanie medyczne wg ICD-10

Dzisiejsza konstrukcja koszyka świadczeń gwarantowanych w rehabilitacji leczniczej zawiera załącznik nr 3 Wykaz procedur medycznych według klasyfikacji ICD-9 oraz wykaz jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10 opisujących świadczenia gwarantowane w rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych. Wykaz stanowi wspólny zbiór rozpoznań nieprzypisany do konkretnych świadczeń. Dopiero na poziomie zarządzenia Prezesa NFZ ICD-10 zostały pogrupowane i przypisane do poszczególnych grup rozliczeniowych JGP. Na przykład produkty rozliczeniowe rehabilitacji neurologicznej opierają się na 3 grupach rozpoznań: 1/ rozpoznaniu zasadniczym, 2/ rozpoznaniu współistniejącym z listy dodatkowej oraz 3/ rozpoznaniu współistniejącym z tzw. listy chorób współistniejących dla rehabilitacji stacjonarnej.

Rozpoznanie zasadnicze to w dzisiejszym ujęciu rozpoznania określające stan pacjenta będący następstwem danych schorzeń - rozpoznania objawowe np. następstwa udaru, rozpoznania współistniejące wskazują na wyjściową przyczynę hospitalizacji w ramach, której leczony był pacjent neurologiczny np. udar, natomiast rozpoznania współistniejące z tzw. listy chorób współistniejących to rozpoznania, które mają wpływ na koszty leczenia pacjenta np. cukrzyca insulinozależna. W sytuacji, gdy u pacjenta występuje choroba współistniejąca z ww. listy, stawka za osobodzień pobytu takiego pacjenta jest wyższa.

W przypadku innych zakresów świadczeń rehabilitacyjnych w ramach, których realizowane jest leczenie dla pacjentów z rozpoznaniem neurologicznymi np. rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej, dziennej, fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej, przepisy rozporządzenia MZ z zakresu rehabilitacji leczniczej nie definiują kodów ICD-10 dla tych zakresów świadczeń. Skutkiem powyższego w ramach wspomnianych świadczeń rehabilitowany jest pacjent z szerokim spektrum rozpoznań medycznych, bez wyspecyfikowanej charakterystyki i profilu pacjenta.

W toku prac projektowych poddano szczegółowej analizie rozpoznania, jakich używa się w wyżej wymienionych kategoriach rozpoznań i postanowiono, że zostanie przeprowadzona fundamentalna zmiana w podejściu do tego zagadnienia. Szczegółowe rozpoznania zostały utrzymane w dwóch świadczeniach medycznych należących do grupy *Świadczeń dla pacjentów pediatrycznych w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej*:

- 1) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 0-3 lata,
- 2) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 4-18 lat.

Mniej szczegółowo rozpoznania zostały określone w świadczeniach pulmonologicznych jako grupy jednostek chorobowych na jeszcze wyższym poziomie ogólności zostały one ujęte w pozostałych świadczeniach.

Procedury medyczne wg ICD-9

Oprócz procedur związanych z:

Leczeniem żywieniowe dojelitowe dietą przemysłową i pozajelitowe realizowanych proceduram ICD-9 :

- 99.152 Częściowe żywienie pozajelitowe
- 99.153 Całkowite żywienie pozajelitowe
- 99.87 Żywienie dojelitowe

Leczeniem odleżyn (IV i V stopnia) - L89 Owrzodzenie odleżynowe realizowane procedurami ICD-9 :

- 91.81 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - rozmaz bakterii
- 91.82 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - posiew
- 91.83 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc -posiew i antybiogram
- 93.57 Założenie opatrunku na ranę – inne

W konstrukcji świadczeń nie są używane konkretne procedury ICD-9

3.3 Rekomendacje i wytyczne kliniczne

3.3.1 Opis metodyki

W dniach 10.08.19 r. – 12.08.19 r. przeszukano strony Trip Medical Database oraz Google w celu odnalezienia aktualnych wytycznych praktyki klinicznej dotyczących rehabilitacji pediatrycznej we wskazaniach:

- mózgowe porażenie dziecięce,
- brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego,
- autyzm i zaburzenia ze spektrum autyzmu,
- skolioza i inne wady postawy,
- mukowiscydoza,
- śpiączka i urazy czaszkowo-mózgowe, śpiączka – stan po wybudzeniu,
- oparzenia i odmrożenia.

W przypadku nie odnalezienia wytycznych dotyczących całości powyższych populacji uwzględniano wytyczne odnoszące się do ich podzbiorów.

Odnaleziono 78 dokumentów wytycznych. Spośród istotnych wytycznych dla każdej z powyższych sytuacji klinicznych (lub ich podzbiorów) wybrano najnowsze przy zastosowaniu kryterium jakości (ocena przy użyciu narzędzia AGREE II). Do analizy zostały włączone dokumenty o najwyższej jakości w danej populacji, oraz w przypadku nie spełnienia kryterium metodologicznego te które przedstawiały szczególną wartość merytoryczną.

Ogółem do opracowania włączono 13 rekomendacji z lat 2011-2019. Z uwagi na specyfikę populacji pediatrycznej stwierdzono ograniczony dostęp do zaleceń opartych na dowodach o wysokiej sile. Większość zidentyfikowanych zaleceń oparta została na konsensusie eksperckim lub dowodach niskiej jakości.

3.3.2 Opracowane wytyczne

Podsumowanie najważniejszych odnalezionych informacji przedstawiono w poniższych tabelach.

Tabela 27. Rekomendacje dotyczące rehabilitacji w mózgowym porażeniu dziecięcym

Wytyczne	Opis wytycznych
<p>NSW Ministry of Health 2018</p> <p>Australia</p> <p>Wytyczne dotyczące zarządzania porażeniem mózgowym u dzieci.</p> <p>Opracowane na podstawie przeglądu wytycznych, które można zaadaptować lokalnie.</p>	<p>Wytyczne zostały opracowane przy użyciu Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). ICF to system klasyfikacji opracowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), obejmujący wszystkie aspekty zdrowia, opisane w kategoriach dziedzin zdrowia i dziedzin związanych ze zdrowiem. Dzieci z porażeniem mózgowym (CP) powinny być oceniane i mieć zapewnione interwencje w różnych dziedzinach życia, w tym (ale nie tylko) w domu, ośrodkach opieki, szkołach, ośrodkach rekreacyjnych lub innych miejscach, w celu pełnego zrozumienia zdolności funkcjonalnych dziecka w różnych środowiskach oraz ułatwienia pełnej integracji z życiem w społeczności. Str. 9</p> <p>Podczas pracy z dziećmi z CP podejście do terapii skoncentrowane na osobie/rodzinie odgrywa integralną rolę we wspieraniu realizacji planów, nadziei i przyszłości. Str. 9</p> <p>Wielodyscyplinarne podejście zespołu (w formie multidyscyplinarnej, interdyscyplinarnej lub transdyscyplinarnej) jest uważane za najlepszą praktykę podczas pracy z dziećmi o złożonych potrzebach. Dowody naukowe potwierdzające skuteczność podejścia zespołu wielodyscyplinarnej, ale są ograniczone i wykazują sprzeczne wyniki. Podejście wielodyscyplinarne może nie być możliwe we wszystkich przypadkach, z powodu ograniczeń geograficznych, finansowych, organizacyjnych i czasowych, tam gdzie to możliwe, zaleca się, aby wszystkie dyscypliny związane z dzieckiem współpracowały ze sobą w modelu skoncentrowanym na rodzinie, aby zaspokoić potrzeby i cele dziecka i jego rodziny. Str. 10</p> <p>Porażenie mózgowe można podzielić ze względu na:</p> <ul style="list-style-type: none"> - typ motoryczny - rozmieszczenie topograficzne - zdolności motoryczne. <p>Skale: Gross Motor Function Classification System – GMFCS, Manual Abilities Classification System – MACS, Communication Function Classification System - CFCS). Str. 14</p>

Wytyczne	Opis wytycznych
	<p>Środki do oceny celów to Canadian Occupational Performance Measure (COPM) i Goal Attainment Scaling (GAS) – w wielu przypadkach mogą być wykorzystywane łącznie. Str. 17</p> <p>Dokument zawiera opis zróżnicowanych skal służących do oceny stanu pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym.</p> <p>Interwencje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia wymuszonego ruchu – (<i>Constraint Induced Movement Therapy</i> - CIMT) oraz zmodyfikowana terapia wymuszonego ruchu (<i>modified Constraint Induced Movement Therapy</i> - mCIMT) – intensywna terapia kończyny górnej dotkniętej chorobą u pacjentów z porażeniem połowicznym. Wyuczone ponowne użycie dotkniętej chorobą kończyny – „wyuczonej nieużywania” słabszej kończyny górnej. Obie metody różnią się intensywnością interwencji. W wieku 4 lat krótsze okresy codziennego treningu w domu i/lub w przedszkolu przez okres 8-10 tygodni są skuteczniejsze, podczas gdy u dzieci powyżej 4 lat bardziej skuteczne są intensywne obozy trwające 2-3 tygodnie lub zajęcia grupowe. Str. 87 2. Terapia bimanulana (<i>Bimanual Therapy</i>) – trening, którego celem jest poprawa wykorzystania rąk w trakcie aktywności. Wiek pacjentów powyżej 12 miesięcy. Str. 88 3. Trening chodu – interwencja terapeutyczna dla osób z porażeniem mózgowym, służąca do nauki prawidłowego wzorca chodu (prawidłowa postawa ciała, oraz prawidłowe poruszanie kończynami dolnymi), z wykorzystaniem urządzeń zapewniających wsparcie dla dziecka lub/i wspomagające mobilność. Str. 88 4. Trening na bieżni – dziecko ćwiczy ruch chodzenia na bieżni z rosnącą prędkością i obciążeniem w celu przeniesienia umiejętności chodzenia do środowiska rzeczywistego. Może obejmować częściowe podparcie ciężaru ciała. Str. 88 5. Trening komunikacyjny dla partnerów komunikacyjnych, np. rodziców. Str. 88 6. Trening sprawnościowy – (<i>fitness training</i>) – trening poprawiający wydolność tlenową, siłę mięśniową i ogólny stan zdrowia dzieci z porażeniem mózgowym zintegrowany z codzienną aktywnością. Str. 90 7. Programy domowe – interwencje prowadzone przez rodzica wspieranego przez terapeutę, prowadzona w środowisku domowym. Cel poprawa czynności funkcjonalnych. Str. 90 8. Biofeedback Str. 95 9. Hydroterapia – stymulacja ciała, relaks, poprawa zakresu ruchu, siły i równowagi oraz koordynacji. Metoda charakterystyczna dla porażenia mózgowego to metoda Halliwicka, a także metoda Bad ra Gaz. Str. 96 10. Masaż – terapia uzupełniająca i alternatywna. Wiele rodzajów masażu: łagodny masaż, masaż tkanek głębokich, uwalnianie powięziowo-mięśniowe. Zalecony ze względu na korzyści psychologiczne i/lub relaksacyjne (zmian poziomu kortyzolu). Str. 96 11. Terapia neurorozwojowa (<i>Neurodevelopmental therapy</i> - NDT) – zapewnienie normalnego rozwoju motorycznego oraz funkcjonalnego, zapobieganie przykurczom i deformacjom, zapewnienie właściwego napięcia mięśniowego. Str. 96 12. Integracja sensoryczna – celem jest poprawa organizacji sensorycznej i poprawa zdolności motorycznych, wykonywana przez lekarza po zaawansowanym szkoleniu z zakresu techniki. Str. 97 13. Terapia z zastosowaniem kombinezonów - polega na eliminacji patologicznych odruchów i ustanowieniu nowych, prawidłowych, funkcjonalnych wzorców ruchu. Str. 97 14. Metoda Vojty – alternatywna terapia fizyczna, opierająca się na automatycznych reakcjach i odruchach na określone bodźce, mająca na celu poprawę rozwoju ruchowego dziecka, poprawę siły. Opiekunowie uczeni są technik stymulacji przez lekarza. Ćwiczenia muszą być przeprowadzane codziennie jako program domowy. To podejście jest najbardziej korzystne w pierwszym lub drugim roku życia dziecka. Str. 98 15. Terapia z udziałem zwierząt (<i>Animal-Assisted Therapy</i> - AAT)- ma na celu promowanie poprawy funkcji fizycznych, społecznych, emocjonalnych lub poznawczych u ludzi; może mieć charakter grupowy lub indywidualny. Psy, konie i delfiny to zwierzęta wykorzystywane do tego rodzaju terapii. Str. 98 <p>Jazda konna - u dzieci z porażeniem mózgowym zaobserwowano poprawę kontroli tułowia i równowagi dzięki fizycznemu dostosowaniu ciała w celu utrzymania prawidłowej pozycji podczas jazdy na koniu. Str. 99</p>
<p>NICE 2017</p> <p>The National Institute for Health and Care Excellence</p> <p>Wielka Brytania</p> <p>Wytyczne dotyczące porażenia mózgowego w wieku poniżej 25 roku życia: ocena i postępowanie</p>	<p>1.5.3 Zapewnienie, że dziecko lub młoda osoba z porażeniem mózgowym ma dostęp do miejscowego zintegrowanego multidyscyplinarnego zespołu, który:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jest w stanie zaspokoić ich indywidualne potrzeby w ramach uzgodnionych ścieżek opieki; • może zapewnić, w stosownych przypadkach, następującą wiedzę specjalistyczną poprzez lokalną sieć opieki: <ul style="list-style-type: none"> - medycyna dziecięca lub medycyna dla dorosłych - opieka pielęgniarska - fizjoterapia - terapia zajęciowa - terapia mowy i języka - dietetyka

Wytyczne	Opis wytycznych
<p>Wytyczne opracowane na podstawie przeglądu systematycznego literatury i konsensusu eksperckiego</p> <p>Brak siły zaleceń</p>	<ul style="list-style-type: none"> - psychologia; • może umożliwić dostęp do innych usług w ramach swojej sieci lokalnej lub regionalnej, takich jak: <ul style="list-style-type: none"> - opieka niepełnosprawności nerwowej dzieci i dorosłych, neurologia, neurorehabilitacja, układu oddechowego, gastroenterologiczna i chirurgiczna opieka specjalistyczna • ortopedia • usługi ortopedyczne i rehabilitacyjne • opieka społeczna • usługi świadczone przez specjalistów w zakresie optyki i słuchu • wsparcie dydaktyczne dla dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, w tym transport (usługi nauczania domowego dla dzieci w wieku przedszkolnym). S.11- 12 <p>1.8.1 W przypadku podejrzenia trudności z jedzeniem, piciem i polykaniem u dzieci lub młodzieży z porażeniem mózgowym, należy przeprowadzić ocenę kliniczną jako pierwszą linię badań w celu określenia bezpieczeństwa, efektywności i przyjemności z jedzenia oraz picia. Powinno to obejmować:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zebranie odpowiedniego wywiadu klinicznego, w tym pytanie o wszelkie wcześniejsze infekcje w obrębie klatki piersiowej; - obserwacja przyjmowania pokarmów i płynów w normalnym środowisku przez terapeutę językowego i mowy z przeszkoleniem w ocenie i leczeniu dysfagii. S. 16 <p>1.12.6. Należy rozważyć następujące możliwe interwencje mające na celu ograniczenie ryzyka zmniejszenia gęstości mineralnej kości i niewielkie w skutkach złamania:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aktywny program ruchowy • czynny wpływ na masę własną • interwencje dietetyczne, w stosownych przypadkach, w tym wsparcie żywieniowe i suplementacja witaminą D i wapniem • minimalizacja ryzyka związanego z przemieszczaniem i transportem. S.23 <p>1.12.10 Nie należy oferować terapii wibracyjnej wyłącznie w celu zapobiegania niskiej gęstości mineralnej kości u dzieci i młodzieży z porażeniem mózgowym. S. 24</p> <p>1.18.9 Zapewnienie indywidualnych, dostosowanych do potrzeb ścieżek opieki (w tym leczenia bólu, rehabilitacja i sprzęt) są dostępne po każdej większej interwencji chirurgicznej dla dzieci i młodzieży z porażeniem mózgowym. S. 36</p>
<p>SINPIA -SIMFER 2016</p> <p>Italian Society of Child and Adolescent Neuropsychiatry – Italian Society of Physical Medicine and Rehabilitation)</p> <p>Włochy</p> <p>Wytyczne dotyczące rehabilitacji dzieci z porażeniem mózgowym.</p> <p>Wytyczne opracowane na podstawie przeglądu systematycznego literatury i konsensusu eksperckiego</p> <p>Brak siły zaleceń</p>	<p>Należy zwrócić uwagę na wyniki badań klinicznych, w ramach których testuje się skuteczność nowych propozycji w reedukacji, takich jak terapia polegająca na obserwacji działań, terapia ruchowa z ograniczeniem i automatyczna rehabilitacja, aby w pełni wykorzystać ich innowacyjny potencjał. S. 700</p> <p>Realizacja planu reedukacji wymaga multidyscyplinarnego podejścia, które obejmuje interwencje różnych specjalistów, którzy wspólnie przyczyniają się do jego realizacji (neuropsychiatra dziecięcy, fizjoterapeuta, psycholog, terapeuci, ortoterapeuta itp.) Powinna istnieć również sieć specjalistów, którzy specjalizują się w problemach związanych z CP (ortopeda, okulista, dietetyk, itp.) i mogą uzupełnić specyficzne oceny przeprowadzane przez specjalistów, którzy zwykle opiekują się dzieckiem. Zaleca się stosowanie ICF -CY jako narzędzia komunikacji ułatwiającego to multidyscyplinarne działanie. S. 700</p> <p>Należy zachęcać i wspierać działania szkolne i społeczne, nawet jeśli nie mają one ściśle terapeutycznej wartości. Zabawa i uczestnictwo w życiu społecznym są rzeczywiste aspekty, które pomagają w procesie "przejmowania kontroli" nad dzieckiem, nawet jeśli nie są one częścią podejścia do jego leczenia. Aby zachęcić do zabawy u dzieci dotkniętych CP, wskazane jest poszukiwanie możliwości współpracy z pracownikami socjalnymi. U dzieci w wieku szkolnym pożądana jest ścisła interakcja z dziedziną medycyny sportowej. S. 701</p> <p>Każda pediatryczna usługa rehabilitacyjna powinna rozwijać system monitorowania postrzegania przez użytkowników (rodziców i pacjentów) jakości wykonanej pracy, we wszystkich jej komponentach. S. 701</p> <p>Neuropsychiatra dziecięcy i fizjoterapeuta są specjalistami medycznymi zaangażowanymi w rehabilitację CP, a ich role i wiedza fachowa są częściowo odrębne, a częściowo nakładają się na siebie. Specjalista medyczny jest zawsze odpowiedzialny za ogólny plan leczenia, rozumiany jako suma/integracja wszystkich możliwych interwencji/operatorów, opracowany z uwzględnieniem dwóch aspektów: diagnostyki i prognozowania CP (patrz szczegółowe analizy). S.701</p> <p>Terapeuta jest odpowiedzialny za plan leczenia i proces terapeutyczny (metody, fazy i prawdopodobny trend programu leczenia), w celu pomocy dziecku w rozwijaniu nowych umiejętności. W ten sam plan leczenia może być zaangażowanych jednocześnie kilku specjalistów</p>

Wytyczne	Opis wytycznych
	<p>(fizjoterapeuta, terapeuta neuropsychomotoryczny, logopeda, ortoterapeuta, terapeuta zajęciowy, terapeuta rehabilitacji psychiatrycznej, pedagog, psycholog). S.702</p> <p>Wielodyscyplinarny zespół specjalistów ds. rehabilitacji musi być wystarczająco duży, aby poradzić sobie z obciążeniem przypadkami i musi mieć wystarczająco dużo czasu na zastosowanie narzędzi oceny (w tym ICF -CY) niezbędnych do planowania i weryfikacji interwencji terapeutycznych; zespół ten musi być włączony w regionalną i krajową sieć usług rehabilitacyjnych dla dzieci, a jego członkowie muszą przestrzegać zasad ustawicznego kształcenia medycznego, uczestnicząc w szkoleniach dotyczących konkretnie CP. S.702</p> <p>Sesje terapeutyczne powinny trwać co najmniej 60 minut; 45 minut należy pozostawić na kontrolę kliniczną. Biorąc pod uwagę zalecaną średnią czterech sesji w tygodniu, pojedynczemu terapeutcie można przypisać maksymalnie 12-18 przypadków, w tym pacjentów otrzymujących aktywne leczenie i kontrole okresowe. Terapeuta nie może podawać więcej niż sześć zabiegów dziennie. S.702</p> <p>Rodzice powinni mieć możliwość uczestniczenia w sesjach leczenia rehabilitacyjnego, chyba że tymczasowo wskazano inaczej. Terapeuci powinni mieć możliwość odbywania spotkań z rodzicami, ewentualnie z obojgiem rodziców, nawet pod nieobecność dziecka. Spotkania te powinny być zaplanowane i odbywać się w regularnych odstępach czasu, co najmniej co sześć miesięcy. Ważne jest, aby takie spotkania były prowadzone, oddzielnie lub z całym zespołem, przez wszystkich terapeutów zaangażowanych w opiekę nad dzieckiem. S.702</p> <p>Jeżeli dziecko jest hospitalizowane z powodu chorób współistniejących (pacjent przewlekły w fazie ostrej), interwencja jest ograniczona do wyrażonych potrzeb. Szpitalna opieka rehabilitacyjna musi interweniować w odniesieniu do aktualnej choroby (zajmując się takimi aspektami jak pomoc oddechowa, ustawienie łóżka, karmienie, mobilizacja, zabawa kierowana itp.). Konieczna jest dwukierunkowa wymiana informacji (na temat nawyków dziecka, wiedzy fachowej rodziny itp.) Podobnie, przy wypisie dziecka, szpital powinien ułatwić szybkie wznowienie leczenia rehabilitacyjnego zapewnianego przez lokalne służby. S.702</p> <p>W przypadku reedukacji funkcji motorycznych poważnych i drobnych u dzieci powyżej ósmego roku życia preferowany jest wybór systemu cykli (leczenie przerywane, ograniczone w czasie) w celu osiągnięcia celów uzgodnionych z rodziną (sama koncepcja cyklu terapii zakłada zadeklarowanie realizowanego celu). W tym wieku pierwszeństwo mogą mieć obszary interwencji terapeutycznej inne niż ruchowe. S.702</p> <p>Intensywne leczenie szpitalne jest uzasadnione w niektórych stanach klinicznych; z reguły nie powinno trwać dłużej niż 3-4 tygodnie, a także można zastosować jeden/dwa cykle leczenia rocznie. Ośrodki prowadzące intensywne leczenie wspierają pracę służb lokalnych w odniesieniu do określonych celów i poszczególnych faz (zabiegi chirurgii funkcjonalnej i związane z tym leczenie, wstrzykiwanie toksyny botulinowej, szkolenie w zakresie stosowania innowacyjnych urządzeń ortopedycznych, prognostyczna ocena małych dzieci lub pacjentów o szczególnie złożonych formach, stosowanie specjalnych technik lub narzędzi, testowanie leków innowacyjnych itp.) S.703</p> <p>Terapia domowa jest uznawana za zalecaną i uzasadnioną tylko wtedy, gdy dziecko nie może być przetransportowane ze względu na jego stan kliniczny. Bardzo trudno jest stworzyć odpowiednie warunki w domu pacjenta ze względu na niedostępność odpowiednich przestrzeni, pomocy i zasobów; ponadto praca zespołowa jest ograniczona, a terapeuta ma mniejsze wsparcie emocjonalne. S.703</p> <p>Zabiegi reedukacyjne nie są zazwyczaj przeprowadzane w szkole, ale operatorzy z lokalnych służb mogą odwiedzać szkołę dziecka, aby obserwować jego zachowanie wśród rówieśników i wchodzić w interakcje z nauczycielami. S.703</p>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 28. Rekomendacje dotyczące rehabilitacji oddechowej

Wytyczne	Opis wytycznych
MUKOWISCYDOZA	
<p>ECFS 2018</p> <p>European Cystic Fibrosis Society</p> <p>Holandia</p> <p>Mukowiscydoza: przegląd wytycznych dotyczących praktyki klinicznej</p>	<p>Rodzice muszą zaangażować się w edukację na temat dorastania dziecka z mukowiscydozą, zapewniając równowagę między wieloaspektowym dbaniem o stan zdrowia dziecka a umożliwieniem dziecku dorastania z mocnym poczuciem własnej wartości. Rodziny powinny wierzyć, że ich dziecko wejdzie w dorosłość, mając dobrą jakość życia (QoL) z osiągnięciami podobnymi do osiągnięć osób zdrowych.</p> <p>Najważniejsze zadania to:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypracowanie metod leczenia dziecka powiązanych z jego codziennym trybem życia. 2. Pomaganie rodzicom zaakceptować plan leczenia i nim zarządzać.

Wytyczne	Opis wytycznych
<p>Zalecenia zostały opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu ekspertów</p> <p>Brak siły zaleceń</p>	<p>3. Komunikacja z rodziną i przyjaciółmi w zakresie stanu zdrowia dziecka.</p> <p>4. Dostępność psychospołecznego wsparcia dla rodziców w razie potrzeby, w tym poradnictwo dla par.</p> <p>5. Dostępne wsparcie finansowe / świadczenia / dodatki i inne źródła wsparcia.</p> <p>6. Sprawne poruszanie się po stronach internetowych i portalach społecznościowych, aby zapewnić dokładne pozyskiwanie informacji o mukowiscydozie i nowych terapiach.</p> <p>Stan odżywienia ma silny pozytywny związek z funkcją płuc i przeżyciem w mukowiscydozie. Osiągnięcie normalnego wzrostu u dzieci i utrzymanie odpowiedniego odżywienia w wieku dorosłym są głównymi celami.</p> <p>Należy corocznie sprawdzać objawy zaburzeń psychicznych u osób z mukowiscydozą w wieku lub powyżej 12 roku życia oraz rodziców dzieci i młodzieży z mukowiscydozą. W przypadku braku zintegrowanego psychologa w zespole opiekującym się pacjentem, należy rozważyć skierowanie do placówki zdrowia psychicznego. Psycholog powinien również oceniać corocznie inne istotne lub pojawiające się problemy ze zdrowiem emocjonalnym oraz zdrowotne (patrz ECFS Standards of Care; Centre Framework for access to psychological professionals). W razie potrzeby interwencja psychologiczna musi być przeprowadzona z uwzględnieniem praktycznych, społecznych, edukacyjnych i zawodowych potrzeb pacjenta i jego opiekunów.</p>
<p>CFT 2018</p> <p>Cystic Fibrosis Trust</p> <p>Wielka Brytania</p> <p>Wytyczne dotyczące opieki nad ludźmi z mukowiscydozą.</p> <p>Zalecenia zostały opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu ekspertów</p>	<p>Fizjoterapeuci powinni stosować najlepsze klinicznie środki oceny punktów końcowych, aby ocenić skuteczność technik klirensu dróg oddechowych w indywidualnych przypadkach (QoE - wysokie). Zastosowane miary wyników mogą obejmować:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wykorzystanie opieki zdrowotnej, np. liczba i częstotliwość zaostrzeń, czas do następnego zaostrzenia, • Miary zgłoszone przez pacjenta, np. CFQ-R, satysfakcja, przystosowanie się, preferencje, • Spirometria, • Objętość płwociny, waga, kolor, łatwość odkrztuszenia, • Tolerancja wysiłku, • Oceny fizjologiczne, np. wskaźnik klirensu płuc. <ul style="list-style-type: none"> • Co roku należy przeprowadzać testy wysiłkowe w celu oceny sprawności fizycznej osób z mukowiscydozą; • Testy wysiłkowe są integralną częścią postępowania w mukowiscydozie; • Osoby z mukowiscydozą będą oceniane pod kątem stabilności klinicznej przed corocznym testem wysiłkowym (tj. W okresie, w którym nie ma dowodów na zaostrzenie choroby), aby zapewnić dokładne i użyteczne wyn ki. • Do oceny objawów podczas testów wysiłkowych i do dostosowania intensywności treningu wysiłkowego należy stosować subiektywne mierniki w postaci skali RPE, skali duszności lub skali oceny zmęczenia, dostosowane do wieku. • W Wielkiej Brytanii zaleca się wykonywanie testów wysiłkowych w ramach rutynowej oceny osób z mukowiscydozą co najmniej raz w roku, ale należy je przeprowadzać również w innych okresach czasu, np. przed i po przyjęciu (QoE - wysokie). • Zaleca się wykonywanie testów wysiłkowych w celu oceny odpowiedzi na zmiany w ogólnym postępowaniu w mukowiscydozie (np. badanie skuteczności interwencji, przed/po przyjęciu lub po modyfikacji zalecanych ćwiczeń) (QoE - wysokie). • Testy wysiłkowe są niezbędne do monitorowania reakcji na trening ruchowy, do oceny sprawności fizycznej oraz do bezpiecznego i skutecznego przepisywania ćwiczeń (QoE - wysokie). • Testy wysiłkowe są zalecane u chorych na mukowiscydozę w wieku 10 lat i starszych, ale można je rozpocząć w młodszym wieku, aby ułatwić zapoznanie się z nimi w późniejszych latach (QoE - umiarkowane). • W miarę możliwości należy zastosować złoty standard testów oceniających wydolność krążeniowo – oddechową, a mianowicie wg protokołu Godfrey - test wysiłkowy na ergometrze rowerowym. W przypadku braku możliwości przeprowadzenia gazometrii należy zastosować przyrostowy protokół RAMP, aby zapewnić najbardziej dokładną ocenę wydolności wysiłkowej (QoE - umiarkowane). • Procedury awaryjne będą dostępne podczas wszystkich testów wysiłkowych (QoE - umiarkowane). • Przeciwwskazania do badania zostaną ocenione przed każdą sesją testową (QoE - wysokie). • W stosownych przypadkach należy rejestrować standaryzowane, obiektywne pomiary podczas testu wysiłkowego i wówczas, gdy występują minimalne tętno i saturacja tlenowa. Pomiary należy wykonać przed, w trakcie i po teście. (QoE - umiarkowane). • Inne mierniki poziomu sprawności (np. siła, elastyczność) i aktywności fizycznej mogą być odpowiednie, ale powinny być oceniane indywidualnie i zgodnie z zaleceniami.

Wytyczne	Opis wytycznych				
	<ul style="list-style-type: none"> • Nieinwazyjna wentylacja może być stosowana w celu ułatwienia oczyszczania dróg oddechowych i wspomaganie wentylacji zarówno u dorosłych, jak i u dzieci. • Dzieciom i dorosłym należy doradzić, jak rozwijać świadomość postawy i zachęcać do tworzenia nawyków, które utrzymają optymalną postawę i równowagę mięśni. Należy zachęcać do ćwiczeń, aby pomóc poprawić postawę i zapobiec postępowi problemów z postawą. • Nie ma limitu wiekowego, kiedy akupunktura lub akupresura mogą być wykonywane, jednak dzieci mogą mieć bardziej dotkliwą reakcję na akupunkturę i dlatego zaleca się najpierw wypróbowanie akupresury. • Po potwierdzeniu diagnozy wszystkie rodziny z nowo zdiagnozowanymi niemowlętami z mukowiscydozą powinny zostać skierowane na fizjoterapię. Początkowe zajęcia z fizjoterapii powinny zawsze być prowadzone przez fizjoterapeutę specjalizującego się w postępowaniu w mukowiscydozie. [C] • Przechylenie głowy w dół nie powinno być stosowane u niemowląt lub osób ze zidentyfikowanym refluksem żołądkowo-przełykowym. Należy go używać ostrożnie u innych chorych. • Drenaż postawy lub zmodyfikowany drenaż postawy należy zawsze łączyć z techniką oczyszczania dróg oddechowych. • jeśli pozycjonowanie wspomagane grawitacyjnie nie jest korzystne, należy rozważyć wygodną pozycję do wykonywania technik oczyszczania dróg oddechowych, taką jak pozycja siedząca lub leżenie w pozycji bocznej z uniesioną górną częścią ciała. • Niemowlę powinno być poddawane regularnej ocenie przez fizjoterapeutę z doświadczeniem w opiece nad dziećmi z mukowiscydozą. Niezbędna jest łatwo dostępna usługa fizjoterapii w celu oceny, porady i wsparcia. Bezpośrednie numery kontaktowe do fizjoterapeuty powinny być dostępne dla rodziców / opiekunów, zespołów multidyscyplinarnych oraz dla zespołów podstawowej opieki zdrowotnej i zespołów opieki sieciowej. [C] • Wszystkich rodziców / opiekunów należy nauczyć oceniać objawy przedmiotowe i podmiotowe, stosując odpowiednio narzędzie oceny układu oddechowego. [C] • Nacisk należy położyć na holistyczne podejście do leczenia, biorąc pod uwagę całościową sprawność dziecka. • Korzystne efekty ćwiczeń są dobrze udokumentowane. Porady dotyczące przybrania odpowiedniej pozycji ciała, ruchu i programów ćwiczeń powinny rozpoczynać się od diagnozy. • Nawet jeśli dziecko jest „bezobjawowe”, wszyscy rodzice / opiekunowie powinni być nauczeni oceniania objawów wraz z nauczaniem odpowiedniej techniki oczyszczania dróg oddechowych [C] • Fizjoterapeuta nie jest zobowiązany do rutynowego inicjowania klirensu dróg oddechowych podczas diagnozy, chyba że; po diagnozie niemowlę lub dziecko ma objawy, które wymagają fizjoterapii układu oddechowego. Porady udzielane rodzicom / opiekunom co do potrzeby i częstotliwości leczenia powinny być oparte na ocenie indywidualnych okoliczności przez specjalistę fizjoterapeutę [C] • Należy ostrożnie rozważyć zastosowanie pochylecia głowy w dół podczas drenażu postawy, zarówno pod względem skuteczności u niemowląt ze stosunkowo małą ilością wydzieliny, jak i możliwości zaostrzenia refluksu żołądkowo-przełykowego. Jeśli to konieczne, zastosowanie zmodyfikowanej fizjoterapii klatki piersiowej, pomijając przechylenie głowy w dół, może być bardziej odpowiednie. [B] • Gdy wymagany jest klirens dróg oddechowych, rodzice / opiekunowie powinni być poinformowani o rodzaju i częstotliwości wymaganego leczenia, w oparciu o stan kliniczny. Rodziny / opiekunowie powinni być w pełni zaangażowani w proces decyzyjny. Mocniej narzucony schemat fizjoterapii może być odpowiedni dla niektórych rodzin, które czują się lub wydają się być niezdolne do pewnej oceny stanu swojego dziecka. [C] • Wykorzystanie aktywności fizycznej u dzieci z mukowiscydozą w postaci pozycjonowania i ruchu ma następujące cele szczegółowe: wykorzystanie pozycjonowania i ruchu do wpływania na wzorzec oddychania i wykorzystanie efektów regionalnej wentylacji, redystrybucja wentylacji w celu optymalizacji wentylacji we wszystkich obszarach płuc; wykorzystanie ruchu do utrzymania mobilności tułowia, klatki piersiowej i kręgosłupa; korzystanie z aktywności fizycznej w ramach „oceny układu oddechowego”. Może to sprawić, że obecność wydzieliny będzie widoczna. <p>System oceny jakości danych i klasyfikacji siły zaleceń GRADE:</p> <table border="1" data-bbox="560 1839 1445 1984"> <thead> <tr> <th data-bbox="560 1839 740 1924">Jakość dowodów (QoE)</th> <th data-bbox="740 1839 1445 1924">Opis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="560 1924 740 1984">High</td> <td data-bbox="740 1924 1445 1984">Jesteśmy bardzo pewni, że prawdziwy efekt jest zbliżony do oszacowania efektu.</td> </tr> </tbody> </table>	Jakość dowodów (QoE)	Opis	High	Jesteśmy bardzo pewni, że prawdziwy efekt jest zbliżony do oszacowania efektu.
Jakość dowodów (QoE)	Opis				
High	Jesteśmy bardzo pewni, że prawdziwy efekt jest zbliżony do oszacowania efektu.				

Wytyczne	Opis wytycznych									
	Moderate	Jesteśmy umiarkowanie pewni oszacowania efektu: prawdziwy efekt prawdopodobnie będzie zbliżony do oszacowania efektu, ale istnieje możliwość, że będzie on zasadniczo różny.								
	Low	Nasze zaufanie do oszacowania efektu jest ograniczone: prawdziwy efekt może się znacznie różnić od oszacowania efektu.								
	Very low	Bardzo mało ufamy szacunkowi efektu: prawdziwy efekt prawdopodobnie będzie zasadniczo różnił się od oszacowania efektu.								
	Kryteria oparte na opublikowanych przez Scottish Intercollegiate Guidelines Network:									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="560 512 683 568">Siła zaleceń</th> <th data-bbox="683 512 1452 568">Opis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="560 568 683 658">A</td> <td data-bbox="683 568 1452 658">Wymaga co najmniej jednego randomizowanego kontrolowanego badania w ramach literatury o ogólnie dobrej jakości i spójności zgodnej z konkretnym zaleceniem.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="560 658 683 725">B</td> <td data-bbox="683 658 1452 725">Wymaga dostępności dobrze przeprowadzonych badań klinicznych, ale bez randomizowanych badań klinicznych na temat zalecenia.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="560 725 683 801">C</td> <td data-bbox="683 725 1452 801">Wymaga dowodów z raportów zespołu ekspertów lub opinii i / lub doświadczenia klinicznego specjalistów w danej dziedzinie. Wskazuje na brak bezpośrednio użytych badań dobrej jakości.</td> </tr> </tbody> </table>		Siła zaleceń	Opis	A	Wymaga co najmniej jednego randomizowanego kontrolowanego badania w ramach literatury o ogólnie dobrej jakości i spójności zgodnej z konkretnym zaleceniem.	B	Wymaga dostępności dobrze przeprowadzonych badań klinicznych, ale bez randomizowanych badań klinicznych na temat zalecenia.	C	Wymaga dowodów z raportów zespołu ekspertów lub opinii i / lub doświadczenia klinicznego specjalistów w danej dziedzinie. Wskazuje na brak bezpośrednio użytych badań dobrej jakości.
Siła zaleceń	Opis									
A	Wymaga co najmniej jednego randomizowanego kontrolowanego badania w ramach literatury o ogólnie dobrej jakości i spójności zgodnej z konkretnym zaleceniem.									
B	Wymaga dostępności dobrze przeprowadzonych badań klinicznych, ale bez randomizowanych badań klinicznych na temat zalecenia.									
C	Wymaga dowodów z raportów zespołu ekspertów lub opinii i / lub doświadczenia klinicznego specjalistów w danej dziedzinie. Wskazuje na brak bezpośrednio użytych badań dobrej jakości.									
<p>NICE 2017</p> <p>The National Institute for Health and Care Excellence</p> <p>Wielka Brytania</p> <p>Wytyczne dotyczące opieki nad osobami z mukowiscydozą.</p> <p>Wytyczne opracowane na podstawie przeglądu systematycznego literatury i konsensusu eksperckiego</p>	<p>W przypadku korzystania z modelu wspólnej opieki dla dzieci i młodzieży powinien on obejmować:</p> <ul style="list-style-type: none"> formalne ustalenia między lokalnym zespołem pediatrycznym w ośrodku opieki współdzielonej a multidyscyplinarnym zespołem specjalistycznego ośrodka mukowiscydozy bezpośredni udział specjalistów, członków multidyscyplinarnego zespołu ocenę roczną pacjenta oraz co najmniej jedną ocenę przeprowadzoną przez specjalistów multidyscyplinarnego zespołu zajmującego się chorymi na mukowiscydozę, jako dodatek do ocen lokalnego zespołu pediatrycznego. <p>Wszystkie usługi związane z postępowaniem z pacjentem chorym na mukowiscydozę powinny mieć skoordynowaną i udokumentowaną ścieżkę przejścia od usług dla dzieci do opieki nad dorosłymi, która obejmuje plany zarządzania wszystkimi aspektami opieki związanymi z mukowiscydozą.</p> <p>Dla osób z mukowiscydozą, u których występują kliniczne objawy choroby płuc, częstotliwość rutynowych ocen ich stanu zdrowia powinna zależeć od stanu klinicznego pacjentów, przy czym należy wykonywać ocenę stanu zdrowia dzieci i młodzieży przynajmniej co 8 tygodni, a dorosłych przynajmniej co 3 miesiące.</p>									
OSŁABIENIE NERWOWO-MIĘŚNIOWE (NMW)										
<p>BTS 2012</p> <p>British Thoracic Society</p> <p>Wielka Brytania</p> <p>Wytyczne dotyczące leczenia układu oddechowego u dzieci z osłabieniem nerwowo-mięśniowym (NMW).</p> <p>Wytyczne opracowane na podstawie systematyczne go przeglądu literatury i konsensusu eksperckiego.</p>	<p>OCZYSZCZENIE DRÓG ODDECHOWYCH I TRENING MIĘŚNI ODDECHOWYCH:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dzieci z nieefektywnym kaszlem (w tym dzieci powyżej 12 roku życia ze szczytowym przepływem kaszlu (<i>cough peak flow</i>) < 270L/min), zwłaszcza w przypadku epizodu pogorszenia stanu z powodu infekcji układu oddechowego, należy nauczyć technik efektywnego kaszlu (C). Ręczne wspomaganie kaszlu oraz metody zatrzymywania powietrza stosowane w celu osiągnięcia maksymalnej pojemności oddechowej będące skutecznymi metodami poprawiającymi efektywność kaszlu, powinny być stosowane w razie potrzeby (C). Techniki oscylacyjne, takie jak oscylacja ścian klatki piersiowej z dużą częstotliwością (HFCWO - <i>high-frequency chest wall oscillation</i>) i wentylacja IPV (intrapulmonary percussive ventilation), powinny być brane pod uwagę u dzieci mających trudności z odkrztuszaniem wydzielany lub mających przewlekłą niedodmę, pomimo stosowania innych techn k oczyszczania dróg oddechowych (D). Str. i1 <p>Stopnie rekomendacje (Str. i4)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="560 1789 683 1823">Stopień</th> <th data-bbox="683 1789 1366 1823">Typ dowodu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="560 1823 683 1991">A</td> <td data-bbox="683 1823 1366 1991">Przynajmniej jedna metaanaliza, przegląd systematyczny lub badanie RCT sklasyfikowane jako 1++ i mające bezpośrednie zastosowanie do populacji docelowej, lub Przegląd systematyczny RTC lub grupa dowodów składająca się głównie z badań ocenionych jako 1+ mających bezpośrednie zastosowanie w populacji docelowej i wykazujących spójność wyników</td> </tr> <tr> <td data-bbox="560 1991 683 2038">B</td> <td data-bbox="683 1991 1366 2038">Zbiór dowodów, w tym badania ocenione jako 2++ mające bezpośrednie zastosowanie do populacji docelowej i wykazujące</td> </tr> </tbody> </table>		Stopień	Typ dowodu	A	Przynajmniej jedna metaanaliza, przegląd systematyczny lub badanie RCT sklasyfikowane jako 1++ i mające bezpośrednie zastosowanie do populacji docelowej, lub Przegląd systematyczny RTC lub grupa dowodów składająca się głównie z badań ocenionych jako 1+ mających bezpośrednie zastosowanie w populacji docelowej i wykazujących spójność wyników	B	Zbiór dowodów, w tym badania ocenione jako 2++ mające bezpośrednie zastosowanie do populacji docelowej i wykazujące		
Stopień	Typ dowodu									
A	Przynajmniej jedna metaanaliza, przegląd systematyczny lub badanie RCT sklasyfikowane jako 1++ i mające bezpośrednie zastosowanie do populacji docelowej, lub Przegląd systematyczny RTC lub grupa dowodów składająca się głównie z badań ocenionych jako 1+ mających bezpośrednie zastosowanie w populacji docelowej i wykazujących spójność wyników									
B	Zbiór dowodów, w tym badania ocenione jako 2++ mające bezpośrednie zastosowanie do populacji docelowej i wykazujące									

Wytyczne	Opis wytycznych		
		spójność wyników, lub Ekstrapolowane dowody z badań sklasyfikowanych jako 1++ lub 1+	
	C	Zbiór dowodów, w tym badania ocenione jako 2+ mające bezpośrednie zastosowanie do populacji docelowej i wykazujące spójność wyników, lub Ekstrapolowane dowody z badań sklasyfikowanych jako 2++	
	D	Poziom dowodów 3 lub 4. Lub Ekstrapolowane wyniki z badań sklasyfikowanych jako 2+	
	✓	Ważne punkty praktyczne, dla których nie ma dowodów. Punkty dobrych praktyk.	

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 29. Rekomendacje dotyczące rehabilitacji skolioz i wad postawy

Wytyczne	Opis wytycznych																
<p>SOSORT 2016</p> <p>The International Scientific Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment</p> <p>Leczenie ortopedyczne i rehabilitacyjne w skoliozie idiopatycznej, w czasie wzrostu.</p> <p>Wytyczne opracowane na podstawie systematycznego przeglądu literatury i konsensusu eksperckiego</p>	<p>Klasyfikacja skolioz idiopatycznych zgodnie z konsensem SOSORT:</p> <ol style="list-style-type: none"> Chronologiczny (wiek diagnozy) <ul style="list-style-type: none"> niemowlęcy (0-2) dziecięcy (3-9) młodzieńczy – okres dojrzewania (10-17) dorosły (18+) Kąt określony metodą Cobba <ul style="list-style-type: none"> mały – do 20 Umiarkowany – 21-35 Umiarkowany do ciężkiego 36-40 Ciężki 41-50 Ciężki do bardzo ciężkiego 51-55 Bardzo ciężki 56 lub więcej Topograficzny <ul style="list-style-type: none"> Szyjna (wierzchołek do kręgu C6-7) Szyjno-piersiowa (wierzchołek od C7 do T1) Piersiowa (wierzchołek od kręgu T1-2 do kręgu T11-12) Piersiowo-lędźwiowa (wierzchołek od T12 do L1) Lędźwiowa (wierzchołek do kręgu L1-2). Str. 5 <p>Wytyczne akceptują klasyfikację Rigo Cheneau.</p> <p>Praktyczne podejście – etapy (IVB):</p> <ol style="list-style-type: none"> Obserwacja co 36 miesięcy Obserwacja co 12 miesięcy Obserwacja co 8 miesięcy Obserwacja co 6 miesięcy Obserwacja co 3 miesiące PSSE - Physiotherapeutic scoliosis-specific exercises NTRB - Nighttime rigid brace (8–12 h na dzień) SIR - Special inpatient rehabilitation SSB - Scoliosis soft braces HTRB - Half time rigid brace PTRB - Part-time rigid brace (12–20 h na dzień) FTRB - Full-time rigid brace (20–24 h na dzień) TTRB - Total time rigid brace Su – operacja. Str. 8 <p>Schemat siły zabiegów, ze stopniowaniem od najmniej do najbardziej wymagających (również pod względem obciążenia) (VB)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>Mała</th> <th>Umiarkowana</th> <th>Ciężka</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>min</td> <td>max</td> <td>min</td> <td>max</td> <td>min</td> <td>max</td> </tr> </tbody> </table>			Mała	Umiarkowana	Ciężka						min	max	min	max	min	max
		Mała	Umiarkowana	Ciężka													
		min	max	min	max	min	max										

Wytyczne		Opis wytycznych					
Niemowlęstwo		obserwacja co 3 miesiące	obserwacja co 3 miesiące	obserwacja co 3 miesiące	TTRB	TTRB	Su
Dzieciństwo		obserwacja co 3 miesiące	PSSE	PSSE	FTRB	HTRB	Su
Okres dojrzewania	Risser 0	obserwacja co 6 miesięcy	SSB	HTRB	FTRB	TTRB	Su
	Risser 1	obserwacja co 6 miesięcy	SSB	PSSE	FTRB	FTRB	Su
	Risser 2	obserwacja co 6 miesięcy	SSB	PSSE	FTRB	FTRB	Su
	Risser 3	obserwacja co 6 miesięcy	SSB	PSSE	FTRB	FTRB	Su
	Risser 4	obserwacja co 12 miesięcy	SIR	PSSE	FTRB	FTRB	Su

Str. 9

PSSE - Ćwiczenia fizjoterapeutyczne swoiste dla skoliozy – wszystkie formy fizjoterapii ambulatoryjnej; częstotliwość sesji terapeutycznych waha się od 2 do 7 dni w tygodniu, w zależności od skomplikowania zastosowanych technik oraz motywacji i możliwości pacjenta. Sesje długoterminowe fizjoterapii ambulatoryjnej odbywają się zazwyczaj dwa do czterech razy w tygodniu w zależności od gotowości pacjenta do współpracy. Forma ćwiczeń uzależniona jest od zastosowanej metody terapeutycznej.

SIR – Specjalna rehabilitacja szpitalna – jeżeli jest zalecona, wówczas pacjent spędza zwykle 3-6 tygodni w ośrodku specjalistycznym (oddział szpitalny, sanatorium lub inna podobna forma opieki zdrowotnej), gdzie poddawany jest intensywnemu leczeniu PSSE – kilka godzin dziennie. Str. 10

PSSE powinien składać się z następujących elementów:

- auto-korekta w 3D
- trening w codziennych czynnościach (ADL - Training in activities of daily living)
- stabilizacja skorygowanej postawy
- edukacja. Str. 19

Zalecenia dotyczące PSSE, w celu zapobieganiu postępu skoliozy w trakcie wzrostu:

- PSSE zalecane są jako pierwszy krok w leczeniu skoliozy idiopatycznej, w celu zapobiegania/ograniczenia postępu deformacji i usztywnienia (IC).

Wytyczne	Opis wytycznych
	<ul style="list-style-type: none"> • Zaleca się aby PSSE były zgodne z konsensem SOSORT i opierały się na autokorekcji w 3D, treningu ADL, stabilizacji skorygowanej postawy i edukacji pacjenta (IIB). • Zaleca się, aby PSSE był przygotowany przez terapeutów posiadających specjalistyczne przeszkolenie z zakresu zastosowanej metody (VB). • Zaleca się, aby PSSE były proponowane przez terapeutów włączonych do zespołu leczącego skoliozę, przy ścisłej współpracy wszystkich członków (VC). • Zaleca się, aby PSSE były dostosowane do potrzeb pacjenta, jego stany i fazy leczenia (VB). • Zaleca się, aby PSSE były zindywidualizowane, nawet przy wykonywaniu ich w małej grupie (VIB). • Zaleca się regularne wykonywanie PSSE przez cały okres leczenia, w celu osiągnięcia najlepszych wyników (VB). • Zaleca się, aby terapeuci regularnie przeprowadzali ocenę jakości wykonywanych przez pacjentów PSSE (VB). • Zaleca się, stopniowe zwiększanie trudności ćwiczeń wykonywanych w ramach PSSE, w zależności od możliwości pacjenta (VB). • Zaleca się, aby PSSE nauczane były indywidualnie, w relacji 1:1, w celu zapewnienia indywidualnej opieki, podczas gdy regularna praca może być wykonywana również w domu lub w małych grupach (VC). Str. 24 <p>Zalecenia dotyczące PSSE podczas unieruchomienia/stabilizacji i interwencji chirurgicznej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zaleca się wykonywanie PSSE podczas leczenia poprzez unieruchomienie/stabilizację (IIB). • Zaleca się, aby w trakcie wykonywania PSSE, terapeuci pracowali nad zwiększeniem podatności pacjenta na leczenie za pomocą usztywnienia/stabilizacji (IIB). <p>Podczas fizjoterapii ćwiczeniami specyficznymi dla skoliozy terapeuci pracują nad zwiększeniem podatności pacjenta na leczenie przy użyciu usztywnienia/ stabilizacji (IIB).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zaleca się, aby wykonywać ćwiczenia PSSE jako przygotowanie do unieruchomienia/stabilizacji (VC). • Zaleca się, aby w trakcie zaprzestawiania autokorekcji postawy za pomocą unieruchomienia/stabilizacji wykonywać PSSE (VC). • Zaleca się, aby u pacjentów po operacjach stosować PSSE, w celu zmniejszenia bólu i zwiększenia funkcji (VC). • Zaleca się, wykonywanie ćwiczeń poprawiających wydolność oddechową w okresie przedoperacyjnym (IIC). Str. 25 <p>Zalecenia dotyczące innego leczenia zachowawczego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zaleca się, aby terapie manualna (techniki delikatnej, krótkotrwałej mobilizacji lub uwalniania tkanek miękkich) proponować tylko wtedy, gdy wiąże się to ze stabilizacją PSSE, chyba że nie jest to uzasadnione według lekarza specjalizującego się w zachowawczym leczeniu deformacji kręgosłupa (VC). • Zaleca się, aby o konieczności korekty różnicy rzeczywistej długości nogi, decydował lekarz specjalizujący się w zachowawczym leczeniu deformacji kręgosłupa (VC). Str. 28 <p>Zalecenia dotyczące funkcji oddechowych i ćwiczeń fizycznych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zaleca się, aby w razie konieczności stosować ćwiczenia poprawiające funkcje oddechowe (VB). • Zaleca się, aby podczas leczenia za pomocą unieruchomienia/stabilizacji stosować ćwiczenia poprawiające funkcje oddechowe (VC). • Zaleca się stosowanie PSSE to treningu regionalnych strategii oddechowych, w celu wspierania rozwoju wentylacji określonych przedziałów (części) płuc (VC). Str. 27 <p>Zalecenia dotyczące zajęć sportowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nie zaleca się, stosowania sportu jako leczenia skoliozy idiopatycznej (IIIC). • Zaleca się wykonywanie ćwiczeń ogólnorozwojowych z uwagi na korzyści w zakresie psychologii, neuromotoryki i ogólnego samopoczucia pacjentów (VB). • Zaleca się, aby na wszystkich etapach leczenia kontynuować zajęcia z wychowania fizycznego w szkole. W określonych przez lekarza specjalistę sytuacjach można wprowadzić ograniczenia dotyczące niektórych rodzajów aktywności fizycznej (VB). • Zaleca się kontynuowanie aktywności fizycznej podczas leczenia za pomocą unieruchomienia/stabilizacji ze względu na korzyści (maksymalna zdolność zużycia tlenu) (VB).

Wytyczne	Opis wytycznych										
	<ul style="list-style-type: none"> Zaleca się, aby podczas usztywnienia/stabilizacji kontaktowe i bardzo dynamiczne aktywności fizyczne były wykonywane ostrożnie (VIC). Zaleca się, aby unikać zajęć polegających na rywalizacji i mobilizujące w znacznym stopniu kręgosłup, u pacjentów ze skoliozą o wysokim stopniu progresji (IIC). 										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Siła zaleceń</th> <th>Opis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Musi być stosowany do wszystkich pacjentów z tą specyficzną potrzebą.</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Jest ważne, ale nie musi być stosowane do wszystkich pacjentów z tą specyficzną potrzebą.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Mniej ważne, może być stosowane dobrowolnie.</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>Bardzo małe znaczenie.</td> </tr> </tbody> </table>	Siła zaleceń	Opis	A	Musi być stosowany do wszystkich pacjentów z tą specyficzną potrzebą.	B	Jest ważne, ale nie musi być stosowane do wszystkich pacjentów z tą specyficzną potrzebą.	C	Mniej ważne, może być stosowane dobrowolnie.	D	Bardzo małe znaczenie.
Siła zaleceń	Opis										
A	Musi być stosowany do wszystkich pacjentów z tą specyficzną potrzebą.										
B	Jest ważne, ale nie musi być stosowane do wszystkich pacjentów z tą specyficzną potrzebą.										
C	Mniej ważne, może być stosowane dobrowolnie.										
D	Bardzo małe znaczenie.										

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 30. Rekomendacje dotyczące rehabilitacji ortopedycznej

Wytyczne	Opis wytycznych															
<p>AAOS 2014</p> <p>American Academy of Orthopaedic Surgeons</p> <p>USA</p> <p>Zalecenia dotyczące postępowania w urazach więzadła krzyżowego przedniego.</p> <p>Wytyczne opracowane na podstawie przeglądu systematycznego literatury i konsensusu eksperckiego</p>	<p>Trening nerwowo-mięśniowy ACL</p> <p>Dane o umiarkowanej sile z zebranych analiz o niewielkim rozmiarze efektu (Number Needed to Treat=109) potwierdzają, że programy treningu nerwowo-mięśniowego mogą zmniejszyć urazy ACL (Siła zalecenia: umiarkowana). Str. 433</p> <p>Terapia pooperacyjna:</p> <p>W przypadku pacjentów uczestniczących w pooperacyjnej rehabilitacji po rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego (ACL), dowody o umiarkowanej jakości wspierają wykorzystanie wczesnych, przyspieszonych lub nieprzyspieszonych protokołów postępowania, ponieważ dają one podobny efekt procesu rehabilitacyjnego. (Siła zalecenia: umiarkowane). Str. 452</p> <p>Opis klasyfikacji siły rekomendacji.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Siła</th> <th>Ogólna siła dowodów</th> <th>Opis siły dowodu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Silny</td> <td>Silny</td> <td>Dowody opierają się na dwóch lub więcej badaniach „wysokiej” jakości, ze spójnymi wnioskami dotyczącymi zalecenia lub odrzucenia interwencji.</td> </tr> <tr> <td>Umiarkowany</td> <td>Umiarkowany</td> <td>Dowody z dwóch lub więcej „umiarkowanych” jakościowo badań ze spójnymi wnioskami lub dowody naukowe z jednego badania „wysokiej” jakości dotyczącymi zalecenia lub odrzucenia interwencji.</td> </tr> <tr> <td>Ograniczony</td> <td>Dowody o niskiej jakości lub o niespójnym wnioskowaniu</td> <td>Dowody z dwóch lub więcej badań „niskiej” jakości ze spójnymi wnioskami lub dowody z jednego badania o umiarkowanej jakości dotyczącymi zalecenia lub odrzucenia interwencji.</td> </tr> <tr> <td>Konsensus</td> <td>Brak dowodów</td> <td>Brak wymaganych dowodów potwierdzających, aby grupa robocza wydała zalecenie w oparciu o dowody przedstawiające potencjalne szkody i korzyści związane z leczeniem.</td> </tr> </tbody> </table>	Siła	Ogólna siła dowodów	Opis siły dowodu	Silny	Silny	Dowody opierają się na dwóch lub więcej badaniach „wysokiej” jakości, ze spójnymi wnioskami dotyczącymi zalecenia lub odrzucenia interwencji.	Umiarkowany	Umiarkowany	Dowody z dwóch lub więcej „umiarkowanych” jakościowo badań ze spójnymi wnioskami lub dowody naukowe z jednego badania „wysokiej” jakości dotyczącymi zalecenia lub odrzucenia interwencji.	Ograniczony	Dowody o niskiej jakości lub o niespójnym wnioskowaniu	Dowody z dwóch lub więcej badań „niskiej” jakości ze spójnymi wnioskami lub dowody z jednego badania o umiarkowanej jakości dotyczącymi zalecenia lub odrzucenia interwencji.	Konsensus	Brak dowodów	Brak wymaganych dowodów potwierdzających, aby grupa robocza wydała zalecenie w oparciu o dowody przedstawiające potencjalne szkody i korzyści związane z leczeniem.
Siła	Ogólna siła dowodów	Opis siły dowodu														
Silny	Silny	Dowody opierają się na dwóch lub więcej badaniach „wysokiej” jakości, ze spójnymi wnioskami dotyczącymi zalecenia lub odrzucenia interwencji.														
Umiarkowany	Umiarkowany	Dowody z dwóch lub więcej „umiarkowanych” jakościowo badań ze spójnymi wnioskami lub dowody naukowe z jednego badania „wysokiej” jakości dotyczącymi zalecenia lub odrzucenia interwencji.														
Ograniczony	Dowody o niskiej jakości lub o niespójnym wnioskowaniu	Dowody z dwóch lub więcej badań „niskiej” jakości ze spójnymi wnioskami lub dowody z jednego badania o umiarkowanej jakości dotyczącymi zalecenia lub odrzucenia interwencji.														
Konsensus	Brak dowodów	Brak wymaganych dowodów potwierdzających, aby grupa robocza wydała zalecenie w oparciu o dowody przedstawiające potencjalne szkody i korzyści związane z leczeniem.														
<p>AAOS 2011</p> <p>American Academy of Orthopaedic Surgeons</p> <p>USA</p> <p>Zalecenia dotyczące leczenia pacjentów pediatrycznych ze złamaniem nadkłykciowym kości ramiennej.</p> <p>Wytyczne opracowane na podstawie przeglądu systematycznego literatury i konsensusu eksperckiego</p>	<p>Nie zaleca się ani nie odradza rutynowej nadzorowanej terapii zajęciowej lub fizycznej dla pacjentów ze złamaniem nadkłykciowym kości ramiennej u dzieci (siła zalecenia: nierozstrzygujący (Inconclusive)). Str. 136</p> <p>Opis klasyfikacji siły rekomendacji. Str. 12</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Siła rekomendacji</th> <th>Opis siły dowodu</th> <th>Praktyczne znaczenie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Silny</td> <td>Dowody opierają się na dwóch lub więcej badaniach „wysokiej” jakości, ze spójnymi wnioskami dotyczącymi zalecenia lub odrzucenia interwencji. Silne zalecenie oznacza, że korzyści płynące z zalecanego podejścia wyraźnie przewyższają potencjalną szkodę (lub że potencjalna szkoda wyraźnie przekracza korzyści w przypadku zalecenia negatywnego), oraz że siła dowodów naukowych na poparcie jest wysoka.</td> <td>Lekarze powinni stosować się do silnych zaleceń, chyba że istnieje uzasadnienie do zastosowania podejścia alternatywnego.</td> </tr> <tr> <td>Umiarkowany</td> <td>Dowody z dwóch lub więcej „umiarkowanych” jakościowo badań ze spójnymi wnioskami lub dowody naukowe z jednego badania „wysokiej”</td> <td>Lekarze powinni stosować się do umiarkowanych zaleceń, ale</td> </tr> </tbody> </table>	Siła rekomendacji	Opis siły dowodu	Praktyczne znaczenie	Silny	Dowody opierają się na dwóch lub więcej badaniach „wysokiej” jakości, ze spójnymi wnioskami dotyczącymi zalecenia lub odrzucenia interwencji. Silne zalecenie oznacza, że korzyści płynące z zalecanego podejścia wyraźnie przewyższają potencjalną szkodę (lub że potencjalna szkoda wyraźnie przekracza korzyści w przypadku zalecenia negatywnego), oraz że siła dowodów naukowych na poparcie jest wysoka.	Lekarze powinni stosować się do silnych zaleceń, chyba że istnieje uzasadnienie do zastosowania podejścia alternatywnego.	Umiarkowany	Dowody z dwóch lub więcej „umiarkowanych” jakościowo badań ze spójnymi wnioskami lub dowody naukowe z jednego badania „wysokiej”	Lekarze powinni stosować się do umiarkowanych zaleceń, ale						
Siła rekomendacji	Opis siły dowodu	Praktyczne znaczenie														
Silny	Dowody opierają się na dwóch lub więcej badaniach „wysokiej” jakości, ze spójnymi wnioskami dotyczącymi zalecenia lub odrzucenia interwencji. Silne zalecenie oznacza, że korzyści płynące z zalecanego podejścia wyraźnie przewyższają potencjalną szkodę (lub że potencjalna szkoda wyraźnie przekracza korzyści w przypadku zalecenia negatywnego), oraz że siła dowodów naukowych na poparcie jest wysoka.	Lekarze powinni stosować się do silnych zaleceń, chyba że istnieje uzasadnienie do zastosowania podejścia alternatywnego.														
Umiarkowany	Dowody z dwóch lub więcej „umiarkowanych” jakościowo badań ze spójnymi wnioskami lub dowody naukowe z jednego badania „wysokiej”	Lekarze powinni stosować się do umiarkowanych zaleceń, ale														

Wytyczne	Opis wytycznych	
	<p>jakości dotyczącymi zalecenia lub odrzucenia interwencji.</p> <p>Umiarkowane zalecenia oznaczają, że korzyści przewyższają potencjalną szkodę (lub że potencjalna szkoda wyraźnie przekracza korzyści w przypadku zalecenia negatywnego), ale siła dowodów potwierdzających nie jest tak silna.</p>	uwzględnić najnowsze doniesienia i preferencje pacjentów.
	<p>Ograniczony</p> <p>Dowody z dwóch lub więcej badań „niskiej” jakości ze spójnymi wnioskami lub dowody z jednego badania o umiarkowanej jakości dotyczącymi zalecenia lub odrzucenia interwencji lub diagnostyki.</p> <p>Ograniczone zalecenia oznaczają, że istniejące dowody istnieją, ale są mało przekonujące, lub że dobrze zaprojektowane i przeprowadzone badania wykazują niewielką skuteczność jednej interwencji w stosunku do drugiej.</p>	Lekarze powinni ostrożnie podejmować decyzję o zastosowaniu zalecenia sklasyfikowanego jako ograniczone, uwzględniając nowe informacje dotyczące pojawiających się dowodów oraz preferencje pacjentów powinny odgrywać istotną rolę.
	<p>Nierozstrzygający</p> <p>Dowody z pojedynczego badania o „niskiej” jakości ze sprzecznymi wnioskami, które nie pozwalają na zalecenia za lub przeciw interwencji.</p> <p>Nierozstrzygające zalecenie oznacza że brakuje rzetelnych dowodów, skutkujących niejasną sytuacją między korzyścią a potencjalną szkodą.</p>	Brak ograniczeń dla lekarzy przy podejmowaniu decyzji. Decyzja powinna być podejmowana w zależności od doświadczenia lekarza, pojawiających się publikacji przedstawiających nowe dowody na korzyść lub przeciwko interwencji oraz uwzględniając preferencją pacjentów.
	<p>Konsensus¹</p> <p>Brak wymaganych dowodów potwierdzających, aby grupa robocza wydała zalecenie w oparciu o dowody przedstawiające potencjalne szkody i korzyści związane z leczeniem.</p> <p>Konsensus oznacza, że zalecenie opiera się na opinii ekspertów, brak jest dowodów spełniających kryteria włączenia.</p>	Lekarze powinni elastycznie podejmować decyzje o zastosowaniu zalecenia, mogą je traktować jako rozwiązania alternatywne. Należy uwzględnić preferencje pacjentów.
<p>¹ AAOS wydaje zalecenia oparte na konsensusie tylko w przypadku przekonania, że dana interwencja nie wywołuje szkód i jest tania (np. interwencja historyczna i fizyczna) lub gdy zalecenie nie będzie miało katastroficznych konsekwencji.</p>		

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 31. Rekomendacje dotyczące rehabilitacji neurologicznej

Wytyczne	Opis wytycznych
<p>VACSAC 2019</p> <p>Victorian Subacute Childhood Stroke Advisory Committee</p> <p>Australia</p> <p>Wytyczne dotyczące podostrej rehabilitacji u dzieci po udarze mózgu</p> <p>Wytyczne opracowane na podstawie przeglądu systematycznego literatury i konsensusu eksperckiego</p>	<p>RAMY POTRZEBNE DO ZAPEWNIANIA REHABILITACJI</p> <ul style="list-style-type: none"> Opieka przez zespół multidyscyplinarny (zdefiniowany jako grupa pracowników opieki zdrowotnej z różnych dziedzin, pracujących w sposób skoordynowany z rodzicem i dzieckiem aby osiągnąć wspólny cel) jest najważniejszym modelem pomagającym osiągnąć optymalne wyniki dla dziecka po udarze i jego rodzinie w trakcie szpitalnej i ambulatoryjnej rehabilitacji. Podczas podejmowania decyzji o przeniesieniu dziecka z ostrego oddziału poddarowego na podostry (subacute) oddział rehabilitacji po udarze należy wziąć pod uwagę następujące kryteria: <ul style="list-style-type: none"> czy dziecko jest stabilne medycznie, a jeżeli nie to czy jakkolwiek niestabilność może być opanowana przez zespół rehabilitacyjny; czy stan dziecka może być poprawiony przez rehabilitację; czy zidentyfikowano cele rehabilitacji. Podczas podejmowania decyzji o przeniesieniu dziecka z podostrego (subacute) oddziału rehabilitacyjnego do długoterminowej opieki środowiskowej po udarze należy wziąć pod uwagę następujące kryteria: <ul style="list-style-type: none"> czy dziecko będzie bezpieczne w domu i społeczności; czy aktualne cele będą lepiej uwzględniane podczas opieki środowiskowej lub są bardziej społeczne (np. powrót do szkoły); czy potrzeby terapeutyczne zmniejszyły się do poziomu który można spełnić podczas opieki środowiskowej; czy rodzina czuje się zdolna i gotowa do opieki nad dzieckiem w domu.

Wytyczne	Opis wytycznych
	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitację podostrą najlepiej przeprowadzać w dedykowanym ośrodku opieki scentralizowanej gdy: <ul style="list-style-type: none"> ○ w grę wchodzi wiele dziedzin opieki i wymagana jest intensywne terapia (przez krótki okres); ○ wymagane są pewne oceny i interwencje, le ogólny stan dziecka jest stabilny; ○ terapii nie można zapewnić w ośrodku regionalnym, ponieważ mieszka zbyt daleko od ośrodka lub brakuje dostępu do: wymaganych rodzajów opieki, wymaganej intensywności terapii lub specjalistycznego sprzętu. • Rehabilitację podostrą najlepiej przeprowadzać w regionalnym szpitalu z ogólną opieką rehabilitacji pediatrycznej jeżeli: <ul style="list-style-type: none"> ○ w grę wchodzi mniej dziedzin opieki i/lub wymagana jest mniejsza intensywność opieki; ○ stan dziecka jest stabilny; ○ rodzina preferuje ten ośrodek ze względów społecznych lub mniejszej odległości od domu; ○ odporność dziecka na zmęczenie utrudnia podróże. • Rehabilitację podostrą najlepiej przeprowadzać w lokalnym ośrodku opieki środowiskowej z ogólną opieką rehabilitacji pediatrycznej jeżeli: <ul style="list-style-type: none"> ○ w grę wchodzi mniej dziedzin opieki i/lub wymagana jest mniejsza intensywność opieki; ○ stan dziecka jest stabilny; ○ rodzina preferuje ten ośrodek ze względów społecznych lub mniejszej odległości od domu; ○ odporność dziecka na zmęczenie jest większa i może ono podróżować; ○ cele opieki najlepiej spełnić w szkole lub społeczności; ○ dziecko może bezpiecznie funkcjonować w opiece domowej. • Oprócz standardowej opieki indywidualnej powinno się wziąć pod uwagę terapię grupową. • Indywidualizowana terapia jest najbardziej wskazana gdy: <ul style="list-style-type: none"> ○ cele są specyficzne; ○ dziecko ma problemu z koncentracją, dysfunkcje poznawcze, problemy psychiczne i/lub przestymulowanie; ○ istnieje potrzeba częstej modyfikacji terapii w celu osiągnięcia korzyści; ○ wymagana jest prywatność. • Zastosowanie terapii grupowej oprócz indywidualizowanej jest najbardziej odpowiednie gdy: <ul style="list-style-type: none"> ○ cele są zbyt ogólne i szerokie; ○ istnieje wystarczająca liczba dzieci pracujących nad podobnymi celami aby stworzyć grupę; ○ cele koncentrują się na umiejętnościach społecznych i komunikacji; ○ cele koncentrują się na powszechnych umiejętnościach fizycznych np. jazda na rowerze, bieganie. • Rodzina dziecka powinna być zaangażowana w rehabilitację na wszystkich etapach opieki, a w szczególności podczas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Stworzenia indywidualnego planu opieki ○ Wyznaczania celów ○ Sesji terapeutycznych, biorąc w nich aktywny udział. • Cała komunikacja o stanie dziecka powinna obejmować rodzinę i być ułatwiana przez spotkania z nią. • Kanadyjski Pomiar Wydajności Zawodowej (Canadian Occupational Performance Measure (COPM)) powinien być stosowany przy ustalaniu celów rehabilitacji dziecka po udarze. • Podczas przejścia z opieki pediatrycznej do opieki nad osobami dorosłymi należy uwzględnić następujące procesy: <ul style="list-style-type: none"> ○ Wczesna dyskusja na temat przejścia; ○ Edukacja mająca na celu wzmocnienie samodzielności pacjenta, możliwości dostępu do rehabilitacji, dbania o własne potrzeby i negocjowania procesu rehabilitacji; ○ Wyznaczenie osoby kontaktowej do której pacjent zwraca się w przypadku problemów; ○ Zidentyfikować i współpracować z odpowiednim ośrodkiem opieki nad dorosłymi, do którego zostanie skierowany pacjent; ○ Ustalić jasno zdefiniowaną ścieżkę przejścia pacjenta z opieki pediatrycznej do opieki nad dorosłymi;

Wytyczne	Opis wytycznych
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Zapewnienie wspólnych spotkań między konsultantami w zakresie opieki pediatrycznej i opieki nad dorosłymi. • Koordynator w ośrodkach rehabilitacyjnych powinien być zaangażowany w pomoc w przejściu z opieki pediatrycznej do opieki nad dorosłymi. • Jakość usług rehabilitacyjnych dla dzieci po udarze mózgu i powinna być stale monitorowana. Powinno to obejmować ocenę poziomu usług oraz satysfakcję pacjentów. • Wyniki powinny być porównane z wynikami podobnych usług, należy zachęcać ośrodki opieki do poprawy jakości usług. <p>FUNKCJE MOTORYCZNE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ukierunkowana na cel obejmująca zasady uczenia się ruchowego (w tym ćwiczenia specyficzne dla zadania, powtarzalne, intensywne) powinna być rozważana w celu poprawy trudności motorycznych po darze u dziecka. • Należy rozważyć terapie oburęczną w celu poprawy motoryki u dziecka po udarze. <p>FUNKCJE SENSORYCZNE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ćwiczenia powtarzające się lub skierowane na konkretne zadania powinny być rozważone w celu poprawy trudności sensorycznych u dzieci po udarze. • Należy rozważyć stopniową ekspozycję na bodźce sensoryczne w celu poprawy trudności sensorycznych u dzieci po udarze. • W celu poprawy trudności sensorycznych po udarze dziecięcym należy rozważyć użycie wzroku do przekazywania informacji o położeniu kończyn. • Należy rozważyć modyfikacje środowiskowe aby pomóc dzieciom z trudnościami sensorycznymi po udarze. <p>LECZENIE BÓLU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Multidyscyplinarne metody leczenia bólu całego oraz wieloaspektowe podejście powinno się rozważyć w przypadku opieki nad dziećmi po udarze z dolegliwościami bólowymi. • Należy rozważyć leczenie farmakologiczne w przypadku dzieci po udarze z dolegliwościami bólowymi. • W celu opieki nad dziećmi po udarze z dolegliwościami bólowymi należy rozważyć odpowiednią profilaktykę (tj. prawidłowe ułożenie ciała, ochrona stawów zagrożonych uszkodzeniem, utrzymanie ruchomości stawów, monitorowanie wzrostu kości, obserwacja bioder i kręgosłupa). • W celu opieki nad dziećmi po udarze z dolegliwościami bólowymi należy rozważyć interwencje psychologiczne (tj. terapia behawioralna i poznawcza, trening uważności (mindfulness), ćwiczenia akceptacji i zaangażowania, medytacja). <p>DYSFAGIA I ODŻYWIANIE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Należy rozważyć modyfikacje diety i dostosowanie formy pokarmu w przypadku dysfagii i niedożywienia u dzieci po udarze. • Należy rozważyć modyfikacje środowiska oraz sprzętu w przypadku dysfagii i niedożywienia u dzieci po udarze. • W celu opieki nad dziećmi po udarze z ciężką dysfagią należy rozważyć karmienie przed zgłębnik nosowo-gardłowy, przezskórną gastrostomię oraz żywienie dojelitowe. • Należy rozważyć strategie oraz techniki radzenia sobie z dysfagią u dzieci po udarze, które mogą obejmować: wsparcie szczęki, obrót głowy, podwójne połknięcie, cykliczne przyjmowanie pokarmu, naukę połykania), jedzenie małymi łykami, ćwiczenia takie jak stymulacja termiczna, stymulacja, wizualne informacje zwrotne na temat połykania <p>KOMUNIKACJA I MOWA</p> <ul style="list-style-type: none"> • W przypadku dzieci po udarze z trudnościami w komunikacji należy rozważyć trening komunikacji funkcjonalnej, który może obejmować: edukację lub szkolenie partnera do ćwiczenia komunikacji, terapia oparta na szkoleniu umiejętności społecznych. • W przypadku dzieci po udarze należy rozważyć terapię mającą na celu poprawę trudności językowych, która może obejmować: terapia indukowana ograniczeniami, wyszukiwanie słów, praca nad zrozumieniem w ustawieniach funkcjonalnych (working on comprehension in functional settings), wizualizacja i kluczowe słowa, (visual and key word cues), terapia z intonacją melodyczną oraz muzyczna stymulacja mowy, terapia syntaktyczna oraz semantyczna, ćwiczenia umiejętności językowych oraz czytania.

Wytyczne	Opis wytycznych
	<ul style="list-style-type: none"> • W przypadku dzieci po udarze z trudnościami w komunikacji należy rozważyć terapie fonologiczną oraz artykulacji, która może obejmować: terapię zaburzeń mowy, ćwiczenia rytmiczne, stymulacje, ćwiczenia artykulacji lub mówienia rytmicznego. • U dzieci po udarze z trudnościami w komunikacji należy rozważyć komunikację wspomagającą lub alternatywną np.: Dynavox, tablica obrazkowa, gesty lub tablety elektroniczne. <p>FUNKCJE KOGNITYWNE</p> <ul style="list-style-type: none"> • W przypadku dzieci po udarze należy wprowadzić interwencje wpływające na poprawę pamięci (pamięć krótkotrwała, opóźnione odtwarzanie wspomnień). • W przypadku dzieci po udarze z trudnościami poznawczymi należy rozważyć stosowanie technik kompensacyjnych tj.: instrukcje upraszczające (simplifying instructions), instrukcje 1:1, pisane instrukcje zamiast werbalnego przekazu, wykorzystanie wizualnych wskazówek i harmonogramów, podział zadań na komponenty, dzielenie informacji na mniejsze części, pomoc elektronicznych urządzeń (przypominania w kalendarzu alarmy, elektryczne organizery) (rekomendacje oparte na dowodach, stopień D) • W przypadku dzieci po udarze z trudnościami poznawczymi należy uwzględnić adaptację środowiskowe, które mogą obejmować: redukcję bodźców, oświetlenia, unikanie nadmiernej stymulacji, zmniejszenie rozproszenia podczas zajęć szkolnych, odpowiednie okresy odpoczynku, wspomagające urządzenia komunikacyjne. • Psychoedukacja dla rodziny i pracowników szkoły oraz wdrażanie strategii wspomagających poprawę funkcji poznawczych i behawioralnych powinny być brane pod uwagę w przypadku opieki nad dziećmi po udarze z trudnościami poznawczymi. • W przypadku dzieci po udarze z trudnościami poznawczymi należy wziąć pod uwagę umiejętność dziecka do określania własnego zmęczenia oraz wprowadzić strategię zmniejszania zmęczenia. <p>FUNKCJE PSYCHOSPOŁECZNE, EMOCJONALNE I BEHAVIORALNE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Należy rozważyć terapię, poradnictwo i wsparcie dla rodziny w celu poprawy psychospołecznych, emocjonalnych oraz behawioralnych trudności u dzieci po udarze. • Należy rozważyć psychoedukację rodziców i nauczycieli o wpływie udaru na funkcje emocjonalne i behawioralne. • Należy rozważyć interwencje związane z terapią behawioralną w celu poprawy psychospołecznych, emocjonalnych oraz behawioralnych trudności u dzieci po udarze; interwencje dla rodziców mogą obejmować kurs rodzicielski Triple P, program Signpost dla budowania lepszego zachowania (Signposts Program for Building Better Behaviour). <p>AKTYWNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rekomendowana jest terapia ukierunkowana na cel (oparta na ważnych celach określanych przez dziecko/rodziców/terapeutów), oparta na zasadach leczenia motorycznego (obejmująca intensywną praktykę mającą znaczenie dla dziecka, aktywny udział dziecka, zwiększoną praktykę w celu polepszenia nauki, zmienna praktyka zadaniowa, nie powtarzająca się kolejność ćwiczeń). • Terapię ukierunkowaną na cel, obejmującą zasady uczenia się motoryki b (w tym czynnościowe, powtarzalne i intensywne) należy rozważyć w celu poprawy trudności w codziennym życiu dzieci po udarze dziecięcym • W przypadku dzieci po udarze mających trudności z wykonywaniem czynności dnia codziennego należy rozważyć wykorzystanie sprzętu wspomagający i adaptacje środowiska. <p>REKREACJA I WYPOCZYNEK</p> <ul style="list-style-type: none"> • W celu poprawy możliwości dziecka w uczestniczeniu w zajęciach rekreacyjnych oraz wypoczynkowych należy rozważyć terapię ukierunkowaną na cel (oparta na celach określanych przez dziecko/ rodziców /terapeutów) opartą na zasadach leczenia motorycznego (obejmująca intensywną praktykę mającą znaczenie dla dziecka, aktywny udział dziecka, zwiększoną praktykę w celu polepszenia nauki, zmienna praktyka zadaniowa, nie powtarzająca się kolejność ćwiczeń)obejmującą ćwiczenia specyficzne dla konkretnych zadań, powtarzalne oraz intensywne (więcej niż dwie sesje tygodniowo). • Należy rozważyć zapewnienie edukacji rodzicom, szkole i społeczności dziecka w zakresie skutecznych zindywidualizowanych strategii zachęcających do integracji i uczestnictwa.

Wytyczne	Opis wytycznych
	<ul style="list-style-type: none"> • Należy pomóc rodzinie dziecka po udarze w poszukiwaniu klub/grup wspierających dzieci z dodatkowymi potrzebami. • Należy rozważyć szkolenie specyficzne dla zadania w celu poprawy uczestnictwa w zajęciach rekreacyjnych i rekreacyjnych u dzieci po udarze mózgu. <p>EDUKACJA I PRACA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trening strategiczny pomaga poprawić pamięć (pamięć krótkotrwała i opóźnione przypomnienie) po udarze dziecięcym. (rekomendacja oparta na dowodach, stopień D) • Należy rozważyć wspierany, stopniowy powrót do szkoły lub program powrotu do szkoły w celu lepszej edukacji, poprawy wyników w nauce osiągnięć zawodowych po udarze dziecięcym. • Powinno zapewnić się psychoedukację dla nauczycieli wraz z pomocą i wsparciem w dostosowaniu programów do indywidualnych potrzeb dziecka. • Dostosowanie programu szkolnego, modyfikacja oczekiwań i indywidualny plan nauczania się powinny być brane pod uwagę w celu lepszej edukacji, poprawy wyników w nauce osiągnięć zawodowych po udarze dziecięcym. • Należy rozważyć modyfikacje środowiska szkolnego za pomocą urządzeń wspomagających (np. wózki inwalidzkie) i sprzętu pomocniczego (np. laptopy, tablet, urządzenie komun kacyjne i / lub aplikacje lub programy komputerowe). <p>FUNKCJONOWANIE W RODZINIE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Należy wziąć pod uwagę zaangażowanie rodziny w planowanie i jasną komunikację z rodziną w celu poprawy funkcji rodziny po udarze dziecięcym. • Należy rozważyć edukację rodziny oraz zapewnienie wszystkich potrzebnych informacji. • Należy rozważyć wczesną pomoc społeczną (wsparcie finansowe, karty opieki zdrowotnej) dla rodziny. • Należy rozważyć terapię rodzinną w celu poprawy funkcji rodziny po udarze dziecięcym <p>Uwagi Rekomendacje (oprócz 2 zaznaczonych) oparte na konsensusie eksperckim.</p>
<p>RCPCH 2017</p> <p>Royal College of Paediatrics Child Health</p> <p>Wielka Brytania</p> <p>Wytyczne dotyczące opieki nad dziećmi po udarze.</p> <p>Wytyczne opracowane na podstawie przeglądu systematycznego literatury i konsensusu eksperckiego</p>	<p>RAMY POTRZEBNE DO ZAPEWNIANIA REHABILITACJI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Przed rozpoczęciem jakiegokolwiek interwencji należy przeprowadzić ocenę początkową dziecka. • Należy unikać opóźnienia podstawowej oceny stanu funkcjonalnego dziecka. W zależności od indywidualnego stanu dziecka początkowa ocena może dotyczyć budowy i stanu funkcjonalnego ciała, a także aktywności i uczestnictwa. Tam gdzie to możliwe należy używać narzędzi o ustalonych i solidnych właściwościach psychometrycznych. • Należy rozważyć potrzebę indywidualnej oceny słuchu i wzroku. • Należy rozważyć nawiązanie kontaktu z ośrodkami trzeciego poziomu referencyjności (tertiary centre) oraz skierowanie tam pacjenta w celu otrzymania porady o odpowiedniej oceny jego stanu. • Należy zapewnić wszechstronną multidyscyplinarną ocenę potrzeb, biorąc pod uwagę wszystkie domeny Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, stosując odpowiednie środki oceny, biorąc pod uwagę priorytety dziecka i/lub rodziny oraz wiek i etap rozwoju dziecka lub młodej osoby. • Należy rozważyć użycie mierników jakości życia w celu oceny wyników rehabilitacji i zwrócić uwagę na narzędzia tj. Kanadyjski pomiar wydajności Zawodowej (Canadian Occupational Performance Measure (COPM)) lub skalę GAS (Goal Attainment Scaling), które mogą pomóc w określeniu indywidualnych celów interwencji i oceny wyników. • Podczas planowania czasu, intensywności i charakteru rehabilitacji należy wziąć pod uwagę czynniki tj: zdolności rozwojowe, społeczne, rodzinne i edukacyjne. • Zespół multidyscyplinarny powinien działać w aktywnym partnerstwie z dzieckiem lub osoba młodą oraz rodziną podczas: <ul style="list-style-type: none"> ○ formułowania i uzgadniania indywidualnych celów w różnych dziedzinach zdrowia, w celu opracowania jednolitego i skoordynowanego podejścia; ○ ustalania celów i podejmowania decyzji o planowanych interwencjach; ○ określania priorytetów rozważanej rehabilitacji.

Wytyczne	Opis wytycznych
	<ul style="list-style-type: none"> • Należy zidentyfikować kluczowego pracownika lub kluczowy kontakt dla rodziny, który pozostanie punktem kontaktu podczas przeniesieniu dziecka ze szpitala do rehabilitacji środowiskowej lub specjalistycznego ośrodka rehabilitacyjnego. • Biorąc pod uwagę dużą różnorodność następstw udaru należy rozważyć powtórna ocenę w wszystkie domeny Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia aby określić zmieniające się potrzeby. Jest to szczególnie ważna w kluczowych etapach np. dziecko zaczyna chodzić do szkoły, przechodzi ze szkoły podstawowej do średniej, szkolnictwa wyższego lub idzie do pracy. <p>FUNKCJE MOTORYCZNE ORAZ MOBILNOŚĆ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Należy zapewnić rehabilitację, która pasuje do neurologicznego i rozwojowego stanu; poszczególne terapie powinny się uzupełniać aby maksymalizować osiągniętą sprawność funkcjonalną. • Należy zapewnić interwencje rehabilitacyjne skoncentrowane na potrzebach dziecka/ młodej osoby oraz rodziny, lub czego potrzebują. Interwencje ruchowe powinny koncentrować się na celach funkcjonalnych i brać pod uwagę całościowy stan dziecka we wszystkich dziedzinach zdrowia oraz jego potrzeby. • Czas od wystąpienia udaru nie powinien stanowić bariery dla rozważania intensywnego treningu. • Należy włączyć standardową opiekę w środowisku w którym dziecko żyje i rozwija się, maksymalizując jego potencjalny rozwój i poprawę zdrowia. • Należy zaoferować interwencje rehabilitacyjne związane z umiejętnościami motorycznymi oparte na zasadach nauki motorycznej o wystarczającej intensywności, powtarzalności i przydatności w celu wsparcia stałych zmian. • Każdego dnia należy zaproponować odpowiednią dyscyplinę terapeutyczną, w zależności od wieku dziecka i jego tolerancji na leczenie, z częstotliwością umożliwiającą realizację celów rehabilitacyjnych, w tak długim czasie jak dziecko jest zdolne i chętne do uczestnictwa i wykazywane są wymierne korzyści w leczeniu. • Dzieciom z jednostronnym niedowładem należy zaoferować terapię ruchową odpowiadającą ograniczeniom, trening bimanualny, protokoły hybrydowe o wystarczającej intensywności w przypadku gdy zdolności rozwojowe, behawioralne i poznawcze oraz okoliczności zewnętrzne, w tym czynniki rodzinne, wspierają zaangażowanie w protokół. • W przypadku spastyczności można rozważyć użycie szyn, użycie toksyny botulinowej w połączeniu z interwencjami terapii zajęciowej. W celu uzyskania porady rozważ skierowanie do serwisu zajmującego się zaburzeniami ruchu. • Należy rozważyć interwencje zwiększające siłę mięśni, trening na bieżni i trening chodu jako pomocnicze metody. • Rozważ inne interwencje oprócz standardowej opieki, takie jak wirtualna rzeczywistość, wzbogacone środowiska i biofeedback. <p>FUNKCJE SENSORYCZNE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Należy wciąż pod uwagę możliwe zaburzenia czucia oraz występowanie bólu podczas wdrażania i planowania rehabilitacji. • Należy ocenić wzrok i słuch w ramach oceny multidyscyplinarnej. • Należy wciąż pod uwagę możliwe zmiany w czasie funkcji sensorycznych danego pacjenta i ponowna ich ocenę. • Należy pamiętać, że dzieci z zaburzeniami sensorycznymi mogą potrzebować specjalistycznego wsparcia np. w przypadku zaburzenia widzenia czy słuchu. • Należy rozważyć wpływ upośledzenia funkcji sensorycznych na funkcjonowanie dziecka i możliwość jego uczestnictwa w rehabilitacji. • Należy pamiętać o zaburzeniach sensorycznych przy wyborze najbardziej odpowiednich interwencji dla innych dziedzin, takich jak interwencje sensomotoryczne. • Należy pamiętać, że stymulacja dotykowa może być używana w połączeniu z treningiem ruchowym opartym na zadaniach, w celu poprawy u dziecka po udarze orientacji ułożenie kończyn w przestrzeni. • Ból należy leczyć aktywnie np. poprzez odpowiednie ustawienie ciała, odpowiednie obchodzenie się z dzieckiem oraz środki farmakologiczne • Należy skierować dzieci i młodzież cierpiącą z powodu bólu do lekarzy ze specjalistyczną wiedzą w zakresie leczenia bólu. <p>DYSFAGIA</p>

Wytyczne	Opis wytycznych
	<ul style="list-style-type: none"> • Należy pamiętać, że trudności z jedzeniem, pićm i polykaniem (dysfagia) mogą wynikać z udaru mózgu w krótkim lub długim okresie, szczególnie u dzieci i młodzieży z ciężkimi zaburzeniami ruchowymi i poznawczym • Jeżeli u dziecka nie występuje oczekiwany przyrost wagi lub wzrost lub występują oznaki problemów żywieniowych należy skorzystać z oceny dietetyka i porady dietetycznej. • Należy zapewnić dziecku ocenę przez logopedę oraz porady, jeśli rodzice / opiekunowie mają obawy dotyczące kaszlu lub duszenia się podczas jedzenia i picia, częstych infekcji klatki piersiowej lub dziecko nie przejścia przez typowe etapy rozwoju jedzenia i picia. • Ocena przez logopedę powinna być stosowana jako pierwsza linia diagnostyczna. • Należy zapewnić dostęp do wideofluoroskopii i oceny przez specjalistyczny zespół pediatryczny, w tym logopedą i radiologiem, jeśli po ocenie klinicznej nie ma pewności co do braku problemów z polykaniem. • Należy uwzględnić stan zdrowia i odżywiania, umiejętności rozwojowe oraz zgłoszoną aktywność rodzica / opiekuna i udział w pomiarach rezultatu. • Należy zapewnić dostęp do specjalistycznych poradni dietetycznych z multidyscyplinarnym zespołem, gdy dzieci i młodzież mają złożoną dysfagię (w tym gdy rozważa się karmienie inne niż doustne). • Należy zapewnić skoordynowane podejście zarządzające odżywianiem i nawodnieniem, przy współpracy rodziny, pracowników medycznych, nauczycieli i innych członków zespołu zajmującego się dzieckiem po udarze. • Należy zapewnić konsultację z pediatrą środowiskowym w celu rozważenia interwencji medycznych / chirurgicznych, gdy istnieją obawy rodziców / opiekunów dotyczące ślinienia. <p>KOMUNIKACJA, MOWA, FUNKCJE JĘZYKOWE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Należy pamiętać, że dzieci i młodzież z niewystarczającymi umiejętnościami językowymi mogą mieć trudności w przetwarzaniu języka na wysokim poziomie, co wpłynie na wyniki edukacyjne, komunikację i socjalizację / uczestnictwo społeczne. • Należy zapewnić ocenę neuropsychologiczną dzieciom i młodzieży w przypadku rozpoczęcia/powrotu do szkoły lub nieosiągnięcia określonych celów (rehabilitacyjnych?). W razie potrzeby skierować na dokładną ocenę logopedyczną , w tym przy użyciu formalnych testów. • Należy pamiętać, że potrzeby dziecka lub młodej osoby mogą ewoluować lub zmieniać się w czasie, co wymaga ponownej oceny i przeglądu wszelkich obowiązujących ustawowych środków wsparcia, takich jak plan edukacji i opieki zdrowotnej. • Należy skierować dziecko do logopedy jeżeli rodzice lub specjaliści mają obawy dotyczące umiejętności komunikacyjnych, rozumienia języka, języka ekspresyjnego lub słabej zrozumiałości z powodu utrzymujących się zaburzeń mowy ruchowej (dysfartia i dyspraksja), zaburzeń płynności lub zaburzeń głosu. • Należy zastosować znormalizowane sposoby oceny mowy, umiejętności językowych, funkcjonowania komunikacji oraz możliwości uczestnictwa dziecka w interwencjach w celu określenia planu interwencji i oceny ich wpływu na stan pacjenta. • Wyniki powinny obejmować sprawozdanie rodziców / opiekunów i szkoły, a także ustalenia kliniczne lub instrumentalne. • Należy zapewnić techniki komunikacji wspomagającej oraz zastępczej dzieciom i młodzieży ze znacznym upośledzeniem rozumienia języka i/lub ekspresji które przyczyniają się do ograniczenia aktywności i uczestnictwa (w życiu społecznym?). • Należy zapewnić zindywidualizowane, skoordynowane podejście do zarządzania trudnościami w mowie, języku i komunikacji, we współpracy z rodzinami, pracownikami służby zdrowia, nauczycielami i innymi członkami zespołu zajmującego się dzieckiem po udarze. <p>FUNKCJE POZNAWCZE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Należy zapewnić neuropsychologiczną ocenę i poradnictwo szkołom oraz rodzinom z dziećmi po udarze w ramach formalnego procesu edukacji. • Należy pamiętać, że potrzeby dziecka w zakresie interwencji związanych z problemami poznawczymi mogą zmieniać się w czasie, zwłaszcza w okresie od rozpoczęcia do zakończenia szkoły. • Należy uczyć rodziców/opiekunów dzieci po udarze w przeprowadzanie interwencji wspierających funkcjonowanie poznawcze w codziennych czynnościach ich dziecka.

Wytyczne	Opis wytycznych
	<ul style="list-style-type: none"> • Personel dydaktyczny i pokrewni pracownicy opieki zdrowotnej powinni uczyć technik metapoznawczych oraz metod zachęcających dzieci/młodzież do rozwiązywania problemów w domu, szkole i społeczności. • Należy rozważyć edukację dziecka/nastolatka oraz jego rodziny na temat wpływu zidentyfikowanych problemów poznawczych na codzienne funkcjonowanie oraz uczyć odpowiednich strategii kompensacyjnych. • Należy rozważyć trening umiejętności w kontekście funkcjonalnym, aby poprawić codzienne możliwości życiowe, na które wpływa upośledzenie funkcji poznawczych.. <p>ZDROWIE PSYCHICZNE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dzieci/młodzież oraz rodzinie należy skierować do lokalnego ośrodka psychologii pediatricznej na interwencje psychoterapeutyczne. • Ośrodki opieki trzeciego stopnia tj. regionalne ośrodki neuropsychologiczne lub psychologii pediatricznej powinny szkolić i nadzorować ośrodki lokalne. • Należy leczyć trudności behawioralne dzięki adaptacjom do istniejących programów rodzicielskich takich jak: triple P, Signpost oraz ACT. • Należy rozważyć zastosowanie technologii do wspierania i przeprowadzania interwencji rodzinnych w ramach pakietu zindywidualizowanego leczenia, a nie tylko jako metody dostarczania informacji. • Należy opracować specjalne adaptacje w zakresie nabytych urazów mózgu w celu wsparcia lokalnych usług w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, aby zapewnić jak najlepszą opiekę. • Należy rozważyć zindywidualizowane podejście oparte na terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń nastroju. • Należy wziąć pod uwagę wpływ zmęczenia na aktywności dnia codziennego oraz zdrowie psychiczne. Należy wprowadzić strategie równoważące potrzeby dnia codziennego. • Należy rozważyć korzyści wynikające z leczenia farmakologicznego w połączeniu z innym leczeniem. <p>UMIĘTNOŚCI SPOŁECZNE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Należy skierować dzieci/młodzież oraz rodzinę do ośrodków psychologicznych, jeżeli istnieją obawy dotyczące relacji społecznych. • Ośrodki trzeciego stopnia tj. regionalne ośrodki neuropsychologii lub psychologii pediatricznej powinny nadzorować pracę, szkolić oraz wspierać ośrodki lokalne. • Należy uwzględnić raporty rodziców/opiekunów/dzieci/młodzieży składane przy użyciu standaryzowanych kwestionariuszy w celu oceny i monitorowania relacji rodzinnych i rówieśniczych. • Należy zaangażować rodzinę w interwencje mające na celu poprawę relacji społecznych między rodzicem / opiekunem a dzieckiem / młodą osobą. • Należy zaangażować rówieśników w interwencje mające na celu poprawę relacji z rówieśnikami. • Należy rozważyć nauczanie strategii metapoznawczych, aby wspierać poprawę interakcji społecznych. • Należy rozważyć indywidualne nauczanie aby dzieciom bezpiecznego korzystania z Internetu w celu interakcji społecznych. Należy edukować rodzinę w celu odpowiedniego nadzoru nad dzieckiem. • Należy promować rozwój pakietów szkoleniowych dotyczących urazów mózgu w szkołach, w tym rozwój relacji społecznych. <p>SAMOOPIEKA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Należy ocenić zdolność dziecka do samoopieki, wykonywania zadań domowych oraz ogólnej aktywności życia codziennego. • Należy zaangażować terapeutę zajęciowego w celu poprawy możliwości samoopieki, jeżeli występują jakieś trudności. • Należy współpracować z dzieckiem, rodzicami, opiekunami oraz pracownikami szkoły. • Należy zaoferować opiekę skoncentrowaną na dziecku. • Podczas opieki nad dzieckiem po udarze należy brać pod uwagę normy rozwojowe dla samoopieki, aktywności dnia codziennego, życia w szkole oraz życia społecznego. • Należy rozważyć trening funkcjonalny skierowany na konkretny cel z programami domowymi (tam gdzie to odpowiednie podejście). • Należy używać określonych technik uczenia się i powtarzanej praktyki w kontekście.

Wytyczne	Opis wytycznych
	<ul style="list-style-type: none"> • Należy rozważyć zorganizowane podejście do interwencji takie jak CO-PO. • Należy używać standardowych narzędzi takich jak COPM oraz GAS w celu nadania priorytetów o oceny interwencji w zakresie samoopieki oraz samodzielności. <p>UTALANIE CELÓW</p> <ul style="list-style-type: none"> • Należy omówić obszary trudności funkcjonalne i priorytety interwencji z dziećmi, młodzieżą i rodzinami. • Cele / zasady powinny być ustalane zgodnie z ogólnymi zasadami SMART (konkretne, mierzalne, uzgodnione, realistyczne i ograniczone czasowo). • Należy rozważyć użycie narzędzi do ustalania celów, takich jak PEGS, COPM i GAS. • Czas i rodzaj realizowanych interwencji powinien być ustalony i skoordynowany w ramach zespołu multidyscyplinarnego. • Pracownicy służby zdrowia i edukacji powinni określać interwencje, powiązane cele i sprawozdawać podjęte działania. • Należy przekazać określone cele dziecku/młodej osobie, rodzinie, opiekunom, szkole i innym osobom pełniącym opiekę. • Należy przynajmniej raz w roku sprawdzać czy cele i priorytety są nadal aktualne, a w proces należy włączyć pacjenta/ rodzinę oraz pracowników opieki zdrowotnej i szkolnictwa zajmujących się pacjentem.
<p>NHMRC 2017 National Health and Medical Research Council Centre</p> <p>Australia</p> <p>Wytyczne dotyczące opieki nad dziećmi z TBI</p> <p>Wytyczne opracowane na podstawie przeglądu systematycznego literatury i konsensusu eksperckiego</p>	<p>PROGNOZTYKA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Czynniki które mogą być rozważane przez logopedów i specjalistów medycznych przy określaniu rokowania dzieci po TBI: <ul style="list-style-type: none"> ○ stopień i nasilenie uszkodzenia mózgu (w tym wiek i miejsce uszkodzenia) i inne środki zastępcze, np. wynik Glasgow Coma Scale, długość wentylacji i intubacji, utrata przytomności i długość amnezji pourazowej, operacja mózgu wymagana po urazie, podwyższone ciśnienie śródczaszkowe); ○ przyczyna TBI; ○ uszkodzenie / porażenie nerwu czaszkowego (tylko w przypadku mowy i połykania); ○ występowanie drgawek lub innych chorób współistniejących (np. utrata słuchu lub węchu); ○ szersze uszkodzenia układu ruchowego; ○ dodatkowe obrażenia fizyczne / twarzy (tylko w przypadku mowy i połykania); ○ przebieg regeneracji po urazie (tj. szybka a powolna regeneracja we wczesnych fazach) ○ działanie funkcji poznawczych; ○ zgodność postępowania z zaleceniami; ○ wiek / etap rozwojowy w trakcie kontuzji i funkcjonowania przed chorobami ○ Wsparcie psychospołeczne a przed wystąpieniem choroby wsparcie środowiska rodzinnego oraz społeczne. (CBR) • Dzieci z ciężkim TBI wykazują najgorsze umiejętności językowe (umiarkowane lub wysokie ryzyko błędów statystycznego). Logopedzi powinni monitorować dzieci z ciężkim TBI pod kątem niedoborów językowych. (EBR, siła rekomendacji: C; oparta na 5 badaniach) • Czynniki specyficzne dla przewidywania zaburzeń językowych obejmują zakres uszkodzeń kluczowych obszarów mózgu leżących u podstaw funkcji językowej (np. lewa półkula, ciało modzelowate, łukowate powięzi, dolne obszary czołowe i skroniowe) oraz obecność mutyzmu. (CBR) • Czynniki specyficzne dla przewidywania zaburzeń mowy obejmują zakres uszkodzeń kluczowych obszarów mózgu stanowiących podstawę funkcji mowy / ruchu (np. uzupełniający obszar ruchowy, kora ruchowa, korowo-rdzeniowy / korowo-rdzeniowy) i obecność mutyzmu. • Dowody sugerują, że występowanie dysfagii jest związane z ciężkim TBI i dłuższym okresem wentylacji (> 1,5 dnia) (niskie lub umiarkowane ryzyko błędów statystycznego). Dowody sugerują również, że dzieci z dysfagią mają dłuższy okres hospitalizacji i są bardziej narażone na upośledzenie ruchowe (niskie ryzyko błędów statystycznego). Ponadto ustąpienie zaburzeń połykania jest skorelowane z ustąpieniem funkcji poznawczych i upośledzeniem ruchowym jamy ustnej (umiarkowane ryzyko błędów statystycznego). Sugeruje się, aby dzieci z ciężkim TBI i okresem wentylacji dłuższym niż 1,5 dnia były badane przez logopedę pod kątem możliwych problemów z połykaniem. (EBR, siła rekomendacji: D, oparta na 5 badaniach) • Czynniki specyficzne dla przewidywania zaburzeń połykania obejmują zakres uszkodzeń kluczowych obszarów mózgu stanowiących podstawę funkcji połykania (np. pnia mózgu, pierwotnego kory motorycznej i czuciowej). Badania wykazały, że

Wytyczne	Opis wytycznych
	<p>w przypadku wyniku w skali Glasgow <8,5 i okres wentylacji> 1,5 dnia można przewidywać występowanie dysfagii. (CBR)</p> <p>SPECJALIŚCI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Podczas fazy ostrej dziecko powinno znaleźć się pod opieką logopedy i innych specjalistów odpowiedzialnych za leczenie problemów mowy i zaburzeń połykania. Dzieci z umiarkowanym lub ciężkim TBI powinny zostać skierowane przez lekarza lub pracownika służby zdrowia do logopedy podczas fazy ostrej (od 0 do 2 tygodni od wypadku). (CBR) • Inni specjaliści którzy powinni zostać włączeni do opieki nad dzieckiem z TBI to: <ul style="list-style-type: none"> ○ neuropsycholog lub psycholog ○ terapeuta zajęciowy ○ laryngolog ○ dietetyk ○ radiolog ○ muzykoterapeuta (CBR). <p>OCENA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dzieci z umiarkowanym lub ciężkim urazowym uszkodzeniem mózgu powinny być oceniane przez logopedę pod kątem mowy, umiejętności językowych i problemów z połykaniem podczas ostrej fazy opieki (zazwyczaj 0 do 2 tygodni od urazu). Regularna ocena powinno być kontynuowane w trakcie rehabilitacji szpitalnej i środowiskowej. (CBR) • Ocena umiejętności językowych u dziecka z TBI powinna być przeprowadzona przez logopedę w trakcie 2 dni od przyjęcia lub gdy stan dziecka jest stabilny, w celu planowania terapii i kontrolowania powrotu do zdrowia. Następnie dziecko powinno być badane przez logopedę przynajmniej raz w tygodniu. (CBR) • Ocena mowy dziecka z TBI powinna być przeprowadzona przez logopedę w trakcie 2 dni od przyjęcia lub gdy stan dziecka jest stabilny, w celu planowania terapii i kontrolowania powrotu do zdrowia. Dziecko powinno być oceniane przez logopedę w kluczowych momentach tj. przejście z oddziału intensywnej opieki pediatrycznej do oddziału szpitalnego, następnie po przejściu do szpitala dziennego/rehabilitacyjnego oraz do opieki ambulatoryjnej. (CBR) • Logopeda powinien oceniać umiejętności językowe dziecka TBI po 6-8 tygodniach po ustąpieniu amnezji pourazowej. Dziecko powinno być oceniane przez logopedę w kluczowych momentach tj. przejście z oddziału intensywnej opieki pediatrycznej do oddziału szpitalnego, następnie po przejściu do szpitala dziennego/rehabilitacyjnego oraz do opieki ambulatoryjnej. (CBR) • Ponowna ocena mowy i umiejętności językowych dziecka z TBI jest wymagana o 3-6 miesiącach po wypisie ze szpitala, a następnie co roku jeżeli nadal występują problemy. • Formalna ocena umiejętności językowych jest zalecana przed pójściem dziecka do szkoły podstawowej, następnie do szkoły średniej lub gdy rodzice lub zespół rehabilitacyjny zidentyfikują jakiegokolwiek problemy u dziecka. (CBR) • Logopeda powinien ocenić dziecko pod kątem możliwych problemów z połykaniem w trakcie 2 dni od zakończenia intubacji lub gdy stan dziecka jest stabilny. Jeżeli występują zaburzenia połykania, logopeda powinien monitorować stan dziecka co najmniej raz w tygodniu w trakcie pobytu na oddziale rehabilitacyjnym oraz ocenić stan przy wypicie przy wypisie i po upływie 12 miesięcy od wypisu. (CBR) • W przypadku utrzymujących się trudności z połykaniem u dziecka z TBI logopeda powinien dokonywać oceny w razie potrzeby. (CBR) <p>OBSZARY OCENY</p> <ul style="list-style-type: none"> • Podczas wstępnej oceny (od 0 do 2 tygodni po urazie) sugeruje się aby logopeda przeprowadził krótką ocenę wszystkich obszarów umiejętności językowych u wszystkich dzieci po umiarkowanym i ciężkim TBI (tj. semantyka, składnia, słowotwórstwo, fonologia i pragmatyka), w tym narracja i umiejętność wyszukiwania słów. (EBR, siła rekomendacji: D; oparta na 5 badaniach) • Logopeda powinien ocenić (w sposób formalny lub nieformalny) następujące obszary umiejętności językowych: <ul style="list-style-type: none"> ○ umiejętności komunikacyjne u dzieci które jeszcze nie mówią; ○ mówiony i pisany ekspresyjny i otwarty język w tym: dyskurs i narracja, uwaga, pamięć, wpływ na umiejętności społeczne i uczenie się umiejętność wyszukiwania słów; ○ komunikacja funkcjonalna (np. umiejętności konwersacyjne i społeczne); ○ możliwość korzystania z komunikacji zastępczej oraz alternatywnej (jeżeli to konieczne). ○ wgląd pacjenta w deficyty w stosownych przypadkach (po około 4 roku życia). (CBR) • Podczas wstępnej oceny (od 0 do 2 tygodni po urazie) sugeruje się, aby logopeda przeprowadzili krótką ocenę wszystkich obszarów mowy u wszystkich dzieci po

Wytyczne	Opis wytycznych
	<p>umiarkowanym i ciężkim TBI (tj. artykulacja, czynność ruchowa jamy ustnej, oddychanie, rezonans, prozodia, fonacja, płynność). (EBR, siła rekomendacji: D; oparta na 6 badaniach)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Logopeda powinien ocenić (w sposób formalny lub nieformalny) następujące obszary mowy: <ul style="list-style-type: none"> ○ rozwój dźwięku mowy w porównaniu z rówieśnikami (artykulacja i zdolność fonologiczna); ○ zaburzenia głosu; ○ funkcje motoryczne (obecność dyzartrii, apraksji mowy lub jąkania, funkcjonowanie jamy ustnej); ○ zrozumiałość mowy; ○ wgląd pacjenta w deficyty oraz samokontrolę w stosownych przypadkach (po około 4 roku życia). (CBR) • Podczas wstępnej oceny (od 0 do 2 tygodni po urazie) sugeruje się aby logopeda oceniał ustno-gardłową fazę połykania u wszystkich dzieci po umiarkowanym i ciężkim TBI. (EBR, siła rekomendacji: D; oparta na 5 badaniach) • Logopeda powinien ocenić (w sposób formalny lub nieformalny) następujące obszary możliwych zaburzeń połykania: <ul style="list-style-type: none"> ○ Poznawczo-behawioralne (stan medyczny, poziom czujności/zmęczenia, zachowanie, samokontrola, tempo jedzenia); ○ Postawa/pozycja i głos; (Posture/positioning and tone) ○ Funkcje oddechowe; ○ Ocena motoryczna ○ Ocenę fazy ustnej; ○ Ocenę fazy gardłowej; ○ Czy konieczne są alternatywne metody karmienia. (CBR) <p>NARZĘDZIA OCENY</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ocena dyzartrii powinna obejmować metody percepcyjne i (w razie potrzeby i dostępne dla ośrodka) metody instrumentalne. (CBR) • Instrumentalnej oceny zaburzeń głosu lub połykania (w tym endoskopowej oceny połykania lub wideofluoroskopii) należy stosować, jeśli jest to klinicznie wskazane (np. Objawy aspiracji). Głos można również oceniać w Visi-Pitch lub innych podobnych systemach. (CBR) • Miara wyników (w tym Australijska Miara Wyników Leczenia, skala oceny dysfagii, efektywność fazy połykania: ustnej oraz gardłowej, skale osiągnięcia celów) powinny być stosowane do dokumentowania wyników dla mowy, umiejętności językowych obraz problemów z połykaniem przed i po terapii. (CBR) <p>LECZENIE</p> <p>Zaburzenia językowe powinny być leczone przez logopedów poprzez najbardziej skuteczne podejście oparte na dowodach dla określonego obszaru deficytu, mogące obejmować interwencje takie jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komunikacja przedwerbalna/wczesna : <ul style="list-style-type: none"> ○ stymulacja językowa, ○ interwencje ukierunkowane na słownictwo. • Ekspresyjny i otwarty język pisany i czytany: <ul style="list-style-type: none"> ○ Techniki rusztowań (w tym wybory binarne, podpowiedzi, priminf semantyczny oraz fonetyczny), uzupełnianie zdań, wsparcie wizualne, errorless learning). ○ Nauka semantyki i składni (w tym analiza cech semantycznych, mapowanie pojęć). ○ Nauka czytania i pisania (narracja, analizowanie całych akapitów, czytanie ze zrozumieniem, korzystanie z iPadów/laptopów). ○ Umiejętności językowe na wysokim poziomie. • Komunikacja funkcjonalna <ul style="list-style-type: none"> ○ Trening umiejętności społecznych; ○ Gestykulowanie, ○ Tablice obrazkowe; ○ Zadania funkcjonalne; • Komunikacja wspomagająca i alternatywna; • Inne: <ul style="list-style-type: none"> ○ Terapia poznawcza (może być prowadzona przez logopedę, tam gdzie to możliwe powinna być prowadzona w porozumieniu z psychologiem); ○ Edukacja i szkolenie partnerów komunikacyjnych; ○ Edukacja pracowników szkoły, pomoc nauczycielom; ○ Leczenie wskazane przez personel medyczny w celu poprawy uwagi oraz koncentracji. (CBR)

Wytyczne	Opis wytycznych
	<p>Zaburzenia mowy powinny być leczone przez logopedów poprzez najbardziej skuteczne podejście oparte na dowodach dla określonego obszaru deficytu, mogące obejmować interwencje takie jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia artykulacji lub fonologiczna; • Terapia dyzartrii lub dyspraksji (terapia mowy ruchowej); • Komunikacja wspomagająca i alternatywna; • Aktywne uczestnictwo w terapii; • Edukacja i szkolenie partnerów komunikacyjnych. (CBR) <p>Zaburzenia połykania powinny być leczone przez logopedów poprzez najbardziej skuteczne podejście oparte na dowodach dla określonego obszaru deficytu, mogące obejmować interwencje takie jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zmiana pozycji ciała dziecka (chyba podczas jedzenia i picia); • Wsparcie środowiskowe; • Terapia poznawcza: <ul style="list-style-type: none"> ○ Terapia pomagająca panować nad zachowaniem i impulsywnością, zmęczeniem, poprawiająca świadomość i percepcję; ○ Strategie dotyczące tempa i czasu (pacing and timing strategies) • W przypadku fazy przygotowawczej: <ul style="list-style-type: none"> ○ Stymulacja ruchowa jamy ustnej i ćwiczenia, wsparcie szczęki, kontrola żucia. ○ Modyfikacja tekstury i konsystencji żywności oraz płynów; • W przypadku fazy ustnej: <ul style="list-style-type: none"> ○ Podpowiedzi głosowe (np. Weź mniejsze kęsy, wielokrotne połykanie, aby usunąć pozostałości); ○ Modyfikacja tekstury i konsystencji żywności oraz płynów; • W przypadku fazy gardłowej: <ul style="list-style-type: none"> ○ Modyfikacja tekstury i konsystencji żywności oraz płynów; ○ Zmiana pozycji dziecka podczas przełykania; ○ Alternatywne opcje karmienia (np. Rurka nosowo-żołądkowa, gastrostomia), jeśli wskazane przez odpowiedni zespół multidyscyplinarny (np. dietetyk, pielęgniarka, lekarz) • Edukacja rodziców/opiekunów oraz personelu szkoły o strategiach pomagających w odżywianiu dziecka. (CBR) <p>CZAS LECZENIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Logopedzi powinni rozpocząć leczenie zaburzeń mowy, umiejętności językowych i połykania w ostrym stadium, gdy pacjent jest stabilny medycznie. • We wczesnych stadiach po urazie priorytetem może być połykanie i sprawność porozumiewanie się. (CBR) <p>Formalne leczenie należy rozpocząć po wyjściu pacjenta z amnezji pourazowej. Pacjent po wypisie z oddziału rehabilitacyjnego powinien otrzymywać regularne leczenie z lokalnych ośrodków (jeżeli to potrzebne). (CBR)</p> <ul style="list-style-type: none"> • W przypadku zaburzeń połykania leczenie powinno rozpocząć się po przerwaniu intubacji, gdy pacjent jest świadomy i potrafi panować nad wydzieliną oraz odpowiednio reaguje na automatyczne ruchy. Leczenie może rozpocząć się od tracheostomii (jeżeli dziecko nie jest zdolne do panowania nad wydzieliną), a leczenie opiera się na zarządzaniu tracheostomią oraz edukacji. (CBR) <p>Uwagi:</p> <p>EBR (Evidence-based recommendation)- rekomendacje oparte na dowodach, Zalecenie opracowane w wyniku systematycznego przeglądu dowodów, z podanymi referencjami</p> <p>CBR (Consensus-based recommendation) – zalecenia oparte na konsensusie eksperckim opracowane przy braku dowodów jakościowych lub gdy przegląd systematyczny nie zidentyfikował badań spełniających kryteria włączenia do pytania klinicznego</p> <p>Siła rekomendacji C - Zbiór dowodów zapewnia pewne poparcie dla rekomendacji, ale należy zachować ostrożność przy ich stosowaniu</p> <p>Siła rekomendacji D - Materiał dowodowy jest słabej jakości i zalecenia należy stosować ostrożnie</p>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

3.3.3 Podsumowanie

Mózgowe porażenie dziecięce

W przypadku mózgowego porażenia dziecięcego istotne jest zapewnienie indywidualnej, kompleksowej opieki medycznej, uwzględniającej stan funkcjonalny pacjenta (NSW Ministry of Health 2018, SINPIA -SIMFER 2016, NICE 2017). Celem usprawniania pacjenta z MPD jest maksymalne pobudzenie rozwoju. Program rehabilitacji i fizjoterapii pacjenta powinien być realizowany w każdym środowisku pacjenta, tj.: domu, szkole, ośrodkach rekreacyjnych oraz specjalistycznych ośrodkach opieki. Działania te mają na celu ułatwienie pełnej integracji z życiem w społeczeństwie, choć nie zawsze są to interwencje będące elementem procesu leczenia. Ponadto istotną rolę odgrywa opieka i wsparcie rodziny pacjenta (NSW Ministry of Health 2018, SINPIA -SIMFER 2016). Opiekę nad dzieckiem CP powinien sprawować multidyscyplinarny zespół w skład którego wchodzi m. in.: fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, logopeda, dietetyk, psycholog, ortopeda, okulista, neuropsychiatra, pedagog czy psycholog. Dzieci z mózgowym porażeniem, będące w wieku przedszkolnym i szkolnym, powinny mieć wsparcie dydaktyczne (NICE 2017, SINPIA -SIMFER 2016). Wśród zalecanych interwencji odnalezionych wśród wytycznych są: terapia wymuszonego ruchu – (Constraint Induced Movement Therapy - CIMT), terapia bimanulana (Bimanual Therapy), trening: chodu, na bieżni, komunikacyjny, sprawnościowy (fitness training), biofeedback, hydroterapia, masaż, terapia neurorozwojowa, integracja sensoryczna, terapia z zastosowaniem kombinezonów, metoda Vołty, terapia z udziałem zwierząt (Animal-Assisted Therapy – AAT) (NSW Ministry of Health 2018), interwencje dietetyczne (NICE 2017), terapia ruchowa (NICE 2017, SINPIA -SIMFER 2016). Ocena stanu funkcjonalnego pacjenta powinna być prowadzona regularnie za pomocą Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) (NSW Ministry of Health 2018, SINPIA -SIMFER 2016). Żadne z wytycznych, pomimo wskazania dowodów naukowych, nie zawierają rekomendacji z określoną siłą zaleceń.

Rehabilitacja oddechowa

Dzieci z mukowiscydozą:

Zalecenia ogólne:

- Fizjoterapeuci powinni stosować najlepsze klinicznie środki oceny punktów końcowych, aby ocenić skuteczność technik klirensu dróg oddechowych w indywidualnych przypadkach (QoE - wysokie).
- Przeciwwskazania do badania zostaną ocenione przed każdą sesją testową (QoE - wysokie).
- Po potwierdzeniu diagnozy wszystkie rodziny z nowo zdiagnozowanymi niemowlętami z mukowiscydozą powinny zostać skierowane na fizjoterapię. Początkowe zajęcia z fizjoterapii powinny zawsze być prowadzone przez fizjoterapeutę specjalizującego się w postępowaniu w mukowiscydozie. [siła rekomendacji: C]
- Niemowlę powinno być poddawane regularnej ocenie przez fizjoterapeutę z doświadczeniem w opiece nad dziećmi z mukowiscydozą. Niezbędna jest łatwo dostępna usługa fizjoterapii w celu oceny, porady i wsparcia. Bezpośrednie numery kontaktowe do fizjoterapeuty powinny być dostępne dla rodziców / opiekunów, zespołów multidyscyplinarnych oraz dla zespołów podstawowej opieki zdrowotnej i zespołów opieki sieciowej. [siła rekomendacji: C]
- Wszystkich rodziców / opiekunów należy nauczyć oceniać objawy przedmiotowe i podmiotowe, stosując odpowiednio narzędzie oceny układu oddechowego. [siła rekomendacji: C]
- Nawet jeśli dziecko jest „bezobjawowe”, wszyscy rodzice / opiekunowie powinni być nauczeni oceniania objawów wraz z nauczeniem odpowiedniej techniki oczyszczania dróg oddechowych [siła rekomendacji: C]
- Fizjoterapeuta nie jest zobowiązany do rutynowego inicjowania klirensu dróg oddechowych podczas diagnozy, chyba że; po diagnozie niemowlę lub dziecko ma objawy, które wymagają fizjoterapii układu oddechowego. Porady udzielane rodzicom / opiekunom co do potrzeby i częstotliwości leczenia powinny być oparte na ocenie indywidualnych okoliczności przez specjalistę fizjoterapeutę [siła rekomendacji: C]

- Należy ostrożnie rozważyć zastosowanie pochyleń głowy w dół podczas drenażu postawy, zarówno pod względem skuteczności u niemowląt ze stosunkowo małą ilością wydzieliny, jak i możliwości zaostrożenia refluksu żołądkowo-przełykowego. Jeśli to konieczne, zastosowanie zmodyfikowanej fizjoterapii klatki piersiowej, pomijając przechylenie głowy w dół, może być bardziej odpowiednie. [B]

Testy wysiłkowe:

- W Wielkiej Brytanii zaleca się wykonywanie testów wysiłkowych w ramach rutynowej oceny osób z mukowiscydozą co najmniej raz w roku, ale należy je przeprowadzać również w innych okresach czasu, np. przed i po przyjęciu (QoE - wysokie).
- Zaleca się wykonywanie testów wysiłkowych w celu oceny odpowiedzi na zmiany w ogólnym postępowaniu w mukowiscydozie (np. badanie skuteczności interwencji, przed/po przyjęciu lub po modyfikacji zalecanych ćwiczeń) (QoE - wysokie).
- Testy wysiłkowe są niezbędne do monitorowania reakcji na trening ruchowy, do oceny sprawności fizycznej oraz do bezpiecznego i skutecznego przepisywania ćwiczeń (QoE - wysokie).

Dzieci z osłabieniem nerwowo-mięśniowym (NMW)

- Dzieci z nieefektywnym kaszlem (w tym dzieci powyżej 12 roku życia ze szczytowym przepływem kaszlu (*cough peak flow*) < 270L/min), zwłaszcza w przypadku epizodu pogorszenia stanu z powodu infekcji układu oddechowego, należy nauczyć technik efektywnego kaszlu (C). (BTS 2012)
- Ręczne wspomaganie kaszlu oraz metody zatrzymywania powietrza stosowane w celu osiągnięcia maksymalnej pojemności oddechowej będące skutecznymi metodami poprawiającymi efektywność kaszlu, powinny być stosowane w razie potrzeby (C). (BTS 2012)
- Techniki oscylacyjne, takie jak oscylacja ścian klatki piersiowej z dużą częstotliwością (HFCWO - *high-frequency chest wall oscillation*) i wentylacja IPV (intrapulmonary percussive ventilation), powinny być brane pod uwagę u dzieci mających trudności z odkrztuszaniem wydzieliny lub mających przewlekłą niedodmę, pomimo stosowania innych technik oczyszczania dróg oddechowych (D). (BTS 2012)

Rehabilitacja w skoliozie i wadach postawy

Odnalezione wytyczne SOSORT zalecają wykonywanie ćwiczeń fizjoterapeutycznych swoistych dla skoliozy (Physiotherapeutic scoliosis-specific exercises - PSSE), odbywających się w warunkach ambulatoryjnych z częstotliwością od 2 do 7 dni w tygodniu, w zależności od wykorzystanych technik oraz stanu pacjenta. Ponadto wytyczne zalecają specjalną rehabilitację szpitalną (Special inpatient rehabilitation - SIR). Zastosowanie obu form uzależnione jest od wieku pacjenta i stopnia zaawansowania choroby.

Tabela 32. Schemat rodzaju zabiegów, ze stopniowaniem od najmniej do najbardziej wymagających (również pod względem obciążenia) (VB)

		Mała		Umiarkowana		Ciężka	
		min	max	min	max	min	max
Niemowlęctwo		obserwacja co 3 miesiące	obserwacja co 3 miesiące	obserwacja co 3 miesiące	TTRB	TTRB	Su
Dzieciństwo		obserwacja co 3 miesiące	PSSE	PSSE	FTRB	HTRB	Su
Okres dojrzewania	Risser 0	obserwacja co 6 miesięcy	SSB	HTRB	FTRB	TTRB	Su
	Risser 1	obserwacja co 6 miesięcy	SSB	PSSE	FTRB	FTRB	Su
	Risser 2	obserwacja co 6 miesięcy	SSB	PSSE	FTRB	FTRB	Su
	Risser 3	obserwacja co 6 miesięcy	SSB	PSSE	FTRB	FTRB	Su
	Risser 4	obserwacja co 12 miesięcy	SIR	PSSE	FTRB	FTRB	Su

	Mała		Umiarkowana		Ciężka	
	min	max	min	max	min	max
PSSE - Physiotherapeutic scoliosis-specific exercises, NTRB - Nighttime rigid brace (8–12 h na dzień), SIR - Special inpatient rehabilitation, SSB - Scoliosis soft braces, HTRB - Half time rigid brace, PTRB - Part-time rigid brace (12–20 h na dzień), FTRB - Full-time rigid brace (20–24 h na dzień), Total time rigid brace, Su – operacja						

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Zalecenia dotyczące PSSE, w celu zapobieganiu postępu skoliozy w trakcie wzrostu:

- PSSE zalecane są jako pierwszy krok w leczeniu skoliozy idiopatycznej, w celu zapobiegania/ograniczenia postępu deformacji i usztywnienia (IC).
- Zaleca się aby PSSE były zgodne z konsensusem SOSORT i opierały się na auto-korekcie w 3D, treningu w codziennych czynnościach (*Training in activities of daily living* - ADL), stabilizacji skorygowanej postawy i edukacji pacjenta (IIB).

Zalecenia dotyczące PSSE podczas unieruchomienia/stabilizacji i interwencji chirurgicznej:

- Zaleca się wykonywanie PSSE podczas leczenia poprzez unieruchomienie/stabilizację (IIB).
- Zaleca się, aby w trakcie wykonywania PSSE, terapeuci pracowali nad zwiększeniem podatności pacjenta na leczenie za pomocą nieruchomienia/stabilizacji (IIB).
- Zaleca się, wykonywanie ćwiczeń poprawiających wydolność oddechową w okresie przedoperacyjnym (IIC).

Zalecenia dotyczące zajęć sportowych:

- Nie zaleca się, stosowania sportu jako leczenia skoliozy idiopatycznej (IIIC)
- Zaleca się, aby unikać zajęć polegających na rywalizacji i mobilizujące w znacznym stopniu kręgosłup, u pacjentów ze skoliozą o wysokim stopniu progresji (IIIC).

Rehabilitacja ortopedyczna

Uraz więzadła krzyżowego przedniego

- Trening nerwowo-mięśniowy ACL

Dane o umiarkowanej sile z zebranych analiz o niewielkim rozmiarze efektu (Number Needed to Treat=109) potwierdzają, że programy treningu nerwowo-mięśniowego mogą zmniejszyć urazy ACL (Siła zalecenia: umiarkowana). (AAOS 2014)

- Terapia pooperacyjna:

W przypadku pacjentów uczestniczących w pooperacyjnej rehabilitacji po rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego (ACL), dowody o umiarkowanej jakości wspierają wykorzystanie wczesnych, przyspieszonych lub nieprzyspieszonych protokołów postępowania, ponieważ dają one podobny efekt procesu rehabilitacyjnego. (Siła zalecenia: umiarkowane). (AAOS 2014)

Rehabilitacja neurologiczna

Dzieci po udarze dziecięcym

- W przypadku dzieci po udarze z trudnościami poznawczymi należy rozważyć stosowanie technik kompensacyjnych tj.: instrukcje upraszczające (simplifying instructions), instrukcje 1:1, pisane instrukcje zamiast werbalnego przekazu, wykorzystanie wizualnych wskazówek i harmonogramów, podział zadań na komponenty, dzielenie informacji na miejsce części, pomoc elektronicznych urządzeń (przypominania w kalendarzu alarmy, elektryczne organizery) (rekomendacje oparte na dowodach, stopień D) (VACSAC 2019)
- Trening strategiczny pomaga poprawić pamięć (pamięć krótkotrwała i opóźnione przypomnienie) po udarze dziecięcym. (rekomendacja oparta na dowodach, stopień D) (VACSAC 2019)

Dzieci z TBI

- Dzieci z ciężkim TBI wykazują najgorsze umiejętności językowe (umiarkowane lub wysokie ryzyko błędu statystycznego). Logopedzi powinni monitorować dzieci z ciężkim TBI pod kątem niedoborów językowych. (EBR, siła rekomendacji: C; oparta na 5 badaniach) (NHMRC 2017)
- Sugeruje się, aby dzieci z ciężkim TBI i okresem wentylacji dłuższym niż 1,5 dnia były badane przez logopedę pod kątem możliwych problemów z połykaniem. (EBR, siła rekomendacji: D, oparta na 5 badaniach) (NHMRC 2017)
- Podczas wstępnej oceny (od 0 do 2 tygodni po urazie) sugeruje się aby logopeda przeprowadził krótką ocenę wszystkich obszarów umiejętności językowych u wszystkich dzieci po umiarkowanym i ciężkim TBI (tj. semantyka, składnia, słowotwórstwo, fonologia i pragmatyka), w tym narracja i umiejętność wyszukiwania słów. (EBR, siła rekomendacji: D; oparta na 5 badaniach) (NHMRC 2017)
- Podczas wstępnej oceny (od 0 do 2 tygodni po urazie) sugeruje się, aby logopeda przeprowadzili krótką ocenę wszystkich obszarów mowy u wszystkich dzieci po umiarkowanym i ciężkim TBI (tj. artykulacja, czynność ruchowa jamy ustnej, oddychanie, rezonans, prozodia, fonacja, płynność). (EBR, siła rekomendacji: D; oparta na 6 badaniach) (NHMRC 2017)

3.3.4 Ograniczenia analizy

Wśród ograniczeń niniejszej analizy należy wskazać:

- Celem analizy nie było przygotowanie wiernego tłumaczenia językowego analizowanych dokumentów, ale przybliżenie kontekstu struktury organizacyjnej poszczególnych zaleceń w poszczególnych systemach ochrony zdrowia.
- Tłumaczenia terminów medycznych z języka angielskiego dokonał zespół analityczny, jednakże nie zostały one ostatecznie zweryfikowane przez osobę o wykształceniu medycznym.
- W analizowanych dokumentach zidentyfikowano odmienny sposób zdefiniowania skal dotyczących poziomu dowodów naukowych oraz siły zaleceń w poszczególnych organizacjach publikujących wytyczne, przez co trudniej jest przeprowadzić wnioskowanie, czy dana rekomendacja została wydana na podstawie tych samych dowodów naukowych. Ponadto w części publikacji w ogóle nie uwzględniono siły dowodów naukowych, na które powoływali się autorzy, ani siły stworzonych na ich podstawie rekomendacji.

3.4 Charakterystyka rehabilitacji pediatrycznej w systemie ochrony zdrowia w Polsce - stan obecny

3.4.1 Regulacje formalno-prawne

Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 stycznia 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej określa minimalne wymogi jakie musi spełnić świadczeniodawca chcąc realizować rehabilitację. .

Warunki realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej doszczegóławia Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia NR 42/2018/DSOZ z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką można wyróżnić następujące produkty rozliczeniowe dedykowane populacji pediatrycznej:

Załącznik 1n Katalog Zakresów Świadczeń

Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym 05.2300.021.02

- osobodzeń w ośrodku/oddziale dziennym w rehabilitacji dzieci w wieku do ukończenia 7 r. ż. z zaburzeniami wieku rozwojowego 5.11.02.9000045
- osobodzeń w ośrodku/oddziale dziennym w rehabilitacji dzieci w wieku od rozpoczęcia 8 r. ż. do ukończenia 18 r. ż. z zaburzeniami wieku rozwojowego 5.11.02.9000046
- osobodzeń w ośrodku/oddziale dziennym w rehabilitacji dzieci uprawnionych na podstawie ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” 5.11.02.9000061

Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy 05.2300.023.02

- osobodzeń w ośrodku/oddziale dziennym w rehabilitacji słuchu i mowy dla pacjentów do ukończenia 7 r. ż. 5.11.02.9000054
- osobodzeń w ośrodku/oddziale dziennym w rehabilitacji słuchu i mowy dla pacjentów od rozpoczęcia 8 r. ż. do ukończenia 19 r. ż. 5.11.02.9000055

Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku 05.2300.024.02

- osobodzeń w ośrodku/oddziale dziennym w rehabilitacji wzroku do ukończenia 7 r. ż. 5.11.02.9000057
- osobodzeń w ośrodku/oddziale dziennym w rehabilitacji wzroku od rozpoczęcia 8 r. ż. do ukończenia 19 r. ż. 5.11.02.9000058

Leczenie dzieci ze śpiączką 05.4306.301.02

- osobodzeń pobytu dziecka 5.11.02.9100018
- osobodzeń pobytu dziecka, żywionego dojelitowo dietą przemysłową 5.11.02.9100019
- osobodzeń pobytu dziecka, żywionego pozajelitowo 5.11.02.9100020
- osobodzeń pobytu dziecka ze spastycznością 5.11.02.9100021
- osobodzeń pobytu dziecka ze spastycznością, żywionego dojelitowo dietą przemysłową 5.11.02.9100022
- osobodzeń pobytu dziecka ze spastycznością, żywionego pozajelitowo 5.11.02.9100023

Załącznik 1r Katalog Jednorodnych Grup Pacjentów w stacjonarnej rehabilitacji leczniczej:

RNDS01 5.11.02.9100035 Rehabilitacja neurologiczna dziecięca w szpitalu - kategoria I

RNDS02 5.11.02.9100036 Rehabilitacja neurologiczna dziecięca w szpitalu - kategoria II

RNDS03 5.11.02.9100037 Rehabilitacja neurologiczna dziecięca w szpitalu - kategoria III

RNDZ01 5.11.02.9100052 Rehabilitacja neurologiczna dziecięca w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria I

RNDZ02 5.11.02.9100053 Rehabilitacja neurologiczna dziecięca w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria II

Tabela 33. Świadczenia dla dzieci w zakresie rehabilitacji stacjonarnej

Świadczenia w zakresie rehabilitacji pediatrycznej stacjonarnej	
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	
Świadczenie	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia
Rehabilitacja ogólnoustrojowa	<p>Wystawca skierowania: Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową jest wystawiane przez:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Wymagany rodzaj i zakres skierowania: Brak regulacji</p> <p>Załączone badania: Brak regulacji</p> <p>Pozostałe warunki: Brak regulacji</p> <p>Opis włączenia: brak w przepisach rozporządzenia</p> <p>Opis dodatkowy: Brak regulacji</p> <p>Kody wg ICD Brak regulacji</p> <p>Opis powodu wyłączenia: Brak regulacji</p>
	<p>II. Zakres świadczenia</p> <p>Organizacja udzielania świadczeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) usprawnianie przez 6 dni w tygodniu w cyklach przed- i popołudniowych, średnio 5 zabiegów dziennie dla każdego świadczeniobiorcy; 2) zapewnienie pomocy lekarza w przypadku nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia pacjenta w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych – na wezwanie pielęgniarki. <p>Czas trwania rehabilitacji: Czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej dla jednego świadczeniobiorcy wynosi do 6 tygodni, średnio 5 rodzajów zabiegów dziennie u każdego świadczeniobiorcy. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p>
	<p>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</p> <p>Ośrodek lub oddział stacjonarny</p> <p>Wyposażenie wymagane:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w lokalizacji: <ol style="list-style-type: none"> a) stół do pionizacji, b) ba konik rehabilitacyjny, c) kule i laski rehabilitacyjne, d) przenośny zestaw do elektroterapii; 2) do zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej, jeżeli dane świadczenie jest realizowane: <ol style="list-style-type: none"> a) wieloosobowa komora kriogeniczna niskotemperaturowa, zakres uzyskiwanych temperatur b) od -120 °C do -150 °C, z możliwością obserwacji świadczeniobiorcy w trakcie zabiegu, c) gabinet wyposażony w zestaw do udzielania pierwszej pomocy, d) wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające e) takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii w miejscu udzielania świadczenia, f) cykloergometr – nie mniej niż 2 stanowiska. <p>Jednemu świadczeniobiorcy przysługuje do 20 zabiegów w kriokomorze w ciągu roku kalendarzowego;</p>

	<p>3) jeżeli dane świadczenie jest udzielane w miejscu:</p> <ol style="list-style-type: none"> wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, zestaw do kriostymulacji parami azotu, urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości. <p>Warunki lokalowe wspólne:</p> <ol style="list-style-type: none"> przy wejściu do obiektu znajdują się dojazdy oraz dojścia dla świadczeniobiorców z niepełnosprawnością ruchową; w węzłach sanitarnych dla świadczeniobiorców znajdują się poręcze i uchwyty; w obiekcie znajduje się co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców, dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową; w budynkach wielokondygnacyjnych znajduje się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodolazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich, tylko wtedy, gdy świadczenia są udzielane na kondygnacji innej niż parter; spełnienie warunków wymaganych dla zakładu rehabilitacyjnego a bo umieszczenie części zabiegowej rehabilitacyjnej zakładu w lokalizacji (z wyłączeniem zestawu do terapii ultradźwiękami w przypadku oddziału dla dzieci do ukończenia 18. roku życia), wymienionych w lp. 1 lit. b tiret drugie kolumna 3 pkt 2. <p>Wymagania dotyczące personelu:</p> <ol style="list-style-type: none"> lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii, lub lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii (w przypadku oddziałów dziecięcych) <ul style="list-style-type: none"> równoważnik 1 etatu dla oddziału do 25 łóżek, w tym lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej, a w przypadku oddziału powyżej 25 łóżek równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego na każde następne 6 łóżek, oraz osoba prowadząca fizjoterapię <ul style="list-style-type: none"> – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek); oraz zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej – w zakresie nieuregulowanym w niniejszym rozporządzeniu następuje z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych, ustalonej na podstawie przepisów o działalności leczniczej. <p>Personel uprawniony do udzielania świadczeń po spełnieniu warunków wymaganych:</p> <ol style="list-style-type: none"> lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii; lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej. <p>Personel realizujący zabiegi masażu: osoba prowadząca fizjoterapię lub masażysta.</p>
Świadczenie	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia
Rehabilitacja neurologiczna	<p>Warunki przyjęcia do oddziału rehabilitacji stacjonarnej</p> <p>Wystawca skierowania:</p> <ol style="list-style-type: none"> w przypadku rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu, zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych, zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych oraz rehabilitacji przewlekłej – pod warunkiem, że chorzy są już po przebytej rehabilitacji, w tym w wyżej wymienionych grupach, i wymagają kontynuacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych: <ol style="list-style-type: none"> przyjęcie ze skierowaniem z oddziału lub kliniki: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii, chorób zakaźnych, chorób wewnętrznych, pediatrii po przeprowadzeniu konsultacji neurologicznej lub przyjęcie ze skierowaniem z poradni specjalistycznej: rehabilitacyjnej, neurologicznej, neurochirurgicznej, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, urazowo-ortopedycznej; w przypadku rehabilitacji neurologicznej dziecięcej: <ol style="list-style-type: none"> przyjęcie ze skierowaniem z oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, neonatologii, neurologii i neurochirurgii, ortopedii i traumatologii, chirurgii dziecięcej, chorób zakaźnych, pediatrii lub

b) przyjęcie ze skierowaniem z poradni specjalistycznej: neurologicznej, neonatologicznej, neurochirurgicznej, pediatrii, urazowo-ortopedycznej, chirurgii dziecięcej, rehabilitacyjnej.

Wymagany rodzaj i zakres skierowania:

Brak regulacji

Załączone badania:

Brak regulacji

Pozostałe warunki:

Brak regulacji

Opis włączenia:

brak w przepisach rozporządzenia

Opis dodatkowy:

Brak regulacji

Kody wg ICD

Brak regulacji

Opis powodu wyłączenia:

Brak regulacji

II. Zakres świadczenia

Rehabilitacja neurologiczna dziecięca – kategoria I

Organizacja udzielania świadczeń:

1) w przypadku dzieci do ukończenia 2 roku życia:

a) usprawnianie przez 6 dni w tygodniu, nie mniej niż 90 min na dobę w trybie przed i popołudniowym od poniedziałku do piątku, w tym co najmniej 45 min indywidualnej kinezyterapii, oraz 30 min w trybie przedpołudniowym w soboty,

b) terapia (neuro) logopedyczna – nie mniej niż 15 min dziennie przez 5 dni w tygodniu, lub

c) terapia (neuro) psychologiczna, psychoedukacyjna, terapia wspierająca pacjenta i jego rodzinę – nie mniej niż 15 min dziennie przez 5 dni w tygodniu, lub

d) terapia zajęciowa – nie mniej niż 15 min dziennie przez 5 dni w tygodniu;

2) w przypadku dzieci od ukończenia 2 roku życia:

a) usprawnianie przez 6 dni w tygodniu nie mniej niż 135 min na dobę w trybie przed i popołudniowym od poniedziałku do piątku, w tym co najmniej 60 min indywidualnej kinezyterapii, oraz 45 min w trybie przedpołudniowym w soboty,

b) terapia (neuro)logopedyczna – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu lub

c) terapia (neuro)psychologiczna/psychoedukacja/terapia wspierająca pacjenta i jego rodzinę – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu, lub

d) terapia zajęciowa – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu.

Rehabilitacja neurologiczna dziecięca – kategoria II

Organizacja udzielania świadczeń:

Usprawnianie przez 6 dni w tygodniu nie mniej niż 120 min na dobę w trybie przed- i popołudniowym od poniedziałku do piątku, w tym co najmniej 60 min indywidualnej kinezyterapii, oraz 40 min w trybie przedpołudniowym w soboty.

3. Pozostałe warunki:

1) stanowisko intensywnego nadzoru medycznego w lokalizacji;

2) stanowisko z możliwością monitorowania EKG, tętna, pomiaru saturacji, ciśnienia tętniczego, dostępem do tlenoterapii, możliwością odsysania dróg oddechowych w lokalizacji.

Rehabilitacja neurologiczna dziecięca – kategoria III

Organizacja udzielania świadczeń:

1) usprawnianie przez 6 dni w tygodniu nie mniej niż 90 min na dobę w trybie przed- i popołudniowym od poniedziałku do piątku, w tym co najmniej 60 min indywidualnej kinezyterapii, oraz 30 min w trybie przedpołudniowym w soboty;

2) terapia (neuro)logopedyczna – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu, lub

3) terapia (neuro)psychologiczna, psychoedukacja, terapia wspierająca pacjenta i jego rodzinę – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu, lub

4) terapia zajęciowa – nie mniej niż 30 min dziennie, 5 dni w tygodniu.

III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji

Ośrodek lub oddział stacjonarny

Wyposażenie wymagane w lokalizacji – gabinet kinezyterapii:

1) stół do pionizacji;

2) ba konik rehabilitacyjny;

- 3) kule i laski rehabilitacyjne;
- 4) przenośny zestaw do elektroterapii;
- 5) defibrylator;
- 6) EKG.

Warunki lokalowe wspólne:

- 1) przy wejściu do obiektu znajdują się dojazdy oraz dojścia dla świadczeniobiorców z niepełnosprawnością ruchową;
- 2) w węzłach sanitarnych dla świadczeniobiorców znajdują się poręcze i uchwyty;
- 3) w obiekcie znajduje się co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców, dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową;
- 4) w budynkach wielokondygnacyjnych znajduje się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodolazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich, tylko wtedy, gdy świadczenia są udzielane na kondygnacji innej niż parter;
- 5) spełnienie warunków wymaganych dla zakładu rehabilitacyjnego a bo umieszczenie części zabiegowej rehabilitacyjnej zakładu w lokalizacji (z wyłączeniem zestawu do terapii ultradźwiękami w przypadku oddziału dla dzieci do ukończenia 18. roku życia), wymienionych w lp. 1 lit. b tiret drugie kolumna 3 pkt 2.

Wymagania dotyczące personelu:

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 25 łóżek (dla oddziałów powyżej 25 łóżek zatrudnienie proporcjonalne do liczby łóżek) oraz:
- 2) lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub
- 3) lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub
- 4) lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii (w przypadku oddziałów dziecięcych), lub
- 5) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub
- 6) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 25 łóżek (dla oddziałów powyżej 25 łóżek zatrudnienie proporcjonalne do liczby łóżek w oddziale);
- 7) zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii lub specjalisty w dziedzinie urologii, lub specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub specjalisty w dziedzinie pediatrii (w przypadku oddziałów dziecięcych), lub specjalistów w dziedzinie neurologii dziecięcej i specjalisty w dziedzinie ortopedii (w przypadku oddziałów rehabilitacji neurologicznej dziecięcej) w przypadku, gdy wskazany lekarz nie jest lekarzem udzielającym świadczeń w oddziale, oraz
- 8) osoba prowadząca fizjoterapię – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 6 łóżek, a w przypadku oddziału powyżej 6 łóżek zatrudnienie proporcjonalne do liczby łóżek, w tym osoba, która:
 - a) rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach, i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku,
 - b) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku,
 - c) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej,
 - d) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła w ramach studiów dwuletnią specjalizację z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej, potwierdzoną legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej,
 - e) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła trzymiesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji – równoważnik co najmniej 1 etatu na 12 łóżek;
- 9) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (jeżeli oddział rehabilitacji neurologicznej funkcjonuje w ramach struktur szpitala wieloprofilowego, całodobowa opieka lekarska może być łączona z innymi oddziałami szpitalnymi, będącymi w lokalizacji),
- 10) zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej – w zakresie nieuregulowanym w niniejszym rozporządzeniu następuje z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych, ustalonej na podstawie przepisów o działalności leczniczej, oraz
- 11) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 25 łóżek (zatrudnienie proporcjonalne do liczby łóżek w oddziale), oraz
- 12) terapeuta zajęciowy – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 25 łóżek (zatrudnienie proporcjonalne do liczby łóżek w oddziale).

	<p>Personel realizujący zabiegi masażu: osoba prowadząca fizjoterapię lub masażysta.</p> <p>Rehabilitacja neurologiczna dziecięca – kategoria I Dodatkowe warunki</p> <p>Personel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz specjalista w dziedzinie neurologii – zapewnienie konsultacji w lokalizacji; 2) lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii, lub lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu – zapewnienie konsultacji w lokalizacji; 3) terapeuta zajęciowy – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek; 4) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek; 5) logopeda lub neurologopeda – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek. <p>Czas trwania rehabilitacji: do 16 tygodni w roku kalendarzowym.</p> <p>W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Rehabilitacja neurologiczna dziecięca – kategoria II Dodatkowe warunki</p> <p>Personel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz specjalista w dziedzinie neurologii – zapewnienie konsultacji w lokalizacji; 2) lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii, lub lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu – zapewnienie konsultacji w lokalizacji; 3) terapeuta zajęciowy – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek. <p>Czas trwania rehabilitacji: do 12 tygodni w roku kalendarzowym.</p> <p>W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Rehabilitacja neurologiczna dziecięca – kategoria III Dodatkowe warunki</p> <p>Personel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz specjalista w dziedzinie neurologii – zapewnienie konsultacji w lokalizacji; 2) lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii, lub lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu – zapewnienie konsultacji w lokalizacji; 3) terapeuta zajęciowy – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek; 4) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek; 5) logopeda lub neurologopeda – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek. <p>Czas trwania rehabilitacji: do 12 tygodni w roku kalendarzowym.</p> <p>W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p>
Świadczenie	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia
Rehabilitacja kardiologiczna	<p>Wystawca skierowania:</p> <p>Skierowanie na rehabilitację kardiologiczną jest wystawiane przez lekarza:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oddziału kardiologicznego, kardiologicznego, chorób wewnętrznych, pediatrycznego; 2) poradni kardiologicznej lub poradni rehabilitacyjnej. <p>Wymagany rodzaj i zakres skierowania: Brak regulacji</p>

	<p>Załączone badania: Brak regulacji</p> <p>Pozostałe warunki: Brak regulacji</p> <p>Opis włączenia: brak w przepisach rozporządzenia</p> <p>Opis dodatkowy: Brak regulacji</p> <p>Kody wg ICD Brak regulacji</p> <p>Opis powodu wyłączenia: Brak regulacji</p> <p>II. Zakres świadczenia</p> <p>Rehabilitacja kardiologiczna z chorobami współistniejącymi</p> <p>1) Organizacja udzielania świadczeń: usprawnianie przez 6 dni w tygodniu. 2) Czas trwania rehabilitacji: do 5 tygodni bez przerwy.</p> <p>W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1) Warunki przyjęcia: Przyjęcie bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 56 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby.</p> <p>Rehabilitacja kardiologiczna – kategoria I</p> <p>1) Organizacja udzielania świadczeń: usprawnianie przez 6 dni w tygodniu. 2) Czas trwania rehabilitacji: do 3 tygodni bez przerwy.</p> <p>W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>3) Warunki przyjęcia: Przyjęcie bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 42 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby.</p> <p>Rehabilitacja kardiologiczna – kategoria II</p> <p>1) Organizacja udzielania świadczeń: usprawnianie przez 6 dni w tygodniu. 2) Czas trwania rehabilitacji: do 2 tygodni bez przerwy.</p> <p>W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>3) Warunki przyjęcia: Przyjęcie bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 28 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby.</p>
	<p>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</p> <p>Ośrodek lub oddział stacjonarny</p> <p>Wypośażenie wymagane w lokalizacji:</p> <p>1) gabinet kinezyterapii: a) stół do pionizacji, b) ba konik rehabilitacyjny, c) kule i laski rehabilitacyjne, d) sala do treningów interwałowych (cykloergometr lub bieżnia, nie mniej niż 1 na 10 świadczenioborców);</p> <p>2) wyposażenie dodatkowe: a) defibrylator, b) aparat EKG, c) aparat do rejestracji EKG metodą Holtera, d) zestaw do prób wysiłkowych (bieżnia lub cykloergometr), e) aparat USG z Dopplerem (echokardiografia).</p> <p>Warunki lokalowe wspólne:</p> <p>1) przy wejściu do obiektu znajdują się dojazdy oraz dojścia dla świadczenioborców z niepełnosprawnością ruchową;</p>

	<p>2) w węzłach sanitarnych dla świadczeniobiorców znajdują się poręcze i uchwyty;</p> <p>3) w obiekcie znajduje się co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców, dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową;</p> <p>4) w budynkach wielokondygnacyjnych znajduje się dźwиг lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodolazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich, tylko wtedy, gdy świadczenia są udzielane na kondygnacji innej niż parter;</p> <p>5) spełnienie warunków wymaganych dla zakładu rehabilitacyjnego a bo umieszczenie części zabiegowej rehabilitacyjnej zakładu w lokalizacji (z wyłączeniem zestawu do terapii ultradźwiękami w przypadku oddziału dla dzieci do ukończenia 18. roku życia), wymienionych w lp. 1 lit. b tiret drugie kolumna 3 pkt 2.</p> <p>Wymagania dotyczące personelu:</p> <p>1) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej – równoważnik co najmniej 1 etatu (a dla oddziałów powyżej 20 łóżek zatrudnienie proporcjonalne do liczby łóżek),</p> <p>2) lekarz specjalista kardiologii lub lekarz specjalista chorób wewnętrznych – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek (zatrudnienie proporcjonalne do liczby łóżek w oddziale),</p> <p>3) osoba prowadząca fizjoterapię – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek (a dla oddziałów powyżej 10 łóżek zatrudnienie proporcjonalne do liczby łóżek), w tym specjalista w dziedzinie fizjoterapii lub magister fizjoterapii,</p> <p>4) zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej – w zakresie nieuregulowanym w niniejszym rozporządzeniu, następuje z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych, ustalonej na podstawie przepisów o działalności leczniczej – w tym równoważnik 1 etatu dla pielęgniarki posiadającej kurs specjalistyczny: „resuscytacja krążeniowo-oddechowa” lub „wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” lub będącej w trakcie ich realizacji;</p> <p>5) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego);</p> <p>6) osoba, która:</p> <p>a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie dietetyki obejmujące co najmniej 1630 godzin kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł licencjata lub dodatkowo rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie dietetyki obejmujące co najmniej 1220 godzin w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł magistra,</p> <p>b) ukończyła studia wyższe na kierunku dietetyka, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku,</p> <p>c) rozpoczęła przed dniem 1 października 2007 r. studia wyższe w specjalności dietetyka obejmujące co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł licencjata lub magistra, rozpoczęła przed dniem 1 października 2007 r. studia wyższe na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskała tytuł licencjata lub magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku,</p> <p>d) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy dietetyka lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk,</p> <p>e) ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia technikum lub szkołę policealną i uzyskała tytuł zawodowy technika technologii żywienia w specjalności dietetyka – uczestniczy w realizacji programu edukacyjnego;</p> <p>7) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (jeżeli oddział rehabilitacji kardiologicznej funkcjonuje w ramach struktur szpitala wieloprofilowego, całodobowa opieka lekarska może być łączona z innymi oddziałami szpitalnymi, będącymi w lokalizacji).</p> <p>Personel uprawniony do udzielania świadczeń po spełnieniu warunków wymaganych:</p> <p>1) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii;</p> <p>2) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej.</p> <p>Personel realizujący zabiegi masażu: osoba prowadząca fizjoterapię lub masażysta.</p>
Świadczenie	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia
Rehabilitacja pulmonologiczna	Wystawca skierowania: Warunki przyjęcia do oddziału rehabilitacji stacjonarnej – skierowanie na rehabilitację pulmonologiczną jest wystawiane przez lekarza:

	<p>1) oddziału pulmonologicznego, gruźlicy i chorób płuc, chirurgii klatki piersiowej, kardiologii, laryngologii, chorób wewnętrznych, alergologii, onkologii, pediatrii – w przypadku rehabilitacji pulmonologicznej wieku rozwojowego;</p> <p>2) poradni gruźlicy płuc i chorób płuc, rehabilitacji, alergologicznej, chirurgii klatki piersiowej.</p> <p>Wymagany rodzaj i zakres skierowania: Brak regulacji</p> <p>Załączone badania: Brak regulacji</p> <p>Pozostałe warunki: Brak regulacji</p> <p>Opis włączenia: brak w przepisach rozporządzenia</p> <p>Opis dodatkowy: Brak regulacji</p> <p>Kody wg ICD Brak regulacji</p> <p>Opis powodu wyłączenia: Brak regulacji</p> <hr/> <p>II. Zakres świadczenia</p> <p>Organizacja udzielania świadczeń</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) usprawnianie przez 6 dni w tygodniu w cyklach przed- i popołudniowych, średnio 5 zabiegów dziennie dla każdego świadczeniobiorcy; 2) zapewnienie pomocy lekarza w przypadku nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia pacjenta w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych – na wezwanie pielęgniarki; 3) stanowisko intensywnego nadzoru medycznego w lokalizacji. <p>Czas trwania rehabilitacji: Czas trwania rehabilitacji pulmonologicznej dla jednego świadczeniobiorcy wynosi do 3 tygodni. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <hr/> <p>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</p> <p>Ośrodek lub oddział stacjonarny</p> <p>Wyposażenie wymagane w lokalizacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wydzielone inhalatorium dla grup ryzyka zakażenia szczepami opornymi; 2) nebulizator; 3) inhalator ultradźwiękowy z osprzętem (zestawy indywidualne: rury i ustniki); 4) stół drenażowy; 5) spirometr; 6) zestaw do prób wysiłkowych (bieżnia lub cykloergometr); 7) zestaw do prób spiroergometrycznych; 8) kardiomonitor; <p>Warunki lokalowe wspólne:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przy wejściu do obiektu znajdują się dojazdy oraz dojścia dla świadczeniobiorców z niepełnosprawnością ruchową; 2) w węzłach sanitarnych dla świadczeniobiorców znajdują się poręcze i uchwyty; 3) w obiekcie znajduje się co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców, dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową; 4) w budynkach wielokondygnacyjnych znajduje się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodolazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich, tylko wtedy, gdy świadczenia są udzielane na kondygnacji innej niż parter; 5) spełnienie warunków wymaganych dla zakładu rehabilitacyjnego albo umieszczenie części zabiegowej rehabilitacyjnej zakładu w lokalizacji (z wyłączeniem zestawu do terapii ultradźwiękami w przypadku oddziału dla dzieci do ukończenia 18. roku życia), wymienionych w lp. 1 lit. b tiret drugie kolumna 3 pkt 2. <p>Wymagania dotyczące personelu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub
--	--

	<p>fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) lekarz specjalista chorób płuc, lub 3) lekarz specjalista alergologii, lub 4) lekarz specjalista pediatrii (w przypadku oddziałów dziecięcych) – równoważn k 1 etatu dla oddziału do 25 łóżek, w tym lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej, a przypadku oddziału powyżej 25 łóżek równoważn k 1/4 etatu przeliczeniowego na każde następne 6 łóżek; 5) osoba prowadząca fizjoterapię – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etat przeliczeniowy na 10 łóżek (równoważn k 1 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek), w tym fizjoterapeuta z tytułem magistra; 6) zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarstwa – w zakresie nieuregulowanym w niniejszym rozporządzeniu następuje z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych, ustalonej na podstawie przepisów o działalności leczniczej; <p>Personel uprawniony do udzielania świadczeń po spełnieniu warunków wymaganych:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii; 2) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej. <p>Personel realizujący zabiegi masażu: osoba prowadząca fizjoterapię lub masażysta.</p>
--	--

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 34. Świadczenia dla dzieci w zakresie rehabilitacji dziennej

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej dziennej	
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	
Świadczenie	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia
Rehabilitacja ogólnoustrojowa	<p>Wystawca skierowania: Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową jest wystawione przez:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarza oddziału: <ol style="list-style-type: none"> a) urazowo-ortopedycznego, b) chirurgicznego, c) neurochirurgicznego, d) neurologicznego, e) reumatologicznego, f) chorób wewnętrznych, g) onkologicznego, h) urologicznego, i) pediatrii, j) endokrynologii dziecięcej, k) diabetologii dziecięcej, l) rehabilitacji ogólnoustrojowej, neurologicznej, pulmonologicznej, kardiologicznej, m) ginekologicznego lub 2) lekarza poradni: <ol style="list-style-type: none"> a) rehabilitacyjnej, b) urazowo-ortopedycznej, c) neurologicznej, d) reumatologicznej, e) poradni wad postawy, f) endokrynologii dziecięcej, g) diabetologii dziecięcej lub 3) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych. <p>Wymagania dotyczące rehabilitacji dla określonej grupy świadczeniobiorców: Rehabilitacja dla określonej grupy świadczeniobiorców wymaga przedstawienia następujących informacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wskazania medycznego według Klasyfikacji ICD-10 kwalifikującego do rehabilitacji; 2) zakresu, rodzaju, częstotliwości planowanych do realizacji świadczeń rehabilitacyjnych; 3) czasu trwania rehabilitacji; 4) kryteriów oceny zakończenia rehabilitacji; 5) metody oceny skuteczności rehabilitacji;

	<p>6) szczegółowego rachunku kosztów osobodnia.</p> <p>Wymagany rodzaj i zakres skierowania: Brak regulacji Załączone badania: Brak regulacji Pozostałe warunki: Brak regulacji Opis włączenia: Opis dodatkowy: Brak regulacji Kody wg ICD Brak regulacji Opis powodu wyłączenia: Brak regulacji</p>
	<p>II. Zakres świadczenia Organizacja udzielania świadczeń:</p> <p>Rehabilitacja dla określonej grupy świadczeniobiorców wymaga przedstawienia następujących informacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wskazania medycznego według Klasyfikacji ICD-10 kwalifikującego do rehabilitacji; 2) zakresu, rodzaju, częstotliwości planowanych do realizacji świadczeń rehabilitacyjnych; 3) czasu trwania rehabilitacji; 4) kryteriów oceny zakończenia rehabilitacji; 5) metody oceny skuteczności rehabilitacji; 6) szczegółowego rachunku kosztów osobodnia. <p>Czas trwania rehabilitacji: Czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego wynosi dla jednego świadczeniobiorcy od 15 do 30 dni zabiegowych u każdego świadczeniobiorcy, średnio 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Czas trwania rehabilitacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym wynosi do 40 dni zabiegowych w roku kalendarzowym.</p>
	<p>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji Ośrodek lub oddział dzienny</p> <p>Wyposażenie wymagane: Wyposażenie świadczeniodawcy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sala dla świadczeniobiorców do wypoczynku pomiędzy zabiegami w lokalizacji, jako wydzielone pomieszczenie zamknięte; 2) gabinet kinezyterapii – wymagany w lokalizacji: <ol style="list-style-type: none"> a) wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii, b) rotory do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych, c) Uniwersalny Gabinet Usprawniania Leczniczego (UGUL) lub inny system spełniający jego rolę, d) stół lub tablica do ćwiczeń manualnych (ręki); 3) gabinet fizykoterapii – wymagany w lokalizacji: <ol style="list-style-type: none"> a) zestaw do elektroterapii z osprzętem, b) lampa do naświetlań promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym, c) zestaw do magnetoterapii, d) zestaw do terapii falą ultradźwiękową (z wyłączeniem w przypadku ośrodka dla dzieci do ukończenia 18. roku życia), e) zestaw do biostymulacji laserowej; 4) wymagane wyposażenie do zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej w lokalizacji, jeżeli dane świadczenie jest realizowane: <ol style="list-style-type: none"> a) wieloosobowa komora kriogeniczna niskotemperaturowa, zakres uzyskiwanych temperatur od -120 °C do -150 °C, z możliwością obserwacji świadczeniobiorcy w trakcie zabiegu, b) gabinet wyposażony w zestaw do udzielania pierwszej pomocy,

- c) wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii w miejscu udzielania świadczenia,
- d) cykloergometr – nie mniej niż 2 stanowiska.

Jednemu świadczeniobiorcy przysługuje do 20 zabiegów w kriokomorze w ciągu roku kalendarzowego;

- 5) wymagane wyposażenie, jeżeli dane świadczenie jest udzielane w miejscu:
 - a) wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych,
 - b) zestaw do kriostymulacji parami azotu,
 - c) urządzenie wywarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości.

W przypadku realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym wymagane jest wyposażenie:

- 1) sala do ćwiczeń z zakresu kinezyterapii – materace, laski do ćwiczeń, piłki lekkie,
 - 2) aparatura do prowadzenia terapii obrzęku – aparat do przerywanej kompresji pneumatycznej jednolub wielokomorowy,
 - 3) aparat do elektrostymulacji (parametry terapeutyczne dla zdrowych mięśni),
 - 4) stół lub łóżko do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją,
 - 5) wanny do masażu wirowego,
 - 6) urządzenie do masażu wibracyjnego
- wymagane w miejscu udzielania świadczeń.

Warunki lokalowe wspólne:

- 1) przy wejściu do obiektu znajdują się dojazdy oraz dojścia dla świadczeniobiorców z niepełnosprawnością ruchową;
- 2) w węzłach sanitarnych dla świadczeniobiorców znajdują się poręcze i uchwyty;
- 3) w obiekcie znajduje się co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców, dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową;
- 4) w budynkach wielokondygnacyjnych znajduje się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodolazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich, tylko wtedy, gdy świadczenia są udzielane na kondygnacji innej niż parter.

Wymagania dotyczące personelu:

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
- 2) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub
- 3) lekarz, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1/2 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego), oraz
- 4) specjalista w dziedzinie fizjoterapii lub magister fizjoterapii
– udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego), oraz
- 5) osoba prowadząca fizjoterapię.

Dopuszcza się możliwość realizowania świadczenia przy udziale:

- 1) osoby, która:
 - a) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności terapia zajęciowa, obejmujące co najmniej 3000 godzin kształcenia, w tym 2000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i techn k terapeutycznych i uzyskała tytuł licencjata,
 - b) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy terapeuty zajęciowego lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuty zajęciowego,
 - c) ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy w zawodzie instruktor terapii zajęciowej,
 - d) ukończyła przed dniem 1 października 2011 r. studia wyższe w specjalności terapia zajęciowa, obejmujące co najmniej 1665 godzin kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu terapeuty zajęciowego i uzyskała tytuł licencjata,
 - e) rozpoczęła po dniu 30 sierpnia 2012 r. studia wyższe w zakresie terapii zajęciowej, obejmujące co najmniej 2000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskała co najmniej tytuł licencjata

– zwanej dalej „terapeutą zajęciowym”;

	<p>2) psychologa lub psychologa klinicznego.</p> <p>Personel realizujący zabiegi masażu: osoba prowadząca fizjoterapię lub masażysta.</p> <p>W przypadku rehabilitacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym świadczenie realizuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej; 2) specjalista w dziedzinie fizjoterapii; 3) osoba prowadząca fizjoterapię lub masażysta; 4) psycholog lub psycholog kliniczny.
Świadczenie	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia
Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego	<p>Wystawca skierowania:</p> <p>Skierowanie na rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego jest wystawiane przez lekarza następujących oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) neonatologicznej; 2) rehabilitacyjnej; 3) ortopedii i traumatologii narządu ruchu; 4) neurologicznej; 5) reumatologicznej; 6) chirurgii dziecięcej; 7) endokrynologii dziecięcej; 8) diabetologii dziecięcej lub 9) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. <p>Wymagany rodzaj i zakres skierowania: Brak regulacji</p> <p>Załączone badania: Brak regulacji</p> <p>Pozostałe warunki: Brak regulacji</p> <p>Opis włączenia: Opis dodatkowy: Brak regulacji</p> <p>Kody wg ICD Brak regulacji</p> <p>Opis powodu wyłączenia: Brak regulacji</p> <p>II. Zakres świadczenia</p> <p>Rehabilitacja przeznaczona dla dzieci w wieku:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) do 7. roku życia z zaburzeniami wieku rozwojowego; 2) od 8. do 18. roku życia z zaburzeniami wieku rozwojowego, a po przedstawieniu orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (dotyczących upośledzonych w stopniu głębokim) do ukończenia 25. roku życia. <p>Czas trwania rehabilitacji: Czas trwania rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym wynosi dla jednego świadczeniobiorcy do 120 dni zabiegowych w roku kalendarzowym. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</p> <p>Ośrodek lub oddział dzienny</p> <p>Wypośażenie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet psychologiczny – wyposażenie wymagane w lokalizacji: <ol style="list-style-type: none"> a) testy psychologiczne (do badania poziomu umysłowego, sprawności analizatorów), b) testy do badania osobowości i sfery emocjonalno-motorycznej; 2) gabinet logopedyczny – wyposażenie wymagane w lokalizacji: <ol style="list-style-type: none"> a) lustro kontrolne,

- b) b) sprzęt multimedialny do odtwarzania dźwięku,
- c) c) testy praktyki i gnozy oralnej oraz inne testy językowe,
- d) d) gry dydaktyczne,
- e) e) próby grafomotoryczne;
- 3) gabinet kinezyterapii – wyposażenie wymagane w lokalizacji:
- a) wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii,
- b) lustro kontrolne,
- c) sprzęt do terapii metodami integracji sensorycznej, w szczególności: wałki, piłki, kliny, piłkowałki, deski balansowe.

Warunki lokalowe wspólne:

- 1) przy wejściu do obiektu znajdują się dojazdy oraz dojścia dla świadczeniobiorców z niepełnosprawnością ruchową;
- 2) w węzłach sanitarnych dla świadczeniobiorców znajdują się poręcze i uchwyty;
- 3) w obiekcie znajduje się co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców, dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową;
- 4) w budynkach wielokondygnacyjnych znajduje się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodolazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich, tylko wtedy, gdy świadczenia są udzielane na kondygnacji innej niż parter.

Wymagania dotyczące personelu:

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
- 2) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub
- 3) lekarz, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej
 - udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1/2 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego),
 - lub
- 4) lekarz specjalista w dziedzinie neurologii dziecięcej
 - udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1/2 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego),
 - oraz
- 5) magister fizjoterapii
 - udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego),
 - oraz
- 6) osoba prowadząca fizjoterapię, posiadająca udokumentowane odpowiednie doświadczenie w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej
 - udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego),
 - oraz
- 7) magister psychologii lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1/2 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego) – wymagane odpowiednie kursy i szkolenia w zakresie pracy z dzieckiem o zaburzonej psychomotoryce (w tym niepełnosprawnym) i jego rodziną, oraz
- 8) osoba, która:
 - a) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności logopedia obejmujące w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii,
 - b) ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii,
 - c) ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia studia podyplomowe z logopedii,
 - d) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. i ukończyła studia wyższe w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł magistra,
 - zwana dalej „logopeda”
 - udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego) lub
- 9) logopeda posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii

	<p>– udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego), oraz</p> <p>10) osoba, która uzyskała tytuł magistra na kierunku pedagogiki specjalnej lub rozpoczęła przed 1 października 2012 r. studia na kierunku pedagogika specjalna i uzyskała tytuł magistra, lub osoba, która uzyskała tytuł licencjata na kierunku pedagogiki specjalnej lub rozpoczęła przed 1 października 2012 r. studia na kierunku pedagogika specjalna i uzyskała tytuł licencjata, z udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzonym rozwojem psychomotorycznym lub metod wspierania rodziny, lub</p> <p>11) terapeuta zajęciowy – posiadający co najmniej roczne doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi, lub</p> <p>12) terapeuta widzenia lub instruktor orientacji przestrzennej lub inny terapeuta, z udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzonym rozwojem psychomotorycznym lub metod wspierania rodziny – studia pedagogiczne lub podyplomowe pedagogiczne – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1/2 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego);</p> <p>13) wymagany dostęp do lekarza pediatry.</p> <p>Personel realizujący zabiegi masażu: osoba prowadząca fizjoterapię lub masażysta.</p>
Świadczenie	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia
Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy.	<p>Wystawca skierowania: Skierowanie może być wydane przez lekarza oddziału lub poradni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) otolaryngologicznej; 2) otolaryngologicznej dziecięcej; 3) audiologii i foniatrii; 4) audiologicznej; 5) foniatrycznej; 6) neurologicznej; 7) rehabilitacyjnej. <p>Wymagany rodzaj i zakres skierowania: Brak regulacji Załączone badania: Brak regulacji Pozostałe warunki: Brak regulacji Opis włączenia: brak w przepisach rozporządzenia Opis dodatkowy: Brak regulacji Kody wg ICD Brak regulacji Opis powodu wyłączenia: Brak regulacji</p> <p>II. Zakres świadczenia</p> <p>Czas trwania rehabilitacji: Czas trwania rehabilitacji słuchu i mowy wynosi dla jednego świadczeniobiorcy do 120 dni zabiegowych w roku kalendarzowym. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza kierującego na rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p>
	<p>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</p> <p>Wypożyczenie wymagane w lokalizacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet psychologiczny – wyposażenie wymagane w lokalizacji: <ol style="list-style-type: none"> a) testy psychologiczne (do badania poziomu umysłowego, sprawności analizatorów), b) testy do badania osobowości i sfery emocjonalno-motorycznej; 2) gabinet logopedyczny – wyposażenie wymagane w lokalizacji: <ol style="list-style-type: none"> a) lustro logopedyczne,

	<ul style="list-style-type: none"> b) sprzęt multimedialny do odtwarzania dźwięku, c) testy praktyki i gnozy oralnej oraz inne testy językowe, d) gry dydaktyczne, e) próby grafomotoryczne, f) zestaw multimedialny do ćwiczeń logopedycznych; <p>3) gabinet integracji sensorycznej – wyposażenie wymagane w lokalizacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) sprzęt do terapii metodami integracji sensorycznej, w szczególności: wałki, piłki, klipy, deski balansowe, b) zestaw instrumentów muzycznych do ćwiczeń słuchowych: bębnek, talerze, trójkąt, pudełko akustyczne, klawesyn, grzechotka, ksylofon, tarka, terkotka. <p>Warunki lokalowe wspólne:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) przy wejściu do obiektu znajdują się dojazdy oraz dojścia dla świadczeniobiorców z niepełnosprawnością ruchową; 2) w węzłach sanitarnych dla świadczeniobiorców znajdują się poręcze i uchwyty; 3) w obiekcie znajduje się co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców, dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową; 4) w budynkach wielokondygnacyjnych znajduje się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodolazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich, tylko wtedy, gdy świadczenia są udzielane na kondygnacji innej niż parter. <p>Wymagania dotyczące personelu:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) logopeda posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie surdologopedii lub studia podyplomowe w zakresie surdologopedii lub logopeda dyplomowany w przypadku pracy z dorosłymi, a w przypadku udzielania świadczenia dzieciom – logopeda dyplomowany z trzyletnim stażem pracy z dziećmi z uszkodzeniem narządu słuchu <ul style="list-style-type: none"> – udziela świadczeń w wymiarze 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego), oraz 2) psycholog w przypadku pracy z dorosłymi, a w przypadku udzielania świadczenia dzieciom – psycholog posiadający dwuletni staż z dziećmi z uszkodzeniem narządu słuchu <ul style="list-style-type: none"> – udziela świadczeń w wymiarze 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego), oraz 3) osoba, która ukończyła: <ul style="list-style-type: none"> studia z zakresu pedagogiki specjalnej w specjalności surdopedagogika, lub pedagog posiadający ukończone studia podyplomowe z zakresu surdopedagogiki zwana dalej „surdopedagogiem” – w przypadku udzielania świadczenia dzieciom z uszkodzeniem narządu słuchu lub pedagog z pięcioletnim stażem pracy z dziećmi z uszkodzonym słuchem <ul style="list-style-type: none"> – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego), oraz 4) wymagany dostęp do lekarzy: specjalisty laryngologii lub otolaryngologii, lub otorynolaryngologii, lub foniatrii, lub audiologii, lub audiologii i foniatrii, a w przypadku udzielania świadczenia dzieciom z uszkodzeniem narządu słuchu do specjalisty laryngologii dziecięcej lub specjalisty otolaryngologii z trzyletnim stażem pracy z dziećmi, lub otorynolaryngologii z trzyletnim stażem pracy z dziećmi; 5) personel uprawniony do realizacji świadczeń – osoba prowadząca fizjoterapię.
Świadczenie	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia
Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku	<p>Wystawca skierowania:</p> <p>Skierowanie na rehabilitację wzroku jest wystawiane przez lekarza poradni:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) okulistycznej; 2) neurologicznej; 3) rehabilitacyjnej. <p>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</p> <p>Brak regulacji</p> <p>Załączone badania:</p> <p>Brak regulacji</p> <p>Pozostałe warunki:</p> <p>Brak regulacji</p> <p>Opis włączenia:</p> <p>brak w przepisach rozporządzenia</p> <p>Opis dodatkowy:</p> <p>Brak regulacji</p> <p>Kody wg ICD</p>

	<p>Brak regulacji Opis powodu wyłączenia: Brak regulacji</p> <p>II. Zakres świadczenia Organizacja udzielania świadczeń</p> <p>Czas trwania rehabilitacji: Czas trwania rehabilitacji wzroku wynosi dla jednego świadczeniobiorcy do 120 dni zabiegowych w roku kalendarzowym. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza kierującego na rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</p> <p>Wypożyczenie wymagane w lokalizacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet psychologiczny – wyposażenie wymagane w lokalizacji: <ol style="list-style-type: none"> a) testy psychologiczne (do badania poziomu umysłowego, sprawności analizatorów), b) testy do badania osobowości i sfery emocjonalno-motorycznej; 2) gabinet rehabilitacji wzroku – wyposażenie wymagane w lokalizacji: <ol style="list-style-type: none"> a) testy i pomoce do przeprowadzenia oceny funkcjonalnej widzenia, b) komputer z oprogramowaniem dla osób słabowidzących, pomoce optyczne i nieoptyczne, c) urządzenia elektroniczne do usprawniania widzenia, d) pomoce do prowadzenia zajęć z orientacji przestrzennej (np. białe laski, okulary filtrujące światło, nasadki na okulary, małe latarki), e) pomoce do prowadzenia zajęć z czynności życia codziennego (np. czujki poziomu cieczy, mówiące wagi, dotykowe zegarki); <p>Warunki lokalowe wspólne:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przy wejściu do obiektu znajdują się dojazdy oraz dojścia dla świadczeniobiorców z niepełnosprawnością ruchową; 2) w węzłach sanitarnych dla świadczeniobiorców znajdują się poręcze i uchwyty; 3) w obiekcie znajduje się co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców, dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową; 4) w budynkach wielokondygnacyjnych znajduje się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodolazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich, tylko wtedy, gdy świadczenia są udzielane na kondygnacji innej niż parter. <p>Wymagania dotyczące personelu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pedagog z ukończonymi studiami podyplomowymi w zakresie tyflopädagogiki lub rehabilitacji (rewalidacji) osób niewidomych i słabowidzących lub 2) pedagog z trzyletnim stażem pracy z dziećmi z dysfunkcją wzroku w przypadku udzielania świadczeń dzieciom lub 3) pedagog z trzyletnim stażem pracy z osobami dorosłymi z dysfunkcją wzroku – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego), oraz 4) psycholog, lub 5) psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej z trzyletnim stażem pracy z dziećmi z dysfunkcją wzroku – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego), oraz 6) terapeuta widzenia lub instruktor orientacji przestrzennej lub inny terapeuta z udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzonym rozwojem psychomotorycznym lub metod wspierania rodziny z ukończonymi studiami pedagogicznymi lub podyplomowymi pedagogicznymi – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego); 7) wymagany dostęp do lekarzy: lekarza specjalisty okulistyki lub neurologii; 8) personel uprawniony do realizacji świadczeń – osoba prowadząca fizjoterapię.
Świadczenie	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia
Rehabilitacja kardiologiczna	Wystawca skierowania: Skierowanie na rehabilitację kardiologiczną jest wystawiane przez lekarza:

	<ol style="list-style-type: none"> 1) oddziału kardiologii; 2) oddziału kardiochirurgii; 3) oddziału chorób wewnętrznych; 4) poradni kardiologicznej; 5) poradni rehabilitacyjnej. <p>Wymagany rodzaj i zakres skierowania: Brak regulacji</p> <p>Załączone badania: Brak regulacji</p> <p>Pozostałe warunki: Brak regulacji</p> <p>Opis włączenia: brak w przepisach rozporządzenia</p> <p>Opis dodatkowy: Brak regulacji</p> <p>Kody wg ICD Brak regulacji</p> <p>Opis powodu wyłączenia: Brak regulacji</p>
	<p>II. Zakres świadczenia</p> <p>Organizacja udzielania świadczeń</p> <p>Czas trwania rehabilitacji: Czas trwania rehabilitacji kardiologicznej dla jednego świadczeniobiorcy jest ustalany indywidualnie przez lekarza ośrodka dziennego, wynosi jednak nie więcej niż 24 dni zabiegowych w okresie 90 dni kalendarzowych.</p>
	<p>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</p> <p>Wyposażenie wymagane w lokalizacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet kinezyterapii – wyposażenie wymagane w miejscu: <ol style="list-style-type: none"> a) wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii, b) cykloergometr lub bieżnia ruchoma – co najmniej 5 stanowisk; 2) inne warunki wymagane w miejscu: <ol style="list-style-type: none"> a) aparat do rejestracji EKG metodą Holtera, b) zestaw do wykonywania prób wysiłkowych (cykloergometr lub bieżnia), c) defibrylator, d) kardiomonitor, e) sala wypoczynkowa. <p>Warunki lokalowe wspólne:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przy wejściu do obiektu znajdują się dojazdy oraz dojścia dla świadczeniobiorców z niepełnosprawnością ruchową; 2) w węzłach sanitarnych dla świadczeniobiorców znajdują się poręcze i uchwyty; 3) w obiekcie znajduje się co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców, dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową; 4) w budynkach wielokondygnacyjnych znajduje się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodofazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich, tylko wtedy, gdy świadczenia są udzielane na kondygnacji innej niż parter. <p>Wymagania dotyczące personelu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego), oraz 2) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub

	<p>3) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub</p> <p>4) lekarz, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego), oraz</p> <p>5) specjalista fizjoterapii lub magister fizjoterapii – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego), oraz</p> <p>6) osoba prowadząca fizjoterapię, oraz</p> <p>7) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1/2 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego).</p> <p>Personel realizujący zabiegi masażu: osoba prowadząca fizjoterapię lub masażysta.</p>
Świadczenie	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia
Rehabilitacja pulmonologiczna, z wykorzystaniem metod subterraneoterapii	<p>Wystawca skierowania: Skierowanie na rehabilitację pulmonologiczną jest wystawione przez lekarza poradni lub oddziału:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rehabilitacji; 2) gruźlicy i chorób płuc; 3) alergologii; 4) laryngologii; 5) pulmonologii; 6) pediatrii. <p>Wymagany rodzaj i zakres skierowania: Brak regulacji Załączone badania: Brak regulacji Pozostałe warunki: Brak regulacji Opis włączenia: brak w przepisach rozporządzenia Opis dodatkowy: Brak regulacji Kody wg ICD Brak regulacji Opis powodu wyłączenia: Brak regulacji</p> <p>II. Zakres świadczenia Organizacja udzielania świadczeń</p> <p>Czas trwania rehabilitacji: Czas trwania rehabilitacji pulmonologicznej z wykorzystaniem metod subterraneoterapii dla jednego świadczeniobiorcy jest ustalany indywidualnie przez lekarza ośrodka dziennego, wynosi średnio 5 zabiegów dziennie i nie może być krótszy niż 14 dni zabiegowych i dłuższy niż 24 dni zabiegowe.</p> <p>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</p> <p>Wyposażenie wymagane w lokalizacji: Wyposażenie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet kinezyterapii – wyposażenie wymagane w lokalizacji: <ol style="list-style-type: none"> a) wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii, b) stół drenażowy c) cykloergometr, d) bieżnia, e) stepper; 2) gabinet fizykoterapii – wymagane w lokalizacji: <ol style="list-style-type: none"> a) zestaw do elektroterapii z osprzętem, b) zestaw do magnetoterapii,

	<p>c) zestaw do terapii falą ultradźwiękową;</p> <p>3) warunki dotyczące pomieszczeń: nie mniej niż dwa pomieszczenia, w których prowadzona jest rehabilitacja, muszą posiadać naturalny mikroklimat dla metod subterraneoterapii – w lokalizacji.</p> <p>Warunki lokalowe wspólne:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przy wejściu do obiektu znajdują się dojazdy oraz dojścia dla świadczeniobiorców z niepełnosprawnością ruchową; 2) w węzłach sanitarnych dla świadczeniobiorców znajdują się poręcze i uchwyty; 3) w obiekcie znajduje się co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców, dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową; 4) w budynkach wielokondygnacyjnych znajduje się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodofazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich, tylko wtedy, gdy świadczenia są udzielane na kondygnacji innej niż parter. <p>Wymagania dotyczące personelu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii lub 2) balneologii i medycyny fizykalnej, lub 3) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub 4) lekarz, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego), oraz 5) lekarz specjalista chorób płuc, lub 6) lekarz specjalista alergologii, lub 7) lekarz specjalista pediatrii w przypadku udzielania świadczeń dzieciom – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego), oraz 8) osoba prowadząca fizjoterapię, w tym specjalista fizjoterapii lub magister fizjoterapii – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego). <p>Personel realizujący zabiegi masażu: osoba prowadząca fizjoterapię lub masażysta.</p>
--	---

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 35. Świadczenia w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej

Świadczenia w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej	
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.)	
Świadczenie	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia
Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna realizowana przez poradę lekarską	<p>Wystawca skierowania lekarz ubezpieczenia zdrowotnego</p> <p>Wymagany rodzaj i zakres skierowania Brak regulacji</p> <p>Załączone badania: Brak regulacji</p> <p>Pozostałe warunki: Brak regulacji</p> <p>Opis włączenia: brak w przepisach rozporządzenia</p> <p>Opis dodatkowy: Brak regulacji</p> <p>Kody wg ICD Brak regulacji</p> <p>Opis powodu wyłączenia: Brak regulacji</p> <p>II. Zakres świadczenia Zakres świadczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ogólna ocena stanu zdrowia – skierowanie na konsultację i badania dodatkowe; – określenie zakresu ruchu w stawach; – testy czynnościowe; – ocena aktywności ruchowej mierzalnym wskaźnikiem odpowiednio do rozpoznania;

	<ul style="list-style-type: none"> - ocena czucia powierzchownego i głębokiego; - ocena odruchów ścięgno-okostnowych - pomiar długości kończyn i obwodów; - ocenę chodu i lokomocji; - ocenę samoobsługi i samodzielności; - ocenę deformacji i zniekształceń; - ocenę deformacji, cech dysmorfii, ograniczeń zakresu ruchu w stawach kończyn górnych i dolnych; - ocenę percepcji wzrokowej i słuchowej oraz kontaktu emocjonalnego z otoczeniem, ocenę spastyczności; - badania przesiewowe w kierunku depresji; - badanie fizykalne dla potrzeb rehabilitacji; - interpretację badań diagnostycznych i obrazowych; - ocenę bezpieczeństwa i ryzyka upadku; - planowanie i koordynowanie programu rehabilitacji; - punkcje lecznicze i iniekcje dostawowe; - zlecenie na wyroby medyczne - zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego - skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe; - końcową ocenę procesu usprawniania <p>III. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich zlokalizowania czy w miejscu czy w lokalizacji</p> <p>Miejsce udzielania świadczeń: poradnia rehabilitacyjna</p> <p>Tryb udzielania świadczeń: ambulatoryjny lub domowy</p> <p>Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe: Brak regulacji.</p> <p>Wymagania dotyczące personelu: Wymagania dotyczące personelu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej lub 2) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub 3) lekarz, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub 4) lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista reumatologii <p>- udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego)</p> <p>Dodatkowe warunki: Poradnia jest czynna co najmniej 2 dni w tygodniu, w tym co najmniej jeden dzień w przedziale czasowym od 13.00 do 18.00.</p> <p>Kryteria usieciowienia (kontraktowania): Brak regulacji</p>
	<p>IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia</p> <p>Wskaźniki jakości: Brak regulacji</p> <p>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców: Brak regulacji</p>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

3.4.2 Aspekt prawny zapewnienia opieki nad dzieckiem w trakcie rehabilitacji

Ramach prac nad rehabilitację pediatryczną wynikła sprawa opieki nad dzieckiem w trakcie hospitalizacji stacjonarnej i dziennej. Dzisiaj praktyka jest taka, że rodzic czy też opiekun prawny prawie zawsze jest z dzieckiem, tylko bardzo rzadko jest nieobecny. Jednakże ważne wydaje się dogłębne zapoznanie się z aspektami prawnymi tego zagadnienia i odpowiednie tego uwzględnienie w budowie świadczeń rehabilitacji pediatrycznej jest bardzo istotne. Tym bardziej, że świadczenia rehabilitacji pediatrycznej trwają bardzo często przez kilkadziesiąt dni.

Powyższe zagadnienie zostało przeniezione wielowątkowo między innymi poprzez Analizę przepisów prawa i wytycznych przeprowadzonych przez Biuro Prawne AOTMiT

Rodzic / opiekun dziecka może, ale nie ma obowiązku zapewnienia dziecku stałej opieki podczas hospitalizacji, nie ma także obowiązku zapewnienia mu wyżywienia, ani pielęgnacji. Prawo do opieki dodatkowej (ustawa o prawach pacjenta i RPP) nie zastępuje opieki, do której obowiązany jest podmiot leczniczy, i skorzystanie przez pacjenta z takiej możliwości nie zwalnia personelu medycznego z troski o należyłą pielęgnację pacjenta i nie uprawnia do przenoszenia obowiązków pielęgnacyjnych na rodziców/opiekunów pacjenta.

Należy ponadto zauważyć, że świadczenia takie jak zakwaterowanie, czy wyżywienie stanowią - obok m. in. działań służących ratowaniu zdrowia- świadczenia opieki zdrowotnej, a w ramach świadczeń szpitalnych wykonywane są kompleksowe świadczenia polegające również na pielęgnacji chorych.

Szczegółowe uzasadnienie wyników analizy Biura Prawnego AOTMiT

Zagadnienia z zakresu opieki nad pacjentem (w tym małoletnim) określają zarówno akty prawa powszechnie obowiązującego, jak również opracowania stanowiące zalecenia/rekomendowane praktyki:

- **Zgodnie z art. 68 ust. 3 Konstytucji RP:**

Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

- **Zgodnie z art. 33 i 34 ustawy z 6 listopada 2008 r. o Prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta (Dz. U. z 2019 r., poz. 1127):**

Pacjent podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo m. in. do kontaktu (osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego) z innymi osobami oraz prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej (w tym także sprawowanej nad pacjentem małoletnim), przez którą rozumie się także prawo do pobytu z pacjentem przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.

- **Zgodnie z art. 9 ust. 3 Konwencji o prawach dziecka przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20 listopada 1989 r.**

Państwa-Strony będą szanowały prawo dziecka odseparowanego od jednego lub obojga rodziców do utrzymywania regularnych stosunków osobistych i bezpośrednich kontaktów z obojgiem rodziców, z wyjątkiem przypadków, gdy jest to sprzeczne z najlepiej pojętym interesem dziecka.

- **Zgodnie z Kartą Praw Pacjenta na podstawie Deklaracji Praw Pacjenta WHO:**

Pacjent ma prawo do opieki pielęgnacyjnej oraz członka rodziny lub przez inną wskazaną przez siebie osobę, chyba że jest to niemożliwe ze względów epidemiologicznych lub ze względu na warunki przebywania innych osób w tym samym pomieszczeniu.

Pacjent ma prawo do nieograniczonego kontaktu korespondencyjnego i telefonicznego z osobami z zewnątrz z ogólnie dostępnego telefonu, a w wyjątkowym przypadku również z telefonu służbowego.

Pacjent ma prawo do osobistego kontaktu z osobami zewnątrz. Prawo to może być ograniczone tylko ze względów epidemiologicznych.

- **Zgodnie z Europejską Kartą praw dziecka w szpitalu:**

Dzieci powinny mieć prawo do tego, aby cały czas przebywali razem z nimi w szpitalu rodzice lub opiekunowie. Nie powinno być żadnych ograniczeń dla osób odwiedzających - bez względu na wiek dziecka.

W związku z powyższym w opisie świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych i dziennych znalazł się opiekun medyczny jako integralny pracownik zespołu sprawującego opiekę nad rehabilitowanym dzieckiem.

3.5 Projekty świadczeń

Świadczenia rehabilitacyjne zostały zróżnicowane pod kątem poziomu opieki oraz poziomu / warunków udzielania świadczeń i rodzaju zaburzeń funkcjonalnych pacjenta. Poziomy opieki zostały zaproponowane w oparciu o

obecnie funkcjonujące w rozporządzeniu z zakresu rehabilitacji leczniczej. Celem powyższego było wpisanie proponowanych świadczeń w istniejący podział poziomów ich udzielania i w oparciu o istniejące zasoby świadczeniodawców.

Poniżej przedstawiono zestawienie planowanych w podziale na obecne poziomy opieki. Świadczenia dedykowane pacjentom pediatrycznym zostały w rozporządzeniu z zakresu rehabilitacji leczniczej wyodrębnione wyłącznie dla części poziomu stacjonarnego oraz dziennego. W pozostałych poziomach i zakresach świadczeń brak jest zdefiniowanych świadczeń dla pacjentów „pediatrycznych” aczkolwiek pacjenci w wieku 0-18 mogą z nich korzystać. Analiza świadczeń zrealizowanych w rehabilitacji leczniczej na rzecz pacjentów pediatrycznych, wskazują, że pacjenci w wieku 0-18 lat korzystali, choć z różną częstością ze wszystkich dostępnych im świadczeń rehabilitacyjnych.

Proponowane w niniejszym opracowaniu projekty świadczeń w zakresie rehabilitacji pediatrycznej (zdefiniowane poprzez technologie medyczne) można podzielić na 4 grupy:

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej stacjonarnej:

- 1) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego,
- 2) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu,
- 3) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 0-3 lata,
- 4) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 4-18 lat.

Świadczenia dla pacjentów pediatrycznych w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej:

- 1) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 0-3 lata,
- 2) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 4-18 lat.

Świadczenia dla pacjentów pediatrycznych w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej:

- 1) Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych,
- 2) Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych z chorobami układu oddechowego.

Świadczenia dla pacjentów pediatrycznych w zakresie fizjoterapii domowej:

- 1) Fizjoterapia domowa dla pacjentów pediatrycznych.

3.5.1 Poziom opieki stacjonarny – kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna

Zdefiniowane najważniejsze problemy w stacjonarnym poziomie opieki:

- stosunkowo częsta rehabilitacja dzieci na oddziałach, gdzie leczeni są także dorośli
- personel udzielający świadczeń nieprzystosowany do potrzeb pacjenta pediatrycznego
- niewystarczająco precyzyjnie zdefiniowane kryteria włączenia
- część dzieci rehabilitowanych stacjonarnie nadaje się do rehabilitacji prowadzonej w warunkach dziennych
- rehabilitacja stacjonarna pulmonologiczna obejmuje pacjentów, którzy nie muszą przebywać w szpitalu
- wycena świadczeń nieuwzględniająca w wystarczającym stopniu „ciężkości” stanu pacjenta w konsekwencji prowadzi do preferowania pacjentów w stanie funkcjonalnym lekkim.

Odpowiedzią na zdefiniowane problemy jest uściślenie charakterystyki pacjentów poprzez określenie stanu pacjenta za pomocą określonych skal czy też innych kryteriów. Celem takiego sposobu opisu pacjenta jest założenie koncepcyjne, aby stacjonarna rehabilitacja dostępna była dla tylko dla pacjentów wymagającym kompleksowego świadczenia zarówno pod kątem potrzeb terapeutycznych oraz leczniczo-pielęgnacyjnych. W związku z powyższym w ramach rehabilitacji pediatrycznej stacjonarnej zaproponowano następujące świadczenia:

- 1) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego,
- 2) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu,

- 3) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 0-3 lata,
- 4) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 4-18 lat.

Świadczeniami przeznaczonymi dla pacjentów najcięższych są dwa pierwsze świadczenia tj.:

- 1) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego,
- 2) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu,

Najważniejszymi cechami tych świadczeń jest:

- ciężki stan pacjenta
- szybkie najczęściej bezpośrednie przejście z oddziału fazy ostrej
- wielodyscyplinarność zespołu terapeutycznego
- duża intensywność rehabilitacji
- funkcjonowanie oddziału rehabilitacji w lokalizacji oddziału jednoimiennego w stosunku do wyjściowej przyczyny rehabilitacji (np.: jeżeli rehabilitowany pacjent cierpi na schorzenie neurologiczne to w lokalizacji powinien być oddział neurologii dziecięcej).

Do kwalifikacji pacjenta stosowane są różne dopasowane do wyjściwego problemu zdrowotnego kryteria włączenia szczegółowo przedstawione poniżej.

Najważniejsze kryteria włączenia dla świadczenia: Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego

Pacjenci spełniający łącznie 2 kryteria:

- 1) wiek od urodzenia do ukończenia 18 r. ż., oraz
- 2) rozpoznanie R40.2 oraz udokumentowana data wybudzenia w ramach zakresu leczenia dzieci ze śpiączką oraz stan funkcjonalny pacjenta wg skali Glasgow GCS do 12 pkt., lub CCS do 11 pkt, lub
- 3) urazowe, zapalne lub udarowe uszkodzenie OUN wyłączenie wady ośrodkowego układu nerwowego oraz,

stan funkcjonalny pacjenta z dysfunkcją mózgu - wg skali Glasgow GCS do 12 pkt (4-18), lub CCS do 11 pkt (0-3 lat), oraz N, C oraz 1 do 3 pkt wg. modyfikacji skali FMS (dla dzieci 3-18),

lub

- 4) stan funkcjonalny pacjenta z dysfunkcją rdzenia kręgowego – wg skali ASIA poziom od A do D

Jak widać do kwalifikacji pacjentów przyjęto powszechnie akceptowane i uznane skale i narzędzia oceny pacjentów. Szczegółowy opis świadczeń znajduje się w formie tabelarycznej w załączniku do niniejszego raportu.

Najważniejsze kryteria włączenia dla świadczenia: Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu

Pacjenci spełniający poniższe kryteria:

- 1) Wiek od urodzenia do 18 r.ż.
- 2) Stan po urazie i / lub leczeniu operacyjnym w obrębie układu ruchu

oraz

3 - 4 poziom w co najmniej dwóch kryteriach – w zaburzeniach znacząco zwiększających wymagania rehabilitacyjne i pielęgnacyjne – rehabilitacja ogólnoustrojowa dzieci,

lub

3) w przypadku oparzeń:

a) oparzenia II° ekstremalne i ciężkie termiczne, chemiczne i elektryczne – powyżej 20% powierzchni ciała, lub

b) oparzenia III° ekstremalne i ciężkie termiczne, chemiczne i elektryczne – powyżej 10% powierzchni ciała,

Jak widać do kwalifikacji pacjentów przyjęto ogólnie opisany wyjściowy problem zdrowotny oraz skalę do oceny zaburzeń znacząco zwiększających wymagania rehabilitacyjne i pielęgnacyjne stworzonego przez Zespół projektowy tworzący koncepcję świadczeń rehabilitacji pediatrycznej, natomiast dla pacjentów po oparzeniach są zastosowane skale ciężkości oparzeń. Szczegółowy opis świadczeń znajduje się w formie tabelarycznej w załączniku do niniejszego raportu.

Dla następujących dwóch świadczeń do kwalifikacji między innymi służy lista rozpoznań zasadniczych

Najważniejsze kryteria włączenia dla świadczenia: Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 0-3 lata

1. Pacjenci spełniający łącznie 2 kryteria:
 - 1) rozpoznanie wg kodów ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń kompleksowej rehabilitacji stacjonarnej pediatrycznej - dzieci 0-3 lata, oraz
 - 2) wiek od urodzenia do ukończenia 3 r. ż.,

Ważnym elementem w kwalifikacji są warunki 3 i 4 zawarte w kryteriach wyłączenia

3. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.
4. Nabyte rozwojowe wady postawy (nie mogą być jedynymi kryteriami włączenia)

Zabezpieczające przed przyjmowaniem dzieci, które rehabilitacji stacjonarnej nie potrzebują. Szczegółowy opis świadczeń znajduje się w formie tabelarycznej w załączniku do niniejszego raportu.

Najważniejsze kryteria włączenia dla świadczenia: Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 4-18 lat

1. Pacjenci spełniający łącznie 2 kryteria:
 - 1) rozpoznanie wg kodów ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń kompleksowej rehabilitacji stacjonarnej pediatrycznej - dzieci 4-18 lat, oraz
 - 2) wiek od rozpoczęcia 4 r. ż. do ukończenia 18 r. ż.
 - 3) Dodatkowo w przypadku pacjentów po leczeniu operacyjnym lub urazie - przyjęcie w ciągu 30 dni od wypisu z oddziału leczenia ostrej fazy choroby.
 - 4) Za wyjątkiem pacjentów wymienionych w pkt 2 Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności dziecka.

Ważnym elementem w kwalifikacji są warunki 3 i 4 zawarte w kryteriach wyłączenia

3. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.
4. Nabyte rozwojowe wady postawy (nie mogą być jedynymi kryteriami włączenia)

Należy zwrócić uwagę na potrzebę posiadania orzeczenia o niepełnosprawności dziecka, co ma być dodatkowym zabezpieczeniem służącym uniknięciu niepotrzebnych hospitalizacji. Szczegółowy opis świadczeń znajduje się w formie tabelarycznej w załączniku do niniejszego raportu.

Dla każdego świadczenia zdefiniowano szczegółowo jego zakres uwzględniający potrzeby poszczególnych grup pacjentów.

Na zakończenie warto dodać, że Agencja przeprowadziła analizę w zakresie przyjęć na rehabilitację leczniczą pacjentów w wieku 0-18 lat pod względem odsetka pacjentów, którzy do 182 dni przed tą hospitalizacją mieli

ropzliczoną hospitalizację świadczeniem z zakresu szpitalnego, okazało się, że obecnie niewielki odsetek pacjentów rehabilitowanych stacjonarnie nie więcej niż 22% było wcześniej hospitalizowanych.

W zaproponowanej koncepcji świadczenia rehabilitacyjne dzieci mają być udzielane na oddziałach dedykowanych dzieciom. Zakłada się wprowadzenie funkcji opiekuna medycznego wspierającego pracę oddziału.

3.5.2 Poziom opieki dzienny – kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna

Zdefiniowane problemy:

- niewystarczająco precyzyjnie zdefiniowanych kryteriów włączenia
- rehabilitacja dzienna dzieci, które ze względu na stan swojego zdrowia nadają się do rehabilitacji prowadzonej w warunkach ambulatoryjnych (szczególnie dużo dzieci z wadami postawy)
- rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach dziennych jest adresowana do pacjentów, którym nie jest ona bezwzględnie potrzebna
- personel udzielający świadczeń nieprzystosowany do potrzeb pacjenta pediatrycznego
- wycena świadczeń nieuwzględniająca w wystarczającym stopniu „ciężkości” stanu pacjenta w konsekwencji prowadzi do preferowania pacjentów w stanie funkcjonalnym lekkim, czy też tańszych form fizjoterapii.

Odpowiedzią na zdefiniowane problemy zostały przygotowane **Świadczenia dla pacjentów pediatrycznych w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej:**

- 1) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 0-3 lata,
- 2) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 4-18 lat.

Warunkiem koniecznym jest tu potrzeba udziału rehabilitacji minimum trzech członków zespołu terapeutycznego (w tym lekarza i fizjoterapeuty)

Dodatkowo ważnym elementem jest propozycja wprowadzenia funkcji opiekuna medycznego wspierającego pracę oddziału.

Najważniejsze kryteria włączenia dla świadczenia: Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 0-3 lata

1. Pacjenci spełniający łącznie dwa kryteria:
 - 1) wiek od urodzenia do ukończenia 3 r. ż.,
 - 2) stan zdrowia pacjenta wymagający udziału w procesie rehabilitacji minimum trzech członków zespołu terapeutycznego (w tym lekarza i fizjoterapeuty) - na podstawie kwalifikacji wstępnej.

Ważnym elementem w kwalifikacji są warunki 4 i 5 zawarte w kryteriach wyłączenia

4. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.
5. Nabyte rozwojowe wady postawy (nie mogą być jedynymi kryteriami włączenia).

Szczegółowy opis świadczeń znajduje się w formie tabelarycznej w załączniku do niniejszego raportu.

Najważniejsze kryteria włączenia dla świadczenia: Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 4-18 lata

2. Pacjenci spełniający łącznie dwa kryteria:
 - 1) wiek od urodzenia do ukończenia 3 r. ż.,
 - 2) stan zdrowia pacjenta wymagający udziału w procesie rehabilitacji minimum trzech członków zespołu terapeutycznego (w tym lekarza i fizjoterapeuty) - na podstawie kwalifikacji wstępnej.

Ważnym elementem w kwalifikacji są warunki 4 i 5 zawarte w kryteriach wyłączenia

4. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.
5. Nabyte rozwojowe wady postawy (nie mogą być jedynymi kryteriami włączenia).

Szczegółowy opis świadczeń znajduje się w formie tabelarycznej w załączniku do niniejszego raportu.

3.5.3 Poziom opieki ambulatoryjny – fizjoterapia ambulatoryjna

Zdefiniowane problemy:

- niewystarczająco precyzyjnie zdefiniowane kryteriów włączenia
- personel udzielający świadczeń nieprzystosowany do potrzeb pacjenta pediatrycznego
- wycena świadczeń nieuwzględniająca w wystarczającym stopniu „ciężkości” stanu pacjenta w konsekwencji prowadzi do preferowania tańszych form fizjoterapii

Świadczenia dla pacjentów pediatrycznych w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej:

- 1) Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych,
- 2) Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych z chorobami układu oddechowego.

Najważniejsze kryteria włączenia dla świadczenia: Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych

1. Pacjenci spełniający kryteria:
 - 1) wiek od urodzenia do ukończenia 18 r. ż., oraz
 - 2) ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i układu nerwowego, lub
 - 3) w stanach pourazowych i pooperacyjnych narządu ruchu i układu nerwowego- rozpoczęcie fizjoterapii bezpośrednio lub do 30 dni od dnia wystawienia skierowania, lub
 - 4) w sytuacjach mających na celu przygotowanie do zaplanowanych zabiegów chirurgicznych lub ortopedycznych, lub
 - 5) z deformacjami i wadami postawy w umiarkowanym stopniu nasilenia.

Do tej formy fizjoterapii wskutek zaproponowanych zmian skierowana zostanie duża część pacjentów, którzy dzisiaj korzystają ze świadczeń rehabilitacji w warunkach dziennych. Świadczenie jest tak skonstruowane by wymóc szersze stosowanie kinezyterapii i pracy indywidualnej. Szczegółowy opis świadczeń znajduje się w formie tabelarycznej w załączniku do niniejszego raportu.

Najważniejsze kryteria włączenia dla świadczenia: Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych z chorobami układu oddechowego

1. Do świadczenia uprawniony jest pacjent spełniający łącznie 2 kryteria:
 - 1) Rozpoznanie z grupy rozpoznań upoważniających do fizjoterapii ambulatoryjnej pulmonologicznej wymienionych w załączniku nr 1,
 - 2) Potrzeba rehabilitacji stwierdzona przez lekarza kierującego.

Ważnym elementem budowy świadczenia różnicującym go znacznie od reszty świadczeń jest mocne zawężenie grupy lekarzy uprawnionych do wystawiania skierowania na niego.

Są to mianowicie: lekarz ubezpieczenia zdrowotnego pracujący w poradni specjalistycznej pulmonologicznej, alergologicznej lub neonatologicznej oraz lekarz oddziału leczącego pacjentów w wieku 0-18 lat (przy wypisie ze szpitala).

Zawężenie to wynika z faktu, że stosunkowo duża liczba pacjentów z chorobami pulmonologicznymi w przypadku szerokich uprawnień do wystawiania skierowań na fizjoterapię ambulatoryjną doprowadziłaby najprawdopodobniej do nadużywania tego świadczenia.

Dodatkowo w ramach tego świadczenia nie tylko przewiduje się realizację fizjoterapii, ale także edukację pacjenta w zakresie spraw związanych z chorobami płuc tj.:

- samodzielnego wykonywania ćwiczeń w warunkach domowych,
- techniki używania inhalatorów i nebulizatorów,
- nauki wzorca oddychania,
- technik ewakuacji wydzieliny z dróg oddechowych
- uświadamianie o szkodliwości palenia papierosów / uzyskania i utrzymania stanu niepalenia papierosów
- uświadamianie o roli aktywności ruchowej w chorobach płuc.

Został także stworzony ściśle określony katalog chorób / problemów zdrowotnych, który uprawnia do ściśle określonej liczby dni zabiegowych czy też porad edukacyjnych. Szczegółowy opis świadczeń znajduje się w formie tabelarycznej w załączniku do niniejszego raportu.

3.5.4 Poziom opieki domowy – fizjoterapia w warunkach domowych

Zdefiniowane problemy:

- niewystarczająco precyzyjnie zdefiniowane kryteriów włączenia
- personel udzielający świadczeń nieprzystosowany do potrzeb pacjenta pediatrycznego
- wycena świadczeń nieuwzględniająca w wystarczającym stopniu „ciężkości” stanu pacjenta w konsekwencji prowadzi do preferowania tańszych form fizjoterapii czy też do ograniczenia dostępu do świadczenia z powodu braku wystarczającej liczby świadczeniodawców.

Świadczenie to zostało przygotowane dla dwóch grup pacjentów tj. pacjentów z chorobami pulmonologicznymi oraz pacjentów z innymi problemami zdrowotnymi.

Najważniejsze kryteria włączenia dla świadczenia: Fizjoterapia domowa dla pacjentów pediatrycznych

Pacjenci spełniający łącznie 2 kryteria:

- 1) wiek od 0 do 18 r.ż. oraz,
 - 2) niewydolność oddychania częściowa lub całkowita lub
 - 3) mukowiscydoza w 1 r.ż. lub,
 - 4) stan po przeszczepieniu płuc, lub
 - 5) dysplazja oskrzelowo-płucna w 1 r.ż.
-
- 6) mózgowie porażenie dziecięce stopień ciężkości 5 w skali GMFCS lub
 - 7) tetraplegia począwszy od 1 roku po urazie, lub
 - 8) zaburzenia neurorozwojowe ruchowe w wieku 0-3 z częstymi i nawracającymi infekcjami uniemożliwiającymi rehabilitację w warunkach dziennych lub ambulatoryjnych.

Przedstawione powyżej Kryteria włączenia od 1 do 5 są kryteriami pulmonologicznymi. W celu zapewnienia okresowej nie weryfikacji wskazań do fizjoterapii w warunkach domowych do opisu świadczenia wprowadzono następujący zapis: „Skierowanie jest ważne przez okres trwania kryteriów włączenia nie dłużej jednak niż przez okres 1 roku (365 dni) od rozpoczęcia fizjoterapii domowej”. Szczegółowy opis świadczeń znajduje się w formie tabelarycznej w załączniku do niniejszego raportu.

3.5.5 Świadczenia dodatkowe

W związku z postulatem rezygnacji z tzw. Listy chorób współistniejących dla rehabilitacji stacjonarnej konieczne było znalezienie jakiegoś innego rozwiązania uwzględniającego specjalne potrzeby niektórych pacjentów, które można by było uwzględnić w wycenie świadczenia.

W ramach dyskusji eksperckiej zdecydowano o wyodrębnieniu dodatkowych świadczeń:

- Leczenie odleżyn i ran: w przypadku, gdy pacjent został przekazany na oddział rehabilitacyjny już z odleżynami (zostały one wytworzone gdzieś już wcześniej przed hospitalizacją na oddział rehabilitacji pediatrycznej). Świadczeniodawcy przysługiwałaby wyższa odpłatność za osobodzień. Byłaby stworzona dokumentacja potwierdzająca fakt wystąpienia odleżyn przed rozpoczęciem hospitalizacji i np.: konieczność zgłoszenia tego faktu do NFZ zaraz po przyjęciu pacjenta.
- Leczenie żywieniowe do- i pozajelitowe

Ekspertki zgłaszali brak możliwości dosumowania produktów na oddziale rehabilitacji w szpitalu, upatrując w ewentualnej zmianie tego stanu rzeczy sposobu na finansowanie świadczenia rehabilitacyjnego adekwatne do uzasadnionych kosztów pobytu. Świadczeniodawca nie ma możliwości pokrycia kosztów leczenia takiego pacjenta z puli pieniędzy przeznaczonych na rehabilitację. W konsekwencji wielu lekarzy jest zmuszonych zastępować skuteczną, zalecaną formę leczenia tańszą, czy też zrezygnować z leczenia pacjentów, których koszty są znacząco wyższe od stawki stosowanej przez NFZ.

Duży problem stanowią odleżyny, pomimo, iż wiadomo, że są one konsekwencją zaniedbania ze strony personelu medycznego opiekującego się pacjentem na danym oddziale. Poza tym odleżyny uniemożliwiają prawidłowy przebieg terapii.

Dobór odpowiedniego sprzętu medycznego, nauka korzystania z niego, nauka kompensacji, edukacja pacjenta i ich rodzin lub opiekunów również stanowią ważny element procesu rehabilitacji. Sprzęt medyczny (ortezy, wózki, laski itp.) często dobiera się indywidualnie do pacjenta, dlatego ważne jest, żeby na etapie rehabilitacji szpitalnej wdrożyć ćwiczenia funkcjonalne przygotowujące do codziennej aktywności. Obecnie lekarze z oddziału rehabilitacji nie mogą wystawiać zleceń na dodatkowy sprzęt medyczny pacjentowi, który jest w trakcie rehabilitacji stacjonarnej, przez co nie jest ona wystarczająco efektywna, a cały proces rehabilitacji może zostać opóźniony. By zmienić ten stan rzeczy w opisie świadczeń świadczeń rehabilitacji stacjonarnej oraz dziennej ujęto zapis mówiący o „dobrze i dopasowaniu zaopatrzenia rehabilitacyjnego”.

3.5.6 Podsumowanie założeń projektowanych świadczeń

1. Poprawa dostępności do świadczeń dla pacjentów wymagających szybkiej i intensywnej rehabilitacji pediatrycznej:
 - Rehabilitacja stacjonarna jest rozumiana, jako rehabilitacja wczesna, która daje szanse na całkowity lub najbardziej optymalny powrót do zdrowia i pełnienia ról
 - Do rehabilitacji stacjonarnej kwalifikowani będą pacjenci, których stan wymaga całodobowej opieki pielęgniarskiej i lekarskiej
 - Szybkie rozpoczęcie terapii dla pacjentów bezpośrednio po incydencie, przebytej chorobie lub urazie
 - Pacjenci w okresie odległym po incydencie, przebytej chorobie lub urazie, wymagający stacjonarnej rehabilitacji będą przekierowani do oddziałów rehabilitacji ogólnoustrojowej
 - Zdefiniowanie dedykowanych świadczeń rehabilitacji pediatrycznej pozastacjonarnej umożliwi leczenie adekwatne do potrzeb pacjenta
2. Określenie kryteriów kwalifikacji pacjenta
 - ocena funkcjonalna pacjenta przy użyciu dostępnych skal klinicznych, klasyfikacji czy innych kryteriów oceny
 - rozpoznania ICD-10 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych
3. Dobór odpowiednich interwencji (w ramach zdefiniowanych profili interwencji)
 - Określenie celu rehabilitacji i jego realizacja
 - Indywidualny dobór metod rehabilitacji adekwatny do stanu funkcjonalnego pacjenta
 - Zróżnicowanie rodzaju, częstotliwości i intensywności interwencji rehabilitacyjnych z uwagi na rodzaj i stopień nasilenia dysfunkcji.

Główne różnice proponowanego podejścia w stosunku do podejścia aktualnego:

- Ograniczenie stosowania rozpoznań jako kryteriów kwalifikacji, przyjęcie tylko rozpoznań zasadniczych – rezygnacja z rozpoznań współistniejących,
- Bardziej jednoznaczny podział pacjentów wg stanu funkcjonalnego przy zastosowaniu szeregu skal,
- Koncentracja leczenia na oddziałach rehabilitacji pediatrycznej pacjentów ciężkich przechodzących bezpośrednio z oddziałów fazy ostrej lub z niedawno zakończonym leczeniem na oddziale fazy ostrej.

- Przesunięcie z rehabilitacji stacjonarnej do innych poziomów i zakresów rehabilitacji np. stacjonarnej lub ambulatoryjnej pacjentów niespełniających kryterium ciężkości

3.5.7 Rozszerzenie informacji w zakresie projektów świadczeń rehabilitacji pulmonologicznej

Ze względu na sytuację obecną oraz głębokość zmian, jakie zdaniem autorów opracowania należy wprowadzić do obszaru rehabilitacji pulmonologicznej dzieci zagrożeniu temu został poświęcony odrębny rozdział.

Dzisiaj rehabilitacja pulmonologiczna jest udzielana pacjentom jako rehabilitacja stacjonarna oraz dzienna na oddziałach z możliwością stosowania subterraneoterapii. W toku przeprowadzonych analiz oraz spotkań z ekspertami wyłonił się obraz rehabilitacji pulmonologicznej, która w obecnym kształcie nie spełnia swoich zadań z jednej strony stosując zakresy rehabilitacji, które nie powinny być stosowane dla pacjentów pulmonologicznych, a z drugiej strony obejmując opieką pacjentów nie wymagających rehabilitacji pulmonologicznej a jednocześnie nie gwarantując rehabilitacji pulmonologicznej pacjentom, którzy jej wymagają.

Analizując rozpoznania jakie są sprawozdawane dla leczonych pacjentów można od razu zauważyć, że przodują tam astma, przewlekłe zapalenia oskrzeli czy też Przewlekłe zapalenie błony śluzowej nosa, nosa i gardła, a także gardła szczególnie są zawarte w poniższych tabelach z których jedna dotyczy świadczeń stacjonarnych a druga dziennych.

Tabela 36. Struktura wieku i rozpoznań pacjentów, którym udzielono świadczenia rehabilitacji pulmonologicznej stacjonarnej

Grupy wiekowe ⁵	Rozpoznanie główne	Liczba pacjentów	Udział w liczbie pacjentów w zakresie	Liczba świadczeń (liczba osobodni pobytu)	Udział w liczbie świadczeń w zakresie
0-3	Nieokreślone przewlekłe zapalenie oskrzeli	47	0,43%	892	0,40%
	Inne określone choroby układu oddechowego	43	0,40%	665	0,30%
	Astma oskrzelowa w głównej mierze z przyczyn alergicznych	35	0,32%	616	0,28%
	Astma oskrzelowa, nieokreślona	25	0,23%	394	0,18%
	Przewlekłe proste zapalenie oskrzeli	8	0,07%	172	0,08%
	Choroba układu oddechowego, nieokreślona	6	0,06%	124	0,06%
	Astma oskrzelowa niealergiczna	2	0,02%	32	0,01%
	Zapalenie płuc, nieokreślone	1	0,01%	21	0,01%
	Przewlekłe zapalenie oskrzeli śluzowo-ropne	1	0,01%	17	0,01%
Ogółem 0-3		165	1,53%	2 933	1,31%
04-18	Nieokreślone przewlekłe zapalenie oskrzeli	1071	9,91%	21941	9,81%

⁵ Wiek pacjenta został policzony na podstawie danych z bazy danych RUM-NFZ za rok 2017 przekazanej przez NFZ jako różnica między rokiem sprawozdawczym, a datą urodzenia pacjenta. Data urodzenia pacjenta rozumiana jest jako rok urodzenia. Nie został wzięty pod uwagę ani miesiąc, ani dzień urodzenia. Oznacza to, że np.: pacjentom urodzonym w 2017 r. przypisano 0 lat. W tej kategorii wiekowej tj. 0 lat nie uwzględniono osób urodzonych rok wcześniej, czyli w 2016 r., które w 2017 mogły mieć udzielone świadczenie jeszcze przed ukończeniem 1 roku życia. W przypadku grupy wiekowej 18 lat znajdują się pacjenci, którzy w pewnym momencie 2017 roku stracili możliwość korzystania ze świadczeń rehabilitacji pediatrycznej, gdyż ukończyli już 18 lat. Innymi słowy w grupie 18 latków znalazły się osoby, które w momencie skorzystania ze świadczeń nie miały jeszcze ukończonych 18 lat oraz część tych, które miały kończące 18 lat, a jeszcze nie ukończone 19 lat. Ze względu na fakt, że nie ma specjalnych świadczeń dedykowanych rehabilitacji pulmonologicznej dzieci liczebność grupy 18 lat z powodu opisanych powyżej przyczyn została zawyżona.

Grupy wiekowe ⁵	Rozpoznanie główne	Liczba pacjentów	Udział w liczbie pacjentów w zakresie	Liczba świadczeń (liczba osobodni pobytu)	Udział w liczbie świadczeń w zakresie
	Astma oskrzelowa w głównej mierze z przyczyn alergicznych	829	7,67%	16528	7,39%
	Inne określone choroby układu oddechowego	607	5,62%	10339	4,62%
	Choroba układu oddechowego, nieokreślona	331	3,06%	8318	3,72%
	Astma oskrzelowa, nieokreślona	221	2,05%	3849	1,72%
	Astma oskrzelowa niealergiczna	43	0,40%	731	0,33%
	Przewlekłe proste zapalenie oskrzeli	43	0,40%	847	0,38%
	Zapalenie oskrzeli nieokreślone jako ostre albo przewlekłe	34	0,31%	708	0,32%
	Astma oskrzelowa	26	0,24%	554	0,25%
	Alergiczne zapalenie błony śluzowej nosa, nieokreślone	12	0,11%	187	0,08%
	Atopowe zapalenie skóry, nieokreślone	9	0,08%	154	0,07%
	Przewlekłe zapalenie oskrzeli śluzowo-ropne	9	0,08%	248	0,11%
	Astma oskrzelowa mieszana	8	0,07%	184	0,08%
	Choroby oskrzela niesklasyfikowane gdzie indziej	3	0,03%	53	0,02%
	Rozedma wyrównawcza	2	0,02%	33	0,01%
	Inne określone nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego	2	0,02%	26	0,01%
	Idiopatyczna skolioza młodzieńcza	2	0,02%	23	0,01%
	Alergia, nieokreślona	2	0,02%	31	0,01%
	Zapalenie płuc wywołane przez inne nieokreślone drobnoustroje	1	0,01%	41	0,02%
	Specjalne badanie przesiewowe w kierunku innych chorób bakteryjnych	1	0,01%	2	0,00%
	Rozstrzenie oskrzeli	1	0,01%	21	0,01%
	Alergiczne zapalenie błony śluzowej nosa spowodowane pyłkami kwiatowymi	1	0,01%	9	0,00%
	Zapalenie płuc, nieokreślone	1	0,01%	14	0,01%
	Odma opłucnowa samoistna z wysiłku	1	0,01%	12	0,01%
	Kołatanie serca	1	0,01%	13	0,01%
	Płatowe zapalenie płuc, nieokreślone	1	0,01%	21	0,01%
	Skolioza	1	0,01%	1	0,00%
	Przewlekła niewydolność oddechowa	1	0,01%	21	0,01%
	Wysięk opłucnowy niesklasyfikowany gdzie indziej	1	0,01%	11	0,00%

Grupy wiekowe ⁵	Rozpoznanie główne	Liczba pacjentów	Udział w liczbie pacjentów w zakresie	Liczba świadczeń (liczba osobodni pobytu)	Udział w liczbie świadczeń w zakresie
	Inne ostre zakażenia górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim	1	0,01%	21	0,01%
	Zapalenie płuc wywołane przez inne bakterie	1	0,01%	7	0,00%
	Przewlekłe zapalenie krtani i tchawicy	1	0,01%	19	0,01%
	Zapalenie płuc wywołane przez Mycoplasma pneumoniae	1	0,01%	19	0,01%
	Inne zespoły zaburzeń oddychania	1	0,01%	21	0,01%
	Kifoza zależna od wadliwej postawy	1	0,01%	14	0,01%
	Klatka piersiowa szewska	1	0,01%	21	0,01%
Ogółem 04-18	x	3 193	29,55%	65 042	29,08%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Struktura pacjentów, którym udzielono świadczeń rehabilitacji pulmonologicznej dziennej przedstawia się w sposób przedstawiony w poniższej tabeli

Tabela 37. Struktura wieku i rozpoznań pacjentów, którym udzielono świadczenia rehabilitacji pulmonologicznej dziennej

Grupy wiekowe *	Rozpoznanie główne	Liczba pacjentów	Udział w liczbie pacjentów w zakresie	Liczba świadczeń (osobodni zabiegowych)	Udział w liczbie świadczeń w zakresie
0-3	Astma oskrzelowa	4	0,16%	38	0,12%
	Przewlekłe zapalenie błony śluzowej nosa, nosa i gardła, a także gardła	3	0,12%	36	0,11%
	Zapalenie oskrzeli nieokreślone jako ostre albo przewlekłe	2	0,08%	28	0,09%
	Astma oskrzelowa w głównej mierze z przyczyn alergicznych	1	0,04%	10	0,03%
	Naczynioruchowy i alergiczny nieżyt nosa	1	0,04%	14	0,04%
	Astma oskrzelowa, nieokreślona	1	0,04%	11	0,03%
Ogółem 0-3		12	0,49%	137	0,42%
04-18	Astma oskrzelowa	273	11,11%	3609	10,98%
	Przewlekłe zapalenie błony śluzowej nosa, nosa i gardła, a także gardła	214	8,71%	2817	8,57%
	Naczynioruchowy i alergiczny nieżyt nosa	95	3,86%	1250	3,80%
	Przewlekłe zapalenie błony śluzowej jamy nosowej i gardła	58	2,36%	790	2,40%
	Inne zespoły zaburzeń oddychania	53	2,16%	694	2,11%
	Astma oskrzelowa, nieokreślona	51	2,07%	656	2,00%
	Astma oskrzelowa w głównej mierze z przyczyn alergicznych	37	1,51%	518	1,58%

Grupy wiekowe *	Rozpoznanie główne	Liczba pacjentów	Udział w liczbie pacjentów w zakresie	Liczba świadczeń (osobodni zabiegowych)	Udział w liczbie świadczeń w zakresie
	Inne alergiczne zapalenie błony śluzowej nosa	32	1,30%	418	1,27%
	Przewlekłe zapalenie zatok	19	0,77%	226	0,69%
	Przewlekłe zapalenie krtani oraz krtani i tchawicy	14	0,57%	185	0,56%
	Zapalenie oskrzeli nieokreślone jako ostre albo przewlekłe	10	0,41%	119	0,36%
	Inne przewlekłe zapalenie zatok	6	0,24%	73	0,22%
	Inne określone choroby układu oddechowego	5	0,20%	72	0,22%
	Alergiczne zapalenie błony śluzowej nosa, nieokreślone	3	0,12%	35	0,11%
	Przewlekłe choroby migdałków podniebiennych i migdałka gardłowego	3	0,12%	42	0,13%
	Przewlekłe zapalenie wszystkich zatok przynosowych	2	0,08%	28	0,09%
	Astma oskrzelowa niealergiczna	2	0,08%	28	0,09%
	Alergiczne zapalenie błony śluzowej nosa spowodowane pyłkami kwiatowymi	2	0,08%	29	0,09%
	Astma oskrzelowa mieszana	1	0,04%	14	0,04%
	Klasyczna fenylketonuria	1	0,04%	13	0,04%
	Przewlekłe zapalenie zatok, nieokreślone	1	0,04%	12	0,04%
	Inne choroby górnych dróg oddechowych	1	0,04%	14	0,04%
	Atopowe zapalenie skóry	1	0,04%	13	0,04%
	Przewlekłe zapalenie błony śluzowej gardła	1	0,04%	14	0,04%
	Inne sezonowe alergiczne zapalenie błony śluzowej nosa	1	0,04%	14	0,04%
Ogółem 04-18	X	878	35,72%	11 683	35,55%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Rozpoznanie te zdają się potwierdzać tezę, że rehabilitacja stacjonarna pulmonologiczna oraz rehabilitacja dzienna pulmonologiczna pacjentów do 18 r. ż. obejmuje obecnie pacjentów z rozpoznaniem, które nie są podstawą do takiej rehabilitacji, ewentualnie część z tych pacjentów mogłaby być objęta leczeniem uzdrowiskowym, lub świadczeniami w warunkach ambulatoryjnych, a nie rehabilitacją stacjonarną, czy też dzienną.

Dodatkowo ani eksperci ani przeprowadzone przez Agencję przeglądy nie potwierdziły skuteczności metod subterraneoterapii w leczeniu chorób układu oddechowego.

Podejście do rehabilitacji pulmonologicznej pediatrycznej zaproponowanej w opracowaniu oraz uwagi dotyczące szerszego kontekstu świadczeń rehabilitacji pulmonologicznej

Wychodząc z założeń, że:

- 1) W obecnej sytuacji system rehabilitacji pulmonologicznej nie spełnia swoich celów ze względu na to, że jest skierowany do pacjentów, którzy w większości nie potrzebują rehabilitacji pulmonologicznej oraz, że nie jest on realizowany we właściwym trybie rehabilitacji,
- 2) Istnieje spora grupa pacjentów, która potrzebuje rehabilitacji pulmonologicznej, lecz jej nie otrzymuje.

Uznano, że rehabilitacja pulmonologiczna stacjonarna nie jest niezbędna jako świadczenie oddzielne dedykowane pacjentom z chorobami pulmonologicznymi tylko należałoby zapewnić, by pacjenci rehabilitowani na oddziałach rehabilitacji pediatrycznej mieli należycie zaspokojone swoje potrzeby związane z rehabilitacją pulmonologiczną co mogłaby się dokonać poprzez odpowiednie przygotowanie zawodowe (certyfikaty, szkolenia z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej), części fizjoterapeutów pracujących na wybranych oddziałach rehabilitacji pediatrycznej – np.: możnaby ustalić, że te oddziały, które będą posiadały dodatkowe elementy wyposażenia / warunki lokalowe:

- Urządzenie do prowadzenia toalety drzewa oskrzelowego u pacjentów z rurką tracheotomijną (ssaki) - w miejscu
- Urządzenie do prowadzenia wentylacji mechanicznej inwazyjnej oraz nieinwazyjnej (respirator) – w miejscu
- Zapewnienie warunków do rehabilitacji pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi

Będą musiały spełnić także ww. warunek dotyczący kwalifikacji personelu.

Dodatkowo wnioskuje się, by na oddziałach fazy ostrej leczących dzieci w odpowiedni sposób były zaspokojone ich potrzeby rehabilitacji pulmonologicznej w ramach realizowanej na nich rehabilitacji. Rehabilitacja pulmonologiczna powinna być tam realizowana przez fizjoterapeutów, którzy posiadają odpowiednie szkolenia / certyfikaty z zakresu fizjoterapii pulmonologicznej.

Dodatkowo na poziomie oddziałów fazy ostrej pulmonologicznych i alergologicznych powinien być wprowadzony obowiązek przeprowadzenia w każdym uzasadnionym medycznie przypadku pod koniec pobytu pacjenta na oddziale sesji edukacyjnej nakierowanej edukację pacjenta i / jego rodziny w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej, a w przypadku innych oddziałów pediatrycznych kierowania na edukację / rehabilitację pulmonologiczną wypisywanych pacjentów.

Rehabilitacja pulmonologiczna w ramach zakresu świadczeń rehabilitacja lecznicza składałaby się z rehabilitacji ambulatoryjnej oraz domowej. Świadczenia ambulatoryjne można podzielić na 2 grupy edukację z szerszym dostępem dla pacjentów oraz fizjoterapię ambulatoryjną z bardziej ograniczoną grupą pacjentów. Trzeba także zaznaczyć, że w celu zapewnienia odpowiedniej kwalifikacji do świadczeń i niezawyżania korzystania ze świadczeń rehabilitacji pulmonologicznej została zawężona grupa lekarzy mogących kierować na te świadczenia. Szczegółowo ww. świadczenia zostały opisane w dalszej części opracowania.

4 Analiza skuteczności i bezpieczeństwa – przegląd dowodów naukowych

4.1 Opis metodyki

W celu odnalezienia badań i opracowań wtórnych dotyczących skuteczności interwencji z zakresu rehabilitacji pediatrycznej dokonano przeszukiwania w bazie Medline, Cochrane i Embase. Wyszukiwanie przeprowadzono w dniu 11.03.2019 r. Zastosowane strategie wyszukiwania zostały przedstawione w załącznikach do niniejszego opracowania. Głównym założeniem niniejszej analizy było odpowiedzenie na pytanie o skuteczność interwencji z zakresu rehabilitacji pediatrycznej. Selekcji badań dokonywało niezależnie od siebie czterech analityków. Założono, że w przypadku niezgodności między badaczami dyskusja będzie prowadzona do czasu osiągnięcia konsensusu.

W przypadku nieodnalezienia publikacji spełniających kryteria włączenia dla subpopulacji określonych na podstawie danych sprawozdawczych NFZ zawartych w niniejszym raporcie w tabelach 10 i 11 w rozdziale 3.1 przeprowadzone zostanie wyszukiwanie niesystematyczne przy użyciu odpowiednich słów kluczowych dla niezidentyfikowanych w ramach wyszukiwania systematycznego subpopulacji, z pominięciem subpopulacji mieszanych określanymi jako „Inne” (jak np. *M95. Inne nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej*, czy *M21. Inne nabyte deformacje kończyn*).

Selekcji badań dokonywano w oparciu o kontekst kliniczny wg schematu PICOS, z uwzględnieniem kryteriów włączenia zestawionych w tabeli poniżej. Selekcję badań/publikacji prowadzono etapowo, w pierwszej kolejności na podstawie abstraktów, a następnie w oparciu o pełne teksty publikacji. Wykluczono badania w języku innym niż angielski i polski.

Tabela 38. Kryteria włączenia publikacji do przeglądu.

Opis	Komentarz
<p><u>Populacja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - populacja pacjentów pediatrycznych 	<ul style="list-style-type: none"> - wykluczone zostaną badania obejmujące populację pediatryczną z zaburzeniami z zakresu psychiatrii (takie jak zaburzenia odżywiania o podłożu psychologicznym lub inne)
<p><u>Interwencje:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - interwencje z zakresu z rehabilitacji pediatrycznej 	<ul style="list-style-type: none"> - włączone zostaną dowolne świadczenia z zakresu rehabilitacji pediatrycznej z wykluczeniem świadczeń realizowanych na oddziale intensywnej opieki.
<p><u>Komparator:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - placebo/sham, standardowa opieka 	<ul style="list-style-type: none"> - jako komparator dopuszcza się standardowy model opieki, placebo/sham lub brak interwencji. Ze względu na cel analizy, wykluczone zostaną badania porównujące 2 rodzaje interwencji (np. trening siłowy vs trening aerobowy).
<p><u>Punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - włączone zostaną badania opisujące wyniki istotnie klinicznych punktów końcowych takie jak: przeżycie, zachorowalność, jakość życia, jakość życia związana ze zdrowiem, wydolność ćwiczeniowa i efekty prowadzonego treningu, zdarzenia niepożądane 	<ul style="list-style-type: none"> Wykluczone zostaną badania opisujące wyniki zastępczych punktów końcowych.
<p><u>Rodzaj badania:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - opracowania wtórne (przeglądy systematyczne), - badania pierwotne o najwyższym poziomie wiarygodności, jeśli nie odnaleziono wiarygodnych i aktualnych przeglądów systematycznych oraz badania pierwotne niewłączone do odnalezionych przeglądów systematycznych. <p>Do analizy włączano wyłącznie publikacje pełnotekstowe w języku polskim i angielskim.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Do przeglądu włączano dowody o najwyższym poziomie wiarygodności. Nie włączano publikacji dostępnych wyłącznie w postaci abstraktów konferencyjnych. Z uwagi na szeroką populację pacjentów w niniejszej analizie, publikacje uwzględnione w przeglądzie analizowane były niezależnie; w ramach każdej z odnalezionych subpopulacji włączono dowody o najwyższej odnalezionej jakości. Nie uwzględniano badań niższego rzędu niż IIIA według wytycznych AOTMiT.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

4.2 Charakterystyka i wyniki publikacji włączonych do Analizy Klinicznej

W ramach wyszukiwania odnaleziono i włączono do opracowania 13 przeglądów systematycznych z lat 2012–2018, których opracowanie zawarto w rozdziałach poniżej. Ze względu na szerokie spektrum rozpoznań dotyczących przeglądów systematycznych dotyczących skuteczności interwencji w zakresie rehabilitacji pediatrycznej, charakterystykę i wyniki włączonych przeglądów zawarto, w zależności od rozpoznania, w odpowiednich podrozdziałach z podziałem na subpopulacje.

4.2.1 Subpopulacja neurologiczna

W subpopulacji pacjentów neurologicznych zidentyfikowano i włączono do opisu 2 przeglądy systematyczne z metaanalizą, oparte na badaniach RCT:

- Linden 2016 – populacja pacjentów z nabytym uszkodzeniem mózgu,
- Ryan 2016 – populacja pacjentów z dziecięcym porażeniem mózgowym.

W tabeli poniżej zawarto charakterystykę i zestawienie wyników zawartych w odnalezionych i włączonych przeglądach.

Tabela 39. Wyniki dotyczące skuteczności interwencji rehabilitacji pediatrycznej u pacjentów z MPD w ocenianych punktach końcowych.

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia <i>a priori</i>)	Raportowane wyniki
Linden 2016		
<u>Źródła finansowania:</u> wewnętrzne: brak źródeł wsparcia; zewnętrzne: Research and Development Office Northern Ireland oraz Health Research Board, Irlandia		
<u>Cel:</u> ocena efektów interwencji opartych na technologii w porównaniu z interwencją placebo, brakiem leczenia lub innym rodzajem interwencji, na funkcjonowanie wykonawcze i pamięci u dzieci i młodzieży z nabytym uszkodzeniem mózgu.	<u>Populacja:</u> dzieci i młodzież (w wieku od 0 do 19 lat) z nabytym uszkodzeniem mózgu. <u>Interwencja:</u> interwencje technologiczne (urządzenia, które mogą przechowywać, pobierać lub przesyłać informacje). <u>Kryteria włączenia:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Badania RCT, badania cross-over, badania CRT (ang. Cluster-randomized trials). <u>Kryteria wykluczenia:</u> wysoki odsetek uczestników z problemami rozwojowymi, a nie urazy mózgu (jedno badanie).	<u>Włączone badania:</u> RCT, n=3 <u>Populacja:</u> <ul style="list-style-type: none"> • n=195 (interwencja: 93, komparator: 102): • wiek: 5–21 lat, • płeć: 120 chłopców i 75 dziewcząt. <u>Interwencja:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Rozwiązywanie problemów rodzinnych (ang. Family Problem Solving), • Rozwiązywanie problemów nastolatków online (ang. Teen Online Problem Solving - TOPS), • Rozwiązywanie problemów przy pomocy psychoterapeuty (ang. Counselor-Assisted Problem Solving – CAPS). <u>Komparator:</u> źródła internetowe (placebo) – uczestnicy otrzymywali internetowe źródła pomocy dotyczące uszkodzenia mózgu.

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia <i>a priori</i>)	Raportowane wyniki															
<p><u>Synteza wyników:</u> jakościowa i ilościowa</p> <p><u>Przedział czasu objętym wyszukiwaniem:</u> 30 września 2015</p>	<p><u>Komparator:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • placebo, • brak leczenia, • inne rodzaje interwencji. <p><u>Punkty końcowe:</u></p> <p>Pierwszorzędowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • funkcjonowanie wykonawcze, • pamięć, • błędy popełnione przez uczestników podczas wykonywania zadań (na przykład błędy kontroli, pominięcia, działania bezcelowe), • wymagany czas wykonania zadania. <p>Drugorzędowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • częstotliwość wykorzystania przydzielonej pomocy technicznej (wynik procesu), • jakość życia zgłaszana przez uczestnika, • funkcjonowanie psychiczne, w tym ocena nastroju (lęk / depresja), poczucia własnej wartości i poczucia własnej skuteczności, • funkcjonowanie społeczne, • osiągnięte wyniki w nauce, • wszelkie inne korzyści lub szkody zidentyfikowane w badaniach. 	<p>I. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych – na korzyść interwencji.</p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w analizowanych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="929 343 2038 470"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p; I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Funkcjonowanie wykonawcze (różne typy parametrów)</td> <td>3 (I=93; K=101)</td> <td>SMD= -0,37</td> <td>-0,66; -0,09</td> <td>p=0,62; I²=0%</td> </tr> <tr> <td>Wynik w skali internalizacji CBCL (funkcjonowanie psychologiczne)</td> <td>2 (I=77; K=81)</td> <td>MD= -5,59</td> <td>-11,46; 0,28</td> <td>p=0,15; I²=53%</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>CBCL - the internalising subscale of the Child Behavior Checklist</i></p> <p><i>Różne typy parametrów – np. ocena uwagi, organizacji, rozwiązywania problemów, samoopieki za pomocą m.in Home and Community Social Behavior Scales (HCSBS) oraz Global Executive Composite (GEC)</i></p> <p>II. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych – na korzyść komparatora.</p> <p>Nie odnotowano wyników analizowanych punktów końcowych na korzyść grupy kontrolnej.</p> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u> opieka domowa</p> <p><u>Okres follow-up:</u> 6, 12, 18 miesięcy</p>	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p; I ²	Funkcjonowanie wykonawcze (różne typy parametrów)	3 (I=93; K=101)	SMD= -0,37	-0,66; -0,09	p=0,62; I ² =0%	Wynik w skali internalizacji CBCL (funkcjonowanie psychologiczne)	2 (I=77; K=81)	MD= -5,59	-11,46; 0,28	p=0,15; I ² =53%
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p; I ²													
Funkcjonowanie wykonawcze (różne typy parametrów)	3 (I=93; K=101)	SMD= -0,37	-0,66; -0,09	p=0,62; I ² =0%													
Wynik w skali internalizacji CBCL (funkcjonowanie psychologiczne)	2 (I=77; K=81)	MD= -5,59	-11,46; 0,28	p=0,15; I ² =53%													
<p>Ryan 2016</p> <p><u>Źródła finansowania:</u> wewnętrzne: Brunel University London, UK, zewnętrzne: brak</p>																	
<p><u>Cel:</u> ocena wpływu interwencji wysiłkowych na osoby z porażeniem mózgowym.</p> <p><u>Synteza wyników:</u> ilościowa i jakościowa</p>	<p><u>Populacja:</u> dzieci, młodzież i dorośli w każdym wieku ze diagnozowanym porażeniem mózgowym, niezależnie od poziomu zdolności funkcjonalnej (tj. poziom I–V w systemie klasyfikacji dużej motoryki (ang. Gross Motor Function Classification System) i poziom I–IV systemu klasyfikacji umiejętności manualnych (ang. Manual Ability Classification System)).</p> <p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • badania RCT, 	<p><u>Włączone badania:</u> RCT, n=29 (lata: 1985–2016), w tym n=27 obejmowało dzieci i młodzież w wieku do 19 lat, n=3 obejmowało nastolatków i młodych dorosłych (od 10 do 22 lat), a n=1 obejmowało dorosłych w wieku powyżej 20 lat</p> <p><u>Populacja:</u> 926 pacjentów (interwencja: b.d., komparator: b.d.),</p> <ul style="list-style-type: none"> • wiek: średni wiek pacjentów zawierał się w przedziale 1,77–45 lat (z wyłączeniem badania populacji dorosłych: 1,77–18 lat), • płeć: 53% pacjentów stanowili mężczyźni. <p><u>Interwencja vs. komparator:</u> ćwiczenia aerobowe vs. zwykła opieka (8 badań), trening oporowy vs. zwykła opieka lub bez leczenia (15 badań), trening mieszany vs. zwykła opieka lub bez leczenia (4 badań), ćwiczenia aerobowe vs. trening oporowy (2 badania).</p>															

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia <i>a priori</i>)	Raportowane wyniki																																																																											
<p><u>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</u> do czerwca 2016 r.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • badania quasi-RCT, • badania w zakresie treningu aerobowego i wytrzymałościowego oraz badania, w których zastosowano kombinację ćwiczeń, w których co najmniej jedno ćwiczenie zostało sklasyfikowane jako trening oporowy, trening aerobowy lub trening beztlenowy, • badania, w których interwencje były ukierunkowane • zarówno na kończynę górną, jak i dolną. <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • badania, w których badano interwencje rozciągające, • badania, w których interwencją była metoda ograniczania i wymuszania ruchu (ang. constraint-induced movement therapy) lub terapia dwumianowa (ang. bimanual therapy), w której interwencja nie była konkretnie ukierunkowana na jeden lub więcej składników sprawności fizycznej (tj. siłę mięśni, wytrzymałość mięśniowa, wydolność sercowo-oddechowa). <p><u>Interwencja:</u> aktywność fizyczna, która jest zaplanowana, zorganizowana, powtarzalna i celowa</p> <p><u>Komparator:</u> brak leczenia, standardowa opieka, alternatywny rodzaj ćwiczeń fizycznych (na przykład porównanie treningu oporowego i ćwiczeń aerobowych)</p> <p><u>Punkty końcowe:</u> Pierwszorzędowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aktywność – zdefiniowana jako zdolność osoby do wykonania zadania. Przykłady miar wyników dla aktywności obejmują: miarę motoryki dużej z 88 lub 66 pozycjami (GMFM-66 lub GMFM-88), miara Assisted Hand Assessment (AHA), czasowe testy chodu (ang. timed walking tests), skala Me bourne Assessment of Unilateral 	<p>I. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych – na korzyść interwencji</p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w analizowanych punktach końcowych.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="925 368 1344 424">Punkt końcowy</th> <th data-bbox="1344 368 1559 424">liczba badań (liczebność I; K)</th> <th data-bbox="1559 368 1688 424">Wynik</th> <th data-bbox="1688 368 1839 424">95%CI</th> <th data-bbox="1839 368 2040 424">p; I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5" data-bbox="925 424 2040 469" style="text-align: center;">Trening areobowy vs. Standardowy model opieki</td> </tr> <tr> <td data-bbox="925 469 1344 547">Duża motoryka (ang. gross motor function), wyniki krótkoterminowe; pomiar: Gross Motor Function Measure</td> <td data-bbox="1344 469 1559 547">3 (I=37; K=28)</td> <td data-bbox="1559 469 1688 547">SMD= 0,53</td> <td data-bbox="1688 469 1839 547">0,02; 1,04</td> <td data-bbox="1839 469 2040 547">p=0,041; I²=0,0%</td> </tr> <tr> <td colspan="5" data-bbox="925 547 2040 592" style="text-align: center;">Trening oporowy vs. Standardowy model opieki</td> </tr> <tr> <td data-bbox="925 592 1344 670">Siła mięśniowa, wyniki krótkoterminowe. Subpopulacja dzieci i młodzież; (dynamometr)</td> <td data-bbox="1344 592 1559 670">8 (I=127; K=120)</td> <td data-bbox="1559 592 1688 670">SMD= 0,53</td> <td data-bbox="1688 592 1839 670">0,00; 1,06</td> <td data-bbox="1839 592 2040 670">p=0,049; I²=70%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="925 670 1344 748">Siła mięśniowa, wyniki średnioterminowe. Subpopulacja dzieci i młodzież; (dynamometr)</td> <td data-bbox="1344 670 1559 748">3 (I=43; K=41)</td> <td data-bbox="1559 670 1688 748">SMD= 0,50</td> <td data-bbox="1688 670 1839 748">0,06; 0,94</td> <td data-bbox="1839 670 2040 748">p=0,027; I²=1%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="925 748 1344 842">Motoryka duża (ang. gross motor function), wyniki krótkoterminowe. Subpopulacja dzieci i młodzież; pomiar: Gross Motor Function Measure</td> <td data-bbox="1344 748 1559 842">7 (I=87; K=77)</td> <td data-bbox="1559 748 1688 842">SMD= 0,12</td> <td data-bbox="1688 748 1839 842">-0,19; 0,43</td> <td data-bbox="1839 748 2040 842">p=0,45; I²=0,0%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="925 842 1344 936">Motoryka duża (ang. gross motor function), wyniki średnioterminowe. Subpopulacja dzieci i młodzież; pomiar: Gross Motor Function Measure</td> <td data-bbox="1344 842 1559 936">3 (I=44; K=44)</td> <td data-bbox="1559 842 1688 936">SMD= 0,13</td> <td data-bbox="1688 842 1839 936">-0,30; 0,55</td> <td data-bbox="1839 842 2040 936">p=0,57; I²=0,0%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="925 936 1344 1015">Szybkość chodu, wyniki krótkoterminowe [m/s]. Subpopulacja dzieci i młodzież; (10 metrowy test marszowy)</td> <td data-bbox="1344 936 1559 1015">8 (I=103; K=82)</td> <td data-bbox="1559 936 1688 1015">MD= 0,03</td> <td data-bbox="1688 936 1839 1015">-0,02; 0,07</td> <td data-bbox="1839 936 2040 1015">p=0,20; I²=0,0%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="925 1015 1344 1093">Zaangażowanie w sytuacje życiowe. Subpopulacja dzieci i młodzież (ocena różnymi kwestionariuszami)</td> <td data-bbox="1344 1015 1559 1093">2 (I=68; K=59)</td> <td data-bbox="1559 1015 1688 1093">SMD= 0,34</td> <td data-bbox="1688 1015 1839 1093">-0,01; 0,70</td> <td data-bbox="1839 1015 2040 1093">p=0,055; I²=0,0%</td> </tr> <tr> <td colspan="5" data-bbox="925 1093 2040 1137" style="text-align: center;">Trening mieszany vs. Standardowy model opieki</td> </tr> <tr> <td data-bbox="925 1137 1344 1216">Motoryka duża (ang. gross motor function), wyniki krótkoterminowe; pomiar: Gross Motor Function Measure</td> <td data-bbox="1344 1137 1559 1216">4 (I=81; K=82)</td> <td data-bbox="1559 1137 1688 1216">SMD= 0,02</td> <td data-bbox="1688 1137 1839 1216">-0,29; 0,33</td> <td data-bbox="1839 1137 2040 1216">p=0,90; I²=0,0%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="925 1216 1344 1294">Sprawność ćwiczeniowa (aerobic fitness), wyniki krótkoterminowe (nieokreślona metoda pomiaru)</td> <td data-bbox="1344 1216 1559 1294">2 (I=39; K=39)</td> <td data-bbox="1559 1216 1688 1294">SMD= 0,05</td> <td data-bbox="1688 1216 1839 1294">-0,39; 0,50</td> <td data-bbox="1839 1216 2040 1294">p=0,81; I²=0,0%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="925 1294 1344 1356">Siła mięśniowa, wyniki krótkoterminowe; (dynamometr)</td> <td data-bbox="1344 1294 1559 1356">3 (I=73; K=77)</td> <td data-bbox="1559 1294 1688 1356">SMD= 0,08</td> <td data-bbox="1688 1294 1839 1356">-0,24; 0,40</td> <td data-bbox="1839 1294 2040 1356">p=0,63; I²=0,0%</td> </tr> <tr> <td colspan="5" data-bbox="925 1356 2040 1399" style="text-align: center;">Trening aerobowy i mieszany vs. Standardowy model opieki</td> </tr> </tbody> </table>	Punkt końcowy	liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²	Trening areobowy vs. Standardowy model opieki					Duża motoryka (ang. gross motor function), wyniki krótkoterminowe; pomiar: Gross Motor Function Measure	3 (I=37; K=28)	SMD= 0,53	0,02; 1,04	p=0,041; I ² =0,0%	Trening oporowy vs. Standardowy model opieki					Siła mięśniowa, wyniki krótkoterminowe. Subpopulacja dzieci i młodzież; (dynamometr)	8 (I=127; K=120)	SMD= 0,53	0,00; 1,06	p=0,049; I ² =70%	Siła mięśniowa, wyniki średnioterminowe. Subpopulacja dzieci i młodzież; (dynamometr)	3 (I=43; K=41)	SMD= 0,50	0,06; 0,94	p=0,027; I ² =1%	Motoryka duża (ang. gross motor function), wyniki krótkoterminowe. Subpopulacja dzieci i młodzież; pomiar: Gross Motor Function Measure	7 (I=87; K=77)	SMD= 0,12	-0,19; 0,43	p=0,45; I ² =0,0%	Motoryka duża (ang. gross motor function), wyniki średnioterminowe. Subpopulacja dzieci i młodzież; pomiar: Gross Motor Function Measure	3 (I=44; K=44)	SMD= 0,13	-0,30; 0,55	p=0,57; I ² =0,0%	Szybkość chodu, wyniki krótkoterminowe [m/s]. Subpopulacja dzieci i młodzież; (10 metrowy test marszowy)	8 (I=103; K=82)	MD= 0,03	-0,02; 0,07	p=0,20; I ² =0,0%	Zaangażowanie w sytuacje życiowe. Subpopulacja dzieci i młodzież (ocena różnymi kwestionariuszami)	2 (I=68; K=59)	SMD= 0,34	-0,01; 0,70	p=0,055; I ² =0,0%	Trening mieszany vs. Standardowy model opieki					Motoryka duża (ang. gross motor function), wyniki krótkoterminowe; pomiar: Gross Motor Function Measure	4 (I=81; K=82)	SMD= 0,02	-0,29; 0,33	p=0,90; I ² =0,0%	Sprawność ćwiczeniowa (aerobic fitness), wyniki krótkoterminowe (nieokreślona metoda pomiaru)	2 (I=39; K=39)	SMD= 0,05	-0,39; 0,50	p=0,81; I ² =0,0%	Siła mięśniowa, wyniki krótkoterminowe; (dynamometr)	3 (I=73; K=77)	SMD= 0,08	-0,24; 0,40	p=0,63; I ² =0,0%	Trening aerobowy i mieszany vs. Standardowy model opieki				
Punkt końcowy	liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²																																																																									
Trening areobowy vs. Standardowy model opieki																																																																													
Duża motoryka (ang. gross motor function), wyniki krótkoterminowe; pomiar: Gross Motor Function Measure	3 (I=37; K=28)	SMD= 0,53	0,02; 1,04	p=0,041; I ² =0,0%																																																																									
Trening oporowy vs. Standardowy model opieki																																																																													
Siła mięśniowa, wyniki krótkoterminowe. Subpopulacja dzieci i młodzież; (dynamometr)	8 (I=127; K=120)	SMD= 0,53	0,00; 1,06	p=0,049; I ² =70%																																																																									
Siła mięśniowa, wyniki średnioterminowe. Subpopulacja dzieci i młodzież; (dynamometr)	3 (I=43; K=41)	SMD= 0,50	0,06; 0,94	p=0,027; I ² =1%																																																																									
Motoryka duża (ang. gross motor function), wyniki krótkoterminowe. Subpopulacja dzieci i młodzież; pomiar: Gross Motor Function Measure	7 (I=87; K=77)	SMD= 0,12	-0,19; 0,43	p=0,45; I ² =0,0%																																																																									
Motoryka duża (ang. gross motor function), wyniki średnioterminowe. Subpopulacja dzieci i młodzież; pomiar: Gross Motor Function Measure	3 (I=44; K=44)	SMD= 0,13	-0,30; 0,55	p=0,57; I ² =0,0%																																																																									
Szybkość chodu, wyniki krótkoterminowe [m/s]. Subpopulacja dzieci i młodzież; (10 metrowy test marszowy)	8 (I=103; K=82)	MD= 0,03	-0,02; 0,07	p=0,20; I ² =0,0%																																																																									
Zaangażowanie w sytuacje życiowe. Subpopulacja dzieci i młodzież (ocena różnymi kwestionariuszami)	2 (I=68; K=59)	SMD= 0,34	-0,01; 0,70	p=0,055; I ² =0,0%																																																																									
Trening mieszany vs. Standardowy model opieki																																																																													
Motoryka duża (ang. gross motor function), wyniki krótkoterminowe; pomiar: Gross Motor Function Measure	4 (I=81; K=82)	SMD= 0,02	-0,29; 0,33	p=0,90; I ² =0,0%																																																																									
Sprawność ćwiczeniowa (aerobic fitness), wyniki krótkoterminowe (nieokreślona metoda pomiaru)	2 (I=39; K=39)	SMD= 0,05	-0,39; 0,50	p=0,81; I ² =0,0%																																																																									
Siła mięśniowa, wyniki krótkoterminowe; (dynamometr)	3 (I=73; K=77)	SMD= 0,08	-0,24; 0,40	p=0,63; I ² =0,0%																																																																									
Trening aerobowy i mieszany vs. Standardowy model opieki																																																																													

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia <i>a priori</i>)	Raportowane wyniki				
<p>Upper Limb Function, kwestionariusz ABILHAND-Kids, skala czynności dla dzieci (ang. Activities Scale for Kids), międzynarodowy kwestionariusz aktywności fizycznej (IPAQ), pomiary przyspieszeniometerem i krokometerem. Poddomeny aktywności są następujące:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zdolność ćwiczeniowa (ang. activity capacity) (tj. zdolność osoby do wykonania zadania w znormalizowanym środowisku), - wydolność ćwiczeniowa (ang. activity capability) (tj. zdolność osoby do wykonania zadania w jego codziennym środowisku), - wydajność działania (ang. activity performance) (tj. co faktycznie robi osoba w swoim środowisku), <ul style="list-style-type: none"> • uczestnictwo, zdefiniowane jako zaangażowanie osoby w sytuacje życiowe. Może to obejmować udział w życiu domowym (np. pozyskiwanie miejsca do zamieszkania lub zarządzanie gospodarstwem domowym); zatrudnienie lub edukacja; oraz życie społeczne, społeczne i obywatelskie. Przykłady miar wyników dla uczestnictwa obejmują Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI), skalę czynności życia codziennego Waismana (ang. Activities of Daily Living Scale, W-ADL), oraz kwestionariusz oceny nawyków życiowych (LIFE-H), • jakość życia, definiowana jako wpływ choroby i leczenia na funkcjonowanie fizyczne, psychiczne i społeczne mierzone na przykład za pomocą Short-form 36 (SF-36) i kwestionariusza zdrowia dziecka (CHQ), • występowanie i charakter zdarzeń niepożądanych, takich jak uraz, epizody sercowe, sztywność i opóźniona bolesność mięśni, jeśli raportowano. <p>Drugorzędowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • funkcjonowanie ciała zdefiniowane jako zmiany w fizjologii lub w strukturach anatomicznych. Obejmują one: 	<p>Motoryka duża (ang. gross motor function), wyniki krótkoterminowe; pomiar: Gross Motor Function Measure</p> <p>7 (I=118; K=110) SMD= 0,36 0,09; 0,62 p=0,0084; I²=0,0%</p> <p>Motoryka duża (ang. gross motor function), wyniki średnioterminowe; pomiar: Gross Motor Function Measure</p> <p>2 (I=38; K=39) SMD= 0,25 -1,15; 1,64 p=0,73; I²=77%</p> <p>Szybkość chodu, wyniki krótkoterminowe [m/s]; (10 metrowy test marszowy)</p> <p>5 (I=70; K=70) MD= 0,10 -0,05; 0,24 p=0,18; I²=70%</p> <p>Wytrzymałość ćwiczeniowa (6 minutowy test marszowy, m)</p> <p>2 (I=36; K=37) MD= 8,43 -12,38; 29,23 p=0,43; I²=0,0%</p> <p>Sprawność ćwiczeniowa (aerobic fitness), wyniki krótkoterminowe (nieokreślona metoda pomiaru)</p> <p>4 (I=49; K=49) SMD= 0,06 -0,34; 0,45 p=0,78; I²=0,0%</p> <p style="text-align: center;">Trening oporowy i mieszany vs. Standardowy model opieki</p> <p>Zaangażowanie w sytuacje życiowe, wyniki krótkoterminowe (ocena różnymi kwestionariuszami)</p> <p>3 (I=100; K=92) SMD= 0,35 0,07; 0,64 p=0,016; I²=0,0%</p> <p>Siła mięśniowa, wyniki krótkoterminowe; (dynamometr)</p> <p>11 (I=200; K=197) SMD= 0,38 0,01; 0,76 p=0,045; I²=66%</p> <p>Siła mięśniowa, wyniki średnioterminowe; (dynamometr)</p> <p>4 (I=75; K=74) SMD= 0,28 -0,16; 0,71 p=0,21; I²=37%</p> <p>Zaangażowanie w sytuacje życiowe, wyniki średnioterminowe (ocena różnymi kwestionariuszami)</p> <p>2 (I=51; K=50) SMD= 0,15 -0,24; 0,54 p=0,46; I²=0,0%</p> <p>Motoryka duża (ang. gross motor function), wyniki krótkoterminowe; pomiar: Gross Motor Function Measure</p> <p>11 (I=168; K=159) SMD= 0,21 -0,01; 0,43 p=0,062; I²=0,0%</p> <p>Motoryka duża (ang. gross motor function), wyniki średnioterminowe; pomiar: Gross Motor Function Measure</p> <p>4 (I=76; K=74) SMD= -0,08 -0,41; 0,24 p=0,62; I²=1%</p> <p>Szybkość chodu, wyniki krótkoterminowe [m/s]; (10 metrowy test marszowy)</p> <p>9 (I=132; K=111) MD= 0,03 -0,01; 0,08 p=0,13; I²=0,0%</p>					
			Trening oporowy i mieszany vs. Standardowy model opieki			
			<p>I – interwencja; K – komparator</p>			

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia <i>a priori</i>)	Raportowane wyniki																									
	<ul style="list-style-type: none"> - siłę i wytrzymałość mięśni mierzoną na przykład za pomocą dynamometrii - sprawność krążeniowo-oddechowa mierzona na przykład za pomocą testu wahadłowego (ang. Shuttle Run Test), - ból mierzony na przykład Wizualną Skalą Analogową (VAS), - zmęczenie, mierzone na przykład za pomocą skali Fatigue Severity Scale, - depresję mierzoną na przykład za pomocą Center for Epidemiological Studies – Depression Scale (CES-D). 	<p>II. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych – na korzyść kontroli (standardowa opieka).</p> <p>Tabela 2. Wyniki przemawiające na korzyść kontroli w analizowanych punktach końcowych.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punkt końcowy</th> <th>Liczba badań (liczebność I; K)</th> <th>Wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p; I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Ćwiczenia areobowe vs. Standardowy model opieki</td> </tr> <tr> <td>Szybkość chodu, wyniki krótkoterminowe (10 metrowy test marszowy, m/s)</td> <td>4 (I=41; K=41)</td> <td>MD= 0,09</td> <td>-0,11; 0,28</td> <td>p=0,38; I²=78%</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Trening oporowy vs. Standardowy model opieki</td> </tr> <tr> <td>Szybkość chodu, wyniki średnioterminowe [m/s]. Subpopulacja dzieci i młodzież; (10 metrowy test marszowy, m/s)</td> <td>3 (I=44; K=40)</td> <td>MD= -0,03</td> <td>-0,17; 0,11</td> <td>p=0,65; I²=0,0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>I – interwencja; K – komparator</p> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • opieka środowiskowa – b.d. o liczbie badań, • opieka ambulatoryjna – b.d. o liczbie badań, • opieka domowa – b.d. o liczbie badań. <p><u>Okres follow-up:</u> b.d.</p>	Punkt końcowy	Liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²	Ćwiczenia areobowe vs. Standardowy model opieki					Szybkość chodu, wyniki krótkoterminowe (10 metrowy test marszowy, m/s)	4 (I=41; K=41)	MD= 0,09	-0,11; 0,28	p=0,38; I ² =78%	Trening oporowy vs. Standardowy model opieki					Szybkość chodu, wyniki średnioterminowe [m/s]. Subpopulacja dzieci i młodzież; (10 metrowy test marszowy, m/s)	3 (I=44; K=40)	MD= -0,03	-0,17; 0,11	p=0,65; I ² =0,0%
Punkt końcowy	Liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²																							
Ćwiczenia areobowe vs. Standardowy model opieki																											
Szybkość chodu, wyniki krótkoterminowe (10 metrowy test marszowy, m/s)	4 (I=41; K=41)	MD= 0,09	-0,11; 0,28	p=0,38; I ² =78%																							
Trening oporowy vs. Standardowy model opieki																											
Szybkość chodu, wyniki średnioterminowe [m/s]. Subpopulacja dzieci i młodzież; (10 metrowy test marszowy, m/s)	3 (I=44; K=40)	MD= -0,03	-0,17; 0,11	p=0,65; I ² =0,0%																							

4.2.2 Subpopulacja ortopedyczna

W subpopulacji pacjentów ortopedycznych zidentyfikowano i włączono do opisu łącznie 2 przeglądy systematyczne w populacji pacjentów z idiopatyczną skoliozą młodzieńczą:

- Park 2018 przegląd systematyczny z metaanalizą oparty na 15 badaniach pierwotnych,
- Romano 2018 przegląd systematyczny bez metaanalizy zawierający 1 badanie RCT i 1 badanie prospektywne kohortowe.

W tabeli poniżej zawarto charakterystykę i zestawienie wyników zawartych w odnalezionych i włączonych przeglądach.

Tabela 40. Wyniki dotyczące skuteczności interwencji rehabilitacji pediatrycznej u pacjentów z wadami postawy w ocenianych punktach końcowych.

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori)	Raportowane wyniki
<p>Park 2018</p>		
<p>Źródła finansowania: National Research Foundation of Korea Grant, with funding by the Korean Government (NRF-2013S1A-5B8A01055336).</p>		
<p><u>Cel:</u> Badanie wpływu ćwiczeń Schrotha na skoliozę idiopatyczną.</p> <p><u>Synteza wyników:</u> Jakościowa i ilościowa</p> <p><u>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</u> b.d.</p>	<p><u>Populacja:</u> Pacjenci z idiopatyczną skoliozą młodzieńczą w wieku 10–19 lat oraz 20 i więcej.</p> <p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • badania eksperymentalne z wykorzystaniem ćwiczeń Schrotha, • idiopatyczna skolioza młodzieńcza o minimalnym kącie wg Cobba większym niż 10 stopni, • badania, które dostarczyły wystarczających informacji do obliczenia wielkości efektów, • badania w języku angielskim lub koreańskim, • badanie pre-post, • obejmujące jedynie niechirurgiczne leczenie idiopatycznej skoliozy. <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • inna interwencja, • zbyt mała ilość danych. <p><u>Interwencja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ćwiczenia Schrotha, • ćwiczenia Schrotha 3D (w tym ćwiczenia oddychania, podwieszanie, mobilizacja, kształtowanie, rozciąganie i wzmacnianie), • Najlepsza praktyka Schrotha – Schroth best practice (program fizjologiczny, korekty ADL (Activities of Daily Living), 3D ułatwione ćwiczenia i nowe ćwiczenia Schroth power). <p><u>Komparator:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • badania bez grupy kontrolnej, • ćwiczenia na piłce lub w podwieszeniu, • brak ćwiczeń, • konwencjonalne ćwiczenia na skoliozę, 	<p><u>Włączone badania:</u> 15 badań pierwotnych (nie określono rodzaju badań) (lata 2005–2016).</p> <p><u>Populacja:</u> 598 pacjentów łącznie we wszystkich badaniach. W badaniach z grupą kontrolną było 192 pacjentów (interwencja: 96. komparator: 96)</p> <ul style="list-style-type: none"> • wiek: 10-19 lat; ≥20, (brak informacji o udziale pacjentów pediatrycznych) • płeć: brak danych odnośnie liczby pacjentów w podziale na płeć <p><u>Interwencja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ćwiczenia Schrotha (metoda ta koncentruje się przede wszystkim na trójwymiarowej krzywej skoliozy, czyli kombinacji odchyień bocznych, przednich i obrotowych. indywidualny program leczenia ma na celu zmniejszenie nienaturalnej krzywizny kręgosłupa pacjenta. Korektę krzywej uzyskuje się poprzez połączenie rozciągania, wzmacniania i oddychania w odwrotnych kierunkach wszystkich istniejących nieprawidłowych krzywizn, w oparciu o unikalną deformację kręgosłupa pacjenta. Ponadto metoda Schrotha zachęca pacjentów do świadomego utrzymywania prawidłowej postawy wyuczonej podczas ćwiczeń terapeutycznych w rutynowym życiu codziennym.) • ćwiczenia Schrotha 3D (w tym ćwiczenia oddychania, podwieszanie, mobilizacja, kształtowanie, rozciąganie i wzmacnianie), • Najlepsza praktyka Schrotha – Schroth best practice (program fizjologiczny, korekty ADL (Activities of Daily Living), 3D ułatwione ćwiczenia i nowe ćwiczenia Schroth power). <p><u>Komparator:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • badania bez grupy kontrolnej (8 badań), • ćwiczenia na piłce lub w podwieszeniu (2 badania), • brak ćwiczeń (1 badanie), • konwencjonalne ćwiczenia na skoliozę (1 badanie) • skorygowany program ćwiczeń (1 badanie), • pilates (1 badanie), • ćwiczenia skoliozy asymetrycznej – asymmetric scoliosis exercise group (1 badanie)

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori)	Raportowane wyniki																																																												
	<ul style="list-style-type: none"> • skorygowany program ćwiczeń, • pilates, • ćwiczenia skoliozy asymetrycznej – asymmetric scoliosis exercise group. <p><u>Punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • kąt Cobba, • asymetria ciała, • kąt obrotu tułowia (ATR), • wytrzymałość napinacza pleców, • wytrzymałość zginacza tułowia, • jakość życia, • balans ciała, • rozszerzenie klatki piersiowej, • zdolność produkcyjna, • funkcje oddechowe, • nacisk na stopy. 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>I. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych – na korzyść interwencji</u> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w analizowanych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="929 347 2038 1013"> <thead> <tr> <th>Punkt końcowy</th> <th>liczba badań (liczebność I; K)</th> <th>Wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p; I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kąt Cobba (jednostka pomiaru:°)</td> <td>11 (I; K b.d.)</td> <td>SMD=0,65</td> <td>0,32; 0,99</td> <td>b.d.</td> </tr> <tr> <td>Asymetria (jednos ki pomiaru °, cm, %)</td> <td>4 (I; K b.d.)</td> <td>SMD=0,70</td> <td>0,38; 1,37</td> <td>b.d.</td> </tr> <tr> <td>Kąt obrotu tułowia (ATR) (jednostka pomiaru: °)</td> <td>7 (I; K b.d.)</td> <td>SMD=0,53</td> <td>0,26; 0,80</td> <td>b.d.</td> </tr> <tr> <td>Wytrzymałość napinacza pleców (jednostka pomiaru: %MVC-maksymalny mimowolny skurcz)</td> <td>4 (I; K b.d.)</td> <td>SMD=1,17</td> <td>0,19; 2,15</td> <td>b.d.</td> </tr> <tr> <td>Wytrzymałość zginacza tułowia (jednostka pomiaru: %MVC-maksymalny mimowolny skurcz)</td> <td>2 (I; K b.d.)</td> <td>SMD=1,69</td> <td>-0,21; 3,60</td> <td>b.d.</td> </tr> <tr> <td>Jakość życia (brak informacji o sposobie pomiaru)</td> <td>3 (I; K b.d.)</td> <td>SMD=0,76</td> <td>0,39; 1,14</td> <td>b.d.</td> </tr> <tr> <td>Balans ciała (jednostka pomiaru: sekundy)</td> <td>3 (I; K b.d.)</td> <td>SMD=0,63</td> <td>0,16; 1,09</td> <td>b.d.</td> </tr> <tr> <td>Rozszerzenie klatki piersiowej (jednostka pomiaru: cm)</td> <td>4 (I; K b.d.)</td> <td>SMD=0,84</td> <td>0,42; 1,25</td> <td>b.d.</td> </tr> <tr> <td>Pojemność życiowa płuc (jednostka pomiaru: L)</td> <td>3 (I; K b.d.)</td> <td>SMD=0,62</td> <td>0,19; 1,04</td> <td>b.d.</td> </tr> <tr> <td>Funkcje oddechowe (jednostka pomiaru: L)</td> <td>3 (I; K b.d.)</td> <td>SMD=0,13</td> <td>-0,31; 0,53</td> <td>b.d.</td> </tr> <tr> <td>Nacisk na stopy (jednostka pomiaru: %)</td> <td>3 (I; K b.d.)</td> <td>SMD=0,65</td> <td>0,06; 1,24</td> <td>b.d.</td> </tr> </tbody> </table> <p>OGRA NICZENIE: Autorzy podali wyniki bez wyraźnego podziału na podgrupy pacjentów (pacjenci pediatryczni i pacjenci dorośli) I – interwencja; K – komparator</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>II. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych – na korzyść komparatora</u> <p>Nie odnotowano wyników analizowanych punktów końcowych na korzyść grupy kontrolnej.</p> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u> b.d.</p> <p><u>Follow-up:</u> b.d.</p>	Punkt końcowy	liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²	Kąt Cobba (jednostka pomiaru:°)	11 (I; K b.d.)	SMD=0,65	0,32; 0,99	b.d.	Asymetria (jednos ki pomiaru °, cm, %)	4 (I; K b.d.)	SMD=0,70	0,38; 1,37	b.d.	Kąt obrotu tułowia (ATR) (jednostka pomiaru: °)	7 (I; K b.d.)	SMD=0,53	0,26; 0,80	b.d.	Wytrzymałość napinacza pleców (jednostka pomiaru: %MVC-maksymalny mimowolny skurcz)	4 (I; K b.d.)	SMD=1,17	0,19; 2,15	b.d.	Wytrzymałość zginacza tułowia (jednostka pomiaru: %MVC-maksymalny mimowolny skurcz)	2 (I; K b.d.)	SMD=1,69	-0,21; 3,60	b.d.	Jakość życia (brak informacji o sposobie pomiaru)	3 (I; K b.d.)	SMD=0,76	0,39; 1,14	b.d.	Balans ciała (jednostka pomiaru: sekundy)	3 (I; K b.d.)	SMD=0,63	0,16; 1,09	b.d.	Rozszerzenie klatki piersiowej (jednostka pomiaru: cm)	4 (I; K b.d.)	SMD=0,84	0,42; 1,25	b.d.	Pojemność życiowa płuc (jednostka pomiaru: L)	3 (I; K b.d.)	SMD=0,62	0,19; 1,04	b.d.	Funkcje oddechowe (jednostka pomiaru: L)	3 (I; K b.d.)	SMD=0,13	-0,31; 0,53	b.d.	Nacisk na stopy (jednostka pomiaru: %)	3 (I; K b.d.)	SMD=0,65	0,06; 1,24	b.d.
Punkt końcowy	liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²																																																										
Kąt Cobba (jednostka pomiaru:°)	11 (I; K b.d.)	SMD=0,65	0,32; 0,99	b.d.																																																										
Asymetria (jednos ki pomiaru °, cm, %)	4 (I; K b.d.)	SMD=0,70	0,38; 1,37	b.d.																																																										
Kąt obrotu tułowia (ATR) (jednostka pomiaru: °)	7 (I; K b.d.)	SMD=0,53	0,26; 0,80	b.d.																																																										
Wytrzymałość napinacza pleców (jednostka pomiaru: %MVC-maksymalny mimowolny skurcz)	4 (I; K b.d.)	SMD=1,17	0,19; 2,15	b.d.																																																										
Wytrzymałość zginacza tułowia (jednostka pomiaru: %MVC-maksymalny mimowolny skurcz)	2 (I; K b.d.)	SMD=1,69	-0,21; 3,60	b.d.																																																										
Jakość życia (brak informacji o sposobie pomiaru)	3 (I; K b.d.)	SMD=0,76	0,39; 1,14	b.d.																																																										
Balans ciała (jednostka pomiaru: sekundy)	3 (I; K b.d.)	SMD=0,63	0,16; 1,09	b.d.																																																										
Rozszerzenie klatki piersiowej (jednostka pomiaru: cm)	4 (I; K b.d.)	SMD=0,84	0,42; 1,25	b.d.																																																										
Pojemność życiowa płuc (jednostka pomiaru: L)	3 (I; K b.d.)	SMD=0,62	0,19; 1,04	b.d.																																																										
Funkcje oddechowe (jednostka pomiaru: L)	3 (I; K b.d.)	SMD=0,13	-0,31; 0,53	b.d.																																																										
Nacisk na stopy (jednostka pomiaru: %)	3 (I; K b.d.)	SMD=0,65	0,06; 1,24	b.d.																																																										
Romano 2012																																																														

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori)	Raportowane wyniki																				
<u>Źródła finansowania:</u> brak informacji																						
<p><u>Cel:</u> zbadanie skuteczności stosowania ćwiczeń specyficznych dla skoliozy (SSE) w zmniejszeniu progresji skoliozy idiopatycznej młodzieńczej (AIS).</p> <p><u>Synteza wyników:</u> jakościowa</p> <p><u>Przedział czasu objęty</u> <u>wyszukiwaniem:</u> do marca 2011 r.</p>	<p><u>Populacja:</u> pacjenci z idiopatyczną skoliozą młodzieńczą (AIS) ze skrzywieniem o kącie co najmniej 10° według Cobba, w wieku od 10 lat do końca wzrostu kości (u nastoletnich dziewcząt jest to wiek w przybliżeniu między 15 a 17 r.ż., u nastoletnich chłopców między 16 a 19 r.ż.).</p> <p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • badania RCT, • badania quasi-RCTs (QRCTs), • badania prospektywne kohortowe, • pacjenci ze skrzywieniem co najmniej 10° według Cobba, <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • badania, w których pacjenci mieli jakiegokolwiek typ skoliozy wtórnej (wrodzona, neurologiczna, metaboliczna, pourazowa), • badania, w których stosowaną interwencją była aktywność fizyczna, aktywne zajęcia rekreacyjne i fizjoterapia ogólna. <p><u>Interwencja:</u> wszystkie rodzaje ćwiczeń specyficznych dla skolioz, które mają na celu zmniejszanie deformacji.</p> <p><u>Komparator:</u> brak leczenia, różne ćwiczenia specyficzne dla skolioz, zwykła fizjoterapia, inne zabiegi niechirurgiczne (usztywnienia, elektrostymulacja, terapia manualna), zwykła fizjoterapia.</p> <p><u>Pierwszorzędowe punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • progresja skoliozy mierzona przez: <ul style="list-style-type: none"> – stopień skrzywienia według Cobba (wartość bezwzględna), – kąt rotacji tułowia (ATR) w stopniach (wartość bezwzględna), 	<p><u>Włączone badania:</u> 1 RCT (Wan 2005), 1 badanie prospektywne kohortowe (Negrini 2008a).</p> <p><u>Populacja:</u> 154 pacjentów (interwencja: 75, komparator: 79)</p> <ul style="list-style-type: none"> • wiek: średni wiek: 12,4–15 ± 4 lata, • płeć: 95 dziewcząt, 59 chłopców. <p><u>Interwencja:</u> ćwiczenia połączone z innym rodzajem leczenia, specyficzne ćwiczenia dla skolioz w ramach programu ćwiczeń (ang. Scoliosis specific exercises (SSEs))*</p> <p>* Metoda SEAS koncentruje się na odzyskaniu kontroli posturalnej i poprawie stabilności kręgosłupa poprzez ćwiczenia z udziałem aktywnej 3D autokorekcji skoliozy postawy.</p> <p><u>Komparator:</u> brak leczenia, inne rodzaje specyficznych ćwiczeń dla skolioz (SSEs), fizjoterapia ogólna (ćwiczenia grupowe, 45–90 min., 2 lub 3 razy w tygodniu).</p> <p><u>I. Wyniki i.s. dla analizowanych punktów końcowych – na korzyść interwencji</u></p> <p>Poniżej przedstawiono wyniki punktów końcowych raportowane przez autorów przeglądów jako wyniki i.s. na korzyść interwencji (nie zawarto wartości p).</p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji (ćwiczenia połączone z innym rodzajem leczenia) w analizowanych punktach końcowych.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punkt końcowy</th> <th>liczba badań (liczebność I; K)</th> <th>Wynik</th> <th>95%CI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zmniejszenie skoliozy (krzywizna odcinka piersiowego kręgosłupa) określona za pomocą kąta Cobba (°) – obserwacja 6 mies.**</td> <td>1 (I=40; K=40)</td> <td>MD= 9</td> <td>5,47; 12,53</td> </tr> <tr> <td>Zmniejszenie skoliozy (krzywizna odcinka lędźwiowego kręgosłupa) określona za pomocą kąta Cobba (°) – obserwacja 6 mies.**</td> <td>1 (I=40; K=40)</td> <td>MD= 8</td> <td>5,08; 10,92</td> </tr> </tbody> </table> <p>** Metoda Cobba służy do obliczania stopnia skrzywienia kręgosłupa w skoliozach. Stopnie skolioz (wg Grucy): I stopień – do 30°, II stopień – od 30 do 60°, III stopień – od 60 do 90°. IV stopień – powyżej 90°. Kąt poniżej 10° nie uprawnia do rozpoznania skoliozy, ale nakazuje kontrolować dziecko jeden raz w roku (niekiedy zleca się również ćwiczenia korekcyjne); dzieci ze skoliozą poniżej 20° podlegają kontroli RTG co 6 do 12 miesięcy, w zależności od dojrzałości.</p> <p><u>II. Wyniki n.s. dla analizowanych punktów końcowych – wyniki neutralne</u></p> <p>Poniżej przedstawiono wyniki punktów końcowych określone przez autorów przeglądu jako n.s. bez określenia przewagi grupy interwencyjnej lub kontrolnej.</p> <p>Tabela 2. Wyniki n.s. w analizowanych punktach końcowych.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punkt końcowy</th> <th>Liczba badań (liczebność I; K)</th> <th>Wynik</th> <th>95%CI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zalecone usztywnienie (liczba zaleceń)</td> <td>1 (I=35; K=39)</td> <td>RR= 0,24</td> <td>0,06; 1,04</td> </tr> </tbody> </table>	Punkt końcowy	liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	Zmniejszenie skoliozy (krzywizna odcinka piersiowego kręgosłupa) określona za pomocą kąta Cobba (°) – obserwacja 6 mies.**	1 (I=40; K=40)	MD= 9	5,47; 12,53	Zmniejszenie skoliozy (krzywizna odcinka lędźwiowego kręgosłupa) określona za pomocą kąta Cobba (°) – obserwacja 6 mies.**	1 (I=40; K=40)	MD= 8	5,08; 10,92	Punkt końcowy	Liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	Zalecone usztywnienie (liczba zaleceń)	1 (I=35; K=39)	RR= 0,24	0,06; 1,04
Punkt końcowy	liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI																			
Zmniejszenie skoliozy (krzywizna odcinka piersiowego kręgosłupa) określona za pomocą kąta Cobba (°) – obserwacja 6 mies.**	1 (I=40; K=40)	MD= 9	5,47; 12,53																			
Zmniejszenie skoliozy (krzywizna odcinka lędźwiowego kręgosłupa) określona za pomocą kąta Cobba (°) – obserwacja 6 mies.**	1 (I=40; K=40)	MD= 8	5,08; 10,92																			
Punkt końcowy	Liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI																			
Zalecone usztywnienie (liczba zaleceń)	1 (I=35; K=39)	RR= 0,24	0,06; 1,04																			

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori)	Raportowane wyniki			
	<ul style="list-style-type: none"> - liczba pacjentów, u których progresja jest większa niż 5° według Cobba, - liczba pacjentów, którzy mieli zalecone usztywnienie lub leczenie. • problemy kosmetyczne mierzone za pomocą: <ul style="list-style-type: none"> - obiektywnych pomiarów powierzchni za pomocą skoliometru Bunnella, - pomiary topograficzne, np. metoda ISIS (ang. Integrated Shape Investigation System), ilościowe i metryczne, - jakość życia mierzona za pomocą kwestionariuszy SRS-22, SF-36, BSSQ, BrQ. • ból pleców, mierzony przez: <ul style="list-style-type: none"> - wizualną skalę analogową (VAS) lub inne certyfikowane narzędzia pomiarowe, - zażywanie leków (dawkowanie leków). • wyniki psychologiczne, mierzone za pomocą kwestionariuszy SRS-22, SF-36, BrQ. <p><u>Drugorzędowe punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • działania niepożądane. <p><u>Komentarz autorów przeglądu:</u> Wszystkie punkty końcowe (pierwotne i wtórne) były mierzone w bardzo krótkim czasie (każdy wynik przed końcem wzrostu kości), krótkim (wyniki na koniec wzrostu kości) i długim okresie (wyniki w okresie dorosłym).</p>	Zalecone usztywnienie (analiza intention-to-treat)	1 (I=35; K=39)	RR= 0,37	0,13; 1,05
		Stopień skrzywienia wg Cobba (°): poprawa pogorszenie stabilność	1 (I=35; K=39)	RR= 2,23 RR= 0,89 RR= 0,85	0,73; 6,76 0,26; 3,06 0,64; 1,15
		Kąt rotacji tułowia (ATR, °): poprawa pogorszenie stabilność	1 (I=35; K=39)	RR= 3,34 RR= 0,56 RR= 1,11	0,36; 30,68 0,21; 1,47 0,85; 1,47
<p><u>III. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych dotyczące populacji pediatrycznej – na korzyść komparatora</u> Nie odnotowano wyników analizowanych punktów końcowych na korzyść grupy kontrolnej.</p> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u> W badaniu Wan 2005 wskazano miejsce wykonywania ćwiczeń, którym było Cetrum ISICO i następnie kontynuacja w domu lub na siłowni, zaś w badaniu Negrini 2008a warunki nie zostały określone.</p> <p><u>Okres follow-up:</u> Progresja skoliozy mierzona liczbą pacjentów z zaleconym usztywnieniem przez okres 1 roku.</p>					

4.2.3 Subpopulacja kardiologiczna

W subpopulacji pacjentów kardiologicznych zidentyfikowano i włączono do opisu 1 przegląd systematyczny bez metaanalizy – Tikkanen 2012 zawierający badania RCT oraz opis serii przypadków. W tabeli poniżej zawarto charakterystykę i zestawienie wyników zawartych w odnalezionym i włączonym przeglądzie.

Tabela 41. Wyniki dotyczące skuteczności interwencji rehabilitacji pediatrycznej u pacjentów kardiologicznych w ocenianych punktach końcowych.

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori)	Raportowane wyniki			
Tikkanen 2012					
<u>Źródła finansowania:</u> grant Research Fellowship Grant Fundacio'n Alfonso Martin Escudero (Dr Ana Ubeda)					

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia <i>a priori</i>)	Raportowane wyniki																																																				
<p><u>Cel:</u> ocena aktualnych dowodów dotyczących zastosowania, skuteczności, korzyści i ryzyka rehabilitacji kardiologicznej u dzieci z wrodzonymi wadami serca oraz identyfikacja elementów udanego programu.</p> <p><u>Synteza wyników:</u> jakościowa</p> <p><u>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</u> od stycznia 1981 r. do listopada 2010 r.</p>	<p><u>Populacja:</u> dzieci do 18 r.ż. z wrodzonymi wadami serca.</p> <p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • badania, które zawierały ustrukturyzowany program rehabilitacji kardiologicznej z elementem treningu wysiłkowego, u pacjentów kardiologicznych w wieku do 18 lat lub publikacje, w których dokonano przeglądu tego rodzaju badań, • pełne artykuły opublikowane od stycznia 1981 r. do listopada 2010 r. <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • badania w językach innych niż angielski, hiszpański, francuski lub włoski, • badania z elementem rehabilitacyjnym, ale bez elementu treningu fizycznym. <p><u>Interwencja:</u> ustrukturyzowany program rehabilitacji kardiologicznej z elementem treningu wysiłkowego.</p> <p><u>Komparator:</u> nie określono.</p> <p><u>Punkty końcowe:</u> nie określono.</p>	<p><u>Włączone badania:</u> n=16 (w tym: 6 nRCT, 10 badań typu seria przypadków) (lata: 1981–2007).</p> <p><u>Populacja:</u> 397 pacjentów (interwencja: b.d., komparator: b.d.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 223 pacjentów w badaniach NRCT • wiek: średni wiek pacjentów znajduje się w zakresie 4–26 lat, • płeć: b.d. na temat płci pacjentów. <p><u>Interwencja:</u> trening aerobowy (2 badania), trening aerobowy i oporowy (1 badanie), trening aerobowy i oddechowy (1 badanie), trening aerobowy, oporowy, giętkości i edukacja (1 badanie), trening aerobowy, oporowy, giętkości i koordynacja (2 badania)</p> <p><u>Komparator:</u> brak danych na temat grup kontrolnych.</p> <p>I. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych z badań nRCT</p> <p>Tabela 1. Wyniki w analizowanych punktach końcowych z badań nRCT.</p> <table border="1" data-bbox="927 735 2033 1374"> <thead> <tr> <th>Punkt końcowy</th> <th>Badanie</th> <th>Wynik</th> <th>Wzrost/spadek</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">Pulap tlenowy (ang. peak VO₂, ml/min/kg)</td> <td>Rhodes 2006</td> <td>21,8%</td> <td>wzrost</td> <td>p<0,01</td> </tr> <tr> <td>Moalla 2006</td> <td>21%</td> <td>wzrost</td> <td>p<0,05</td> </tr> <tr> <td>Fredriksen 2000</td> <td>1,67±0,57 vs 1,82±0,66 [l/min]</td> <td>wzrost</td> <td>p<0,001</td> </tr> <tr> <td>Ruttenberg 1983</td> <td>b.d.</td> <td>wzrost</td> <td>p=0,10</td> </tr> <tr> <td>Szczytowa moc wyjściowa (ang. peak work rate)</td> <td>Rhodes 2006</td> <td>7,8%</td> <td>wzrost</td> <td>p<0,01</td> </tr> <tr> <td>Szczytowe natlenienie mięśni oddechowych (ang. peak respiratory muscle oxygenation)</td> <td>Moalla 2006</td> <td>22%</td> <td>wzrost</td> <td>p<0,01</td> </tr> <tr> <td>Czas trwania aktywności fizycznej (s)</td> <td>Fredriksen 2000</td> <td>614±138 vs 655±155</td> <td>wzrost</td> <td>p=0,005</td> </tr> <tr> <td>Poziom psychospołeczny (raport własnej samooceny młodzieży i lista kontrolna zachowań dzieci)</td> <td>Fredriksen 2000</td> <td>b.d.</td> <td>wzrost</td> <td>p=0,028*</td> </tr> <tr> <td>Aktywność (akcelerometr)</td> <td>Fredriksen 2000</td> <td>b.d.</td> <td>wzrost</td> <td>p<0,001</td> </tr> <tr> <td>Test wysiłkowy (Canada fitness awards test)</td> <td>Longmuit 1985/1990</td> <td>b.d.</td> <td>wzrost</td> <td>p<0,01</td> </tr> </tbody> </table>	Punkt końcowy	Badanie	Wynik	Wzrost/spadek	p	Pulap tlenowy (ang. peak VO ₂ , ml/min/kg)	Rhodes 2006	21,8%	wzrost	p<0,01	Moalla 2006	21%	wzrost	p<0,05	Fredriksen 2000	1,67±0,57 vs 1,82±0,66 [l/min]	wzrost	p<0,001	Ruttenberg 1983	b.d.	wzrost	p=0,10	Szczytowa moc wyjściowa (ang. peak work rate)	Rhodes 2006	7,8%	wzrost	p<0,01	Szczytowe natlenienie mięśni oddechowych (ang. peak respiratory muscle oxygenation)	Moalla 2006	22%	wzrost	p<0,01	Czas trwania aktywności fizycznej (s)	Fredriksen 2000	614±138 vs 655±155	wzrost	p=0,005	Poziom psychospołeczny (raport własnej samooceny młodzieży i lista kontrolna zachowań dzieci)	Fredriksen 2000	b.d.	wzrost	p=0,028*	Aktywność (akcelerometr)	Fredriksen 2000	b.d.	wzrost	p<0,001	Test wysiłkowy (Canada fitness awards test)	Longmuit 1985/1990	b.d.	wzrost	p<0,01
Punkt końcowy	Badanie	Wynik	Wzrost/spadek	p																																																		
Pulap tlenowy (ang. peak VO ₂ , ml/min/kg)	Rhodes 2006	21,8%	wzrost	p<0,01																																																		
	Moalla 2006	21%	wzrost	p<0,05																																																		
	Fredriksen 2000	1,67±0,57 vs 1,82±0,66 [l/min]	wzrost	p<0,001																																																		
	Ruttenberg 1983	b.d.	wzrost	p=0,10																																																		
Szczytowa moc wyjściowa (ang. peak work rate)	Rhodes 2006	7,8%	wzrost	p<0,01																																																		
Szczytowe natlenienie mięśni oddechowych (ang. peak respiratory muscle oxygenation)	Moalla 2006	22%	wzrost	p<0,01																																																		
Czas trwania aktywności fizycznej (s)	Fredriksen 2000	614±138 vs 655±155	wzrost	p=0,005																																																		
Poziom psychospołeczny (raport własnej samooceny młodzieży i lista kontrolna zachowań dzieci)	Fredriksen 2000	b.d.	wzrost	p=0,028*																																																		
Aktywność (akcelerometr)	Fredriksen 2000	b.d.	wzrost	p<0,001																																																		
Test wysiłkowy (Canada fitness awards test)	Longmuit 1985/1990	b.d.	wzrost	p<0,01																																																		

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia <i>a priori</i>)	Raportowane wyniki				
		Czas wytrzymałości (podstawowy test wysiłkowy)	Ruttenberg 1983	b.d.	wzrost	p<0,01
		Korelacja między natlenieniem tkanek a pułapem tlenowym w progu beztlenowym	Moalla 2006	b.d.	b.d.	p<0,01
		Pułap tlenowy (ang. peak VO ₂)	Rhodes 2006	b d.	spadek (w grupie kontrolnej)	n.s.
		Szczytowa moc wejściowa (ang. peak work rate)				
		Funkcjonowanie płuc	Moalla 2006	b d.	poprawa	n.s.
		Maksymalna zdolność wysiłkowa (ang. Maximal exercise capacity)	Calzoralì 1990	b d.	wzrost	n.s.
		Submaksymalna zdolność wysiłkowa (ang. Submaximal exercise capacity)				
<p>* - W przeglądzie Tikkanen 2012 występuje zapis „p 0,028”.</p> <p><u>II. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych – na korzyść kontroli</u> Brak wyników dla analizowanych punktów końcowych na korzyść kontroli</p> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • tryb szpitalny – 3 badania, • tryb domowy – 3 badania, • tryb szpitalny lub na nadzorowanej siłowni – 1 badanie. <p><u>Okres follow-up:</u> Od razu po programie (5 badań) lub po 5 latach (2 badania).</p>						

4.2.4 Subpopulacja pulmonologiczna

W subpopulacji pacjentów pulmonologicznych zidentyfikowano i włączono do opisu 1 przegląd systematyczny z metaanalizą oparty na badaniach RCT – Joschtel 2018. W tabeli poniżej zawarto charakterystykę i zestawienie wyników zawartych w odnalezionym i włączonym przeglądzie.

Tabela 42. Wyniki dotyczące skuteczności interwencji rehabilitacji pediatrycznej u pacjentów pulmonologicznych w ocenianych punktach końcowych.

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia <i>a priori</i>)	Raportowane wyniki
Joschtel 2018		
Źródła finansowania: Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) Practitioner Fellowship (Professor Chang)		

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia <i>a priori</i>)	Raportowane wyniki																				
<p><u>Cel</u>: ocena wpływu treningu fizycznego na wyniki zdrowotne u dzieci z przewlekłą chorobą układu oddechowego.</p> <p><u>Synteza wyników</u>: ilościowa i jakościowa</p> <p><u>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem</u>: do lutego 2018 r.</p>	<p><u>Populacja</u>: dzieci, młodzież lub młodzi dorośli w wieku 4–21 lat ze zdiagnozowaną astmą, mukowiscydozą, rozstrzeniemi oskrzeli, pierwotną dyskinezą rzęsek lub z historią dysplazji oskrzelowo-płucnej.</p> <p><u>Kryteria włączenia</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • badania RCT lub cluster-RCT, • badaną populacją musiały być dzieci, młodzież lub młodzi dorośli w wieku 4–21 lat ze zdiagnozowaną astmą, mukowiscydozą, rozstrzeniemi oskrzeli, pierwotną dyskinezą rzęsek lub z historią dysplazji oskrzelowo-płucnej, • w badaniu interwencją powinny być ćwiczenia, których minimalny czas trwania wynosił 2 tygodnie, • w badaniu raportowano punkty końcowe dotyczące fizjologii, psychospołeczne punkty końcowe oraz behawioralne punkty końcowe związane z ćwiczeniami fizycznymi, • w przypadku kwalifikacji do analizy, w badaniu musiał zostać zaraportowany pułap tlenowy (ang. VO₂ peak), przewidywana FEV1% i jakość życia. <p><u>Kryteria wykluczenia</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • badana populacja miała średnio ≥21 lat, • w publikacji badano interwencje inne niż ćwiczenia, na przykład interwencje farmakologiczne, psychologiczne lub behawioralne, • publikacje w języku innym niż angielski. <p><u>Interwencja</u>: ćwiczenia fizyczne, których minimalny czas trwania wynosił 2 tygodnie</p> <p><u>Komparator</u>: standardowa opieka</p> <p><u>Punkty końcowe</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • w badaniu raportowano punkty końcowe dotyczące fizjologii, psychospołeczne punkty 	<p><u>Włączone badania</u>: n=27 (RCT) (lata: 1998–2015).</p> <p><u>Populacja</u>: 1068 pacjentów (interwencja: b.d., komparator: b.d.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 17 badań dotyczyło pacjentów z astmą, a 10 badań pacjentów z mukowiscydozą, • wiek: średni wiek pacjentów znajduje się w przedziale 7–19,5 lat, • płeć: b.d. na temat płci pacjentów. <p><u>Interwencja</u>: bieganie (3 badania), jazda na rowerze (2 badania), pływanie (4 badania), trening obwodowy (2 badania), połączenie treningu aerobowego i siłowego (8 badań), balans i koordynacja (2 badania), ćwiczenia grupowe (2 badania), koszykówka (1 badanie), thai chi (1 badanie), sztafety biegowe (ang. running relays games) (1 badanie); czas trwania interwencji zawierał się w zakresie 13 dni–3 lata.</p> <p><u>Komparator (astma)</u>: standardowa opieka (10 badań), szkoła dla chorych na astmę dla wszystkich rodziców i dzieci powyżej 11 lat (1 badanie), brak informacji (5 badań), standardowe leczenie farmakologiczne lub kontrola zdrowia (1 badanie).</p> <p><u>Komparator (mukowiscydoza)</u>: 3-dniowy drenaż postawy (ang. 3-day Postural Drainage) (1 badanie), standardowa higiena oskrzelowa (1 badanie), niezmieniona aktywność fizyczna przez 12 miesięcy (1 badanie), ustne pouczenie o ćwiczeniach aerobowych w dniu badania (1 badanie), normalne codzienne czynności (w tym fizjoterapia) (1 badanie), standardowa opieka (2 badania), jednorazowe ustne pouczenie o ćwiczeniach aerobowych (1 badanie), standardowa aktywność fizyczna (1 badanie), standardowa fizjoterapia klatki piersiowej (1 badanie).</p> <p>I. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych – na korzyść interwencji</p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w analizowanych punktach końcowych.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punkt końcowy</th> <th>Liczba badań (liczebność I; K)</th> <th>Wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p; I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>pułap tlenowy (VO₂ peak)* [ml/min/kg]</td> <td>11 (I=181; K=181)</td> <td>SMD=1,16</td> <td>0,25; 1,29</td> <td>p<0,0001; I²=81%</td> </tr> <tr> <td>jakość życia* (kwestionariusz PAQLQ, PACQLQ, CFQ lub CFQ-R) [pkt]</td> <td>8 (I=72; K=69)</td> <td>SMD=1,36</td> <td>0,42; 2,30</td> <td>p=0,005; I²=83%</td> </tr> <tr> <td>natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa (FEV₁)* [l/s lub %]</td> <td>15 (I=319; K=269)</td> <td>SMD=0,02</td> <td>-0,38; 0,42</td> <td>p=0,93; I²=81%</td> </tr> </tbody> </table> <p>I – interwencja; K – komparator * W tabeli poniżej przedstawiono oddzielne wyniki dla subpopulacji pacjentów z astmą oraz dla subpopulacji pacjentów z mukowiscydozą.</p>	Punkt końcowy	Liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²	pułap tlenowy (VO ₂ peak)* [ml/min/kg]	11 (I=181; K=181)	SMD=1,16	0,25; 1,29	p<0,0001; I ² =81%	jakość życia* (kwestionariusz PAQLQ, PACQLQ, CFQ lub CFQ-R) [pkt]	8 (I=72; K=69)	SMD=1,36	0,42; 2,30	p=0,005; I ² =83%	natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa (FEV ₁)* [l/s lub %]	15 (I=319; K=269)	SMD=0,02	-0,38; 0,42	p=0,93; I ² =81%
Punkt końcowy	Liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²																		
pułap tlenowy (VO ₂ peak)* [ml/min/kg]	11 (I=181; K=181)	SMD=1,16	0,25; 1,29	p<0,0001; I ² =81%																		
jakość życia* (kwestionariusz PAQLQ, PACQLQ, CFQ lub CFQ-R) [pkt]	8 (I=72; K=69)	SMD=1,36	0,42; 2,30	p=0,005; I ² =83%																		
natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa (FEV ₁)* [l/s lub %]	15 (I=319; K=269)	SMD=0,02	-0,38; 0,42	p=0,93; I ² =81%																		

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia <i>a priori</i>)	Raportowane wyniki																																																																	
	<p>końcowe oraz behawioralne punkty końcowe związane z ćwiczeniami fizycznymi,</p> <ul style="list-style-type: none"> w przypadku kwalifikacji do analizy, w badaniu musiał zostać zaraportowany pułap tlenowy (ang. VO₂ peak), przewidywana FEV₁% i jakość życia. 	<p>II Analiza w podgrupach – wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</p> <p>Tabela 2. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych w podziale na subpopulacje.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Subpopulacja</th> <th>Liczba badań (liczebność I; K)</th> <th>Wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p; I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Punkt końcowy: pułap tlenowy (VO₂ peak) [ml/min/kg]</td> </tr> <tr> <td>pacjenci z astmą</td> <td>4 (I=57; K=62)</td> <td>SMD=1,97</td> <td>0,61; 3,32</td> <td>p=0,005; I²=87%</td> </tr> <tr> <td>pacjenci z mukowiscydozą</td> <td>7 (I=124; K=119)</td> <td>SMD=0,77</td> <td>0,25; 1,29</td> <td>p=0,004; I²=71%</td> </tr> <tr> <td>łącznie</td> <td>11 (I=181; K=181)</td> <td>SMD=1,16</td> <td>0,25; 1,29</td> <td>p<0,0001; I²=81%</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Punkt końcowy: jakość życia (kwestionariusz PAQLQ, PACQLQ, CFQ lub CFQ-R) [pkt]</td> </tr> <tr> <td>pacjenci z astmą</td> <td>6 (I=51; K=48)</td> <td>SMD=1,58</td> <td>-0,00; 3,16</td> <td>p=0,05; I²=91%</td> </tr> <tr> <td>pacjenci z mukowiscydozą</td> <td>2 (I=21; K=31)</td> <td>SMD=1,10</td> <td>0,16; 2,04</td> <td>p=0,02; I²=48%</td> </tr> <tr> <td>łącznie</td> <td>8 (I=72; K=69)</td> <td>SMD=1,36</td> <td>0,42; 2,30</td> <td>p=0,005; I²=83%</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Punkt końcowy: natężona objętość wydechu pierwszosekundowa (FEV₁) [l/s lub %]</td> </tr> <tr> <td>pacjenci z astmą</td> <td>10 (I=202; K=170)</td> <td>SMD=0,06</td> <td>-0,52; 0,65</td> <td>p=0,84; I²=85%</td> </tr> <tr> <td>pacjenci z mukowiscydozą</td> <td>5 (I=117; K=99)</td> <td>SMD=0,01</td> <td>-0,44; 0,47</td> <td>p=0,96; I²=60%</td> </tr> <tr> <td>łącznie</td> <td>15 (I=319; K=269)</td> <td>SMD=0,02</td> <td>-0,38; 0,42</td> <td>p=0,93; I²=81%</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>I – Interwencja, K – Komparator</i></p> <p>II. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych – na korzyść kontroli Brak wyników dla analizowanych punktów końcowych na korzyść kontroli</p> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> tryb szpitalny, tryb pozaszpitalny (ang. out of hospital) – 22 badania, tryb domowy – 5 badań. <p><u>Okres follow-up:</u> b.d.</p>	Subpopulacja	Liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²	Punkt końcowy: pułap tlenowy (VO₂ peak) [ml/min/kg]					pacjenci z astmą	4 (I=57; K=62)	SMD=1,97	0,61; 3,32	p=0,005; I ² =87%	pacjenci z mukowiscydozą	7 (I=124; K=119)	SMD=0,77	0,25; 1,29	p=0,004; I ² =71%	łącznie	11 (I=181; K=181)	SMD=1,16	0,25; 1,29	p<0,0001; I ² =81%	Punkt końcowy: jakość życia (kwestionariusz PAQLQ, PACQLQ, CFQ lub CFQ-R) [pkt]					pacjenci z astmą	6 (I=51; K=48)	SMD=1,58	-0,00; 3,16	p=0,05; I ² =91%	pacjenci z mukowiscydozą	2 (I=21; K=31)	SMD=1,10	0,16; 2,04	p=0,02; I ² =48%	łącznie	8 (I=72; K=69)	SMD=1,36	0,42; 2,30	p=0,005; I ² =83%	Punkt końcowy: natężona objętość wydechu pierwszosekundowa (FEV₁) [l/s lub %]					pacjenci z astmą	10 (I=202; K=170)	SMD=0,06	-0,52; 0,65	p=0,84; I ² =85%	pacjenci z mukowiscydozą	5 (I=117; K=99)	SMD=0,01	-0,44; 0,47	p=0,96; I ² =60%	łącznie	15 (I=319; K=269)	SMD=0,02	-0,38; 0,42	p=0,93; I ² =81%
Subpopulacja	Liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²																																																															
Punkt końcowy: pułap tlenowy (VO₂ peak) [ml/min/kg]																																																																			
pacjenci z astmą	4 (I=57; K=62)	SMD=1,97	0,61; 3,32	p=0,005; I ² =87%																																																															
pacjenci z mukowiscydozą	7 (I=124; K=119)	SMD=0,77	0,25; 1,29	p=0,004; I ² =71%																																																															
łącznie	11 (I=181; K=181)	SMD=1,16	0,25; 1,29	p<0,0001; I ² =81%																																																															
Punkt końcowy: jakość życia (kwestionariusz PAQLQ, PACQLQ, CFQ lub CFQ-R) [pkt]																																																																			
pacjenci z astmą	6 (I=51; K=48)	SMD=1,58	-0,00; 3,16	p=0,05; I ² =91%																																																															
pacjenci z mukowiscydozą	2 (I=21; K=31)	SMD=1,10	0,16; 2,04	p=0,02; I ² =48%																																																															
łącznie	8 (I=72; K=69)	SMD=1,36	0,42; 2,30	p=0,005; I ² =83%																																																															
Punkt końcowy: natężona objętość wydechu pierwszosekundowa (FEV₁) [l/s lub %]																																																																			
pacjenci z astmą	10 (I=202; K=170)	SMD=0,06	-0,52; 0,65	p=0,84; I ² =85%																																																															
pacjenci z mukowiscydozą	5 (I=117; K=99)	SMD=0,01	-0,44; 0,47	p=0,96; I ² =60%																																																															
łącznie	15 (I=319; K=269)	SMD=0,02	-0,38; 0,42	p=0,93; I ² =81%																																																															

4.2.5 Brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju

W subpopulacji pacjentów, u których stwierdzono brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju zidentyfikowano i włączono do opisu 4 przeglądy systematyczne z metaanalizą, w tym:

- Yu 2018 oparty na badaniach pretest-posttest, RCT, CCT, cross-over – populacja pacjentów z dyspraksją,
- Jeng 2017 (nie określono rodzaju badań włączonych do przeglądu) – populacja pacjentów z upośledzeniem intelektualnym,
- Miyahara 2017 oparty na badaniach RCT i qRCT – populacja pacjentów z rozwojowym zaburzeniem koordynacji,
- Valentin 2017 oparty na badaniach RCT i CCT – populacja pacjentów z opóźnionym rozwojem chodu.

W tabeli poniżej zawarto charakterystykę i zestawienie wyników zawartych w odnalezionych przeglądach.

Tabela 43. Wyniki dotyczące skuteczności interwencji rehabilitacji pediatrycznej w subpopulacji pacjentów, u których stwierdzono brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju w ocenianych punktach końcowych.

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori)	Raportowane wyniki										
<p>Yu 2018 <u>Źródła finansowania:</u> brak źródeł finansowania</p>												
<p><u>Cel:</u> określenie charakterystyki i skuteczności interwencji w zakresie umiejętności motorycznych u dzieci z dyspraksją (ang. developmental coordination disorder)</p> <p><u>Synteza wyników:</u> ilościowa i jakościowy</p> <p><u>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</u> od 1995 r. do sierpnia 2017 r.</p>	<p><u>Populacja:</u> dzieci w wieku 3–17 lat z dyspraksją.</p> <p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • badania RCT, • badania, w których oceniono i raportowano wyniki przed lub po interwencji, lub oba. <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • badania nieopublikowane lub zaakceptowane do publikacji w recenzowanym czasopiśmie (w tym książki, tezy i rozprawy), • recenzje lub komentarze, • badania jakościowe lub opis przypadków. <p><u>Interwencja:</u> interwencje w zakresie umiejętności motorycznych, które zostały zdefiniowane jako zajęcia ruchowe lub programy, które opracowano z wyraźnym zamiarem nabywania lub doskonalenia umiejętności motorycznych, które zostały wdrożone w takich warunkach jak szkoła i klinika</p>	<p><u>Włączone badania ogółem:</u> n=66 (28 badania typu pretest-posttest, 22 RCT, 12 CCT, 4 badania cross-over) (lata: 1995–2017). Badania włączone do metaanalizy: n=18 (18 RCT).</p> <p><u>Populacja:</u> 2585 pacjentów (interwencja: 2250, komparator: 335)</p> <ul style="list-style-type: none"> • wiek: b.d. zbiorczych na temat wieku pacjentów, • płeć: b.d. na temat płci pacjentów. <p><u>Interwencja:</u> interwencje w zakresie umiejętności motorycznych, które zostały zdefiniowane jako zajęcia ruchowe lub programy, które opracowano z wyraźnym zamiarem nabywania lub doskonalenia umiejętności motorycznych, zorientowane na proces (3 badania) lub na zadanie (6 badań), lub na oba (6 badań). W 3 badaniach nie określono dokładnie rodzaju zastosowanej interwencji.</p> <p><u>Komparator:</u> standardowa opieka (11 badań), standardowa opieka połączona z konsultacją i oceną fizjoterapeutyczną (1 badanie), standardowa opieka lub tradycyjny trening funkcji motorycznych (1 badanie), trening zorientowany na wykonywanie zadań (1 badanie), indywidualny trening oparty na funkcjach motorycznych (1 badanie), trening tradycyjny nieokreślony (1 badanie), nieokreślony trening o różnicowanym podejściu (1 badanie), dostarczone instrukcje oparte na mechanice czynności (1 badanie)</p> <p>I. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych – na korzyść interwencji</p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w analizowanych punktach końcowych.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punkt końcowy</th> <th>Liczba badań (liczebność I; K)</th> <th>Wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p; I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Funkcje motoryczne, mierzone bezpośrednio po interwencji (nieokreślona metoda pomiaru)</td> <td>18 (I=407; K=395)</td> <td>SMD= 0,63</td> <td>0,31; 0,94</td> <td>p<0,001; I²=71,24%</td> </tr> </tbody> </table>	Punkt końcowy	Liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²	Funkcje motoryczne, mierzone bezpośrednio po interwencji (nieokreślona metoda pomiaru)	18 (I=407; K=395)	SMD= 0,63	0,31; 0,94	p<0,001; I ² =71,24%
Punkt końcowy	Liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²								
Funkcje motoryczne, mierzone bezpośrednio po interwencji (nieokreślona metoda pomiaru)	18 (I=407; K=395)	SMD= 0,63	0,31; 0,94	p<0,001; I ² =71,24%								

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori)	Raportowane wyniki				
	<p><u>Komparator:</u> standardowa opieka lub inne programy treningowe</p> <p><u>Punkty końcowe:</u> Pierwszorzędowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wykorzystywanie umiejętności motorycznych, np.: <ul style="list-style-type: none"> ○ wydolność umiejętności motorycznych, ○ ogólne zdolności motoryczne, ○ umiejętności czuciowo-ruchowe, ○ umiejętności w konkretnym sporcie. 	<p>Czynniki poznawcze, emocjonalne i psychologiczne, mierzone bezpośrednio po interwencji</p>	7 (I=121; K=152)	SMD= 0,65	0,25; 1,04	p=0,001; I ² =51,6%
		Funkcje motoryczne, mierzone w follow-up (4–8 tygodni po interwencji)	6 (I=134; K=184)	SMD= 0,32	-0,01; 0,65	p=0,051; I ² =42,72%
		Czynniki poznawcze, emocjonalne i psychologiczne, mierzone w follow-up (4–8 tygodni po interwencji)	4 (I=111; K=96)	SMD= 0,29	-0,07; 0,65	p=0,113; I ² =18,91%
		<p>I – interwencja; K – komparator</p> <p>II. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych – na korzyść kontroli</p> <p>Brak wyników dla analizowanych punktów końcowych na korzyść kontroli</p> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • tryb pojedynczy (55 badań): <ul style="list-style-type: none"> ○ opieka w szkole – 27 badań, ○ opieka w klinice – 16 badań, ○ opieka w domu – 4 badania, ○ opieka w laboratorium – 6 badań, ○ opieka środowiskowa – 2 badania, • tryb mieszany (9 badań): <ul style="list-style-type: none"> ○ opieka w klinice i w domu – 5 badań, ○ opieka w szkole i w domu – 2 badania, ○ opieka w klinice i w szkole – 1 badanie, ○ opieka w klinice, w domu i w szkole – 1 badanie. <p><u>Okres follow-up:</u> 4 tygodnie – 2 lata (17 badań)</p>				
<p>Jeng 2017 <u>Źródła finansowania:</u> Chang Gung Memorial Hospital, Tajwan</p>						
<p><u>Cel:</u> ocena ćwiczeń fizycznych na sprawność fizyczną związaną z umiejętnościami u nastolatków z upośledzeniem intelektualnym</p>	<p><u>Populacja:</u> nastolatki (13–18 lat) z upośledzeniem intelektualnym</p> <p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • pacjenci w wieku 13–18 lat z upośledzeniem intelektualnym lub opóźnieniem umysłowym • interwencja zawierająca ćwiczenia fizyczne 	<p><u>Włączone badania:</u> n=18 (nie określono rodzaju badan) (lata: 2003–2013), 14 włączono do metaanalizy (lata: 2003–2013)</p> <p><u>Populacja:</u> do metaanalizy włączono 386 pacjentów (interwencja: 160; komparator: 208)</p> <ul style="list-style-type: none"> • wiek: średnio 14,6 lat (zakres średniego wieku w badaniach: 13,6–18,8 lat) • płeć: nie określono <p><u>Interwencja:</u> włączone (n=18) badań obejmowało interwencje: trening obwodowy, trening siłowy, sporty zunifikowane, hipoterapię, ćwiczenia z piłką szwajcarską, tradycyjne tańce greckie, ćwiczenia na bieżni, ćwiczenia z konsolą Wii, trening sensomotoryczny, trening wspomagany urządzeniem, ćwiczenia aerobowe w wodzie, trening biegowy o niskiej intensywności,</p>				

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori)	Raportowane wyniki																																								
<p><u>Synteza wyników:</u> ilościowa i jakościowa</p> <p><u>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</u> do kwietnia 2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> • punkty końcowe powiązane ze sprawnością związaną z umiejętnościami (SFR) • poziom dowodów >4 wg Oxford 2011 Levels of Evidence, w tym: badania RCT, badania nierandomizowane kohortowe, badania follow-up • badania w języku angielskim lub chińskim <p><u>Kryteria wykluczenia:</u> nie określono.</p> <p><u>Interwencja:</u> Sprawność związana z umiejętnościami (ang skill-related fitness, SFR) jest składnikiem sprawności fizycznej związanej ze sportem lub wydajnością zajęciową.</p> <p><u>Komparator:</u> nie określono.</p> <p><u>Punkty końcowe:</u> punkty końcowe powiązane ze sprawnością związaną z umiejętnościami (SFR).</p>	<p>taniec aerobowy, spacer, Taekwondo, dostosowany do potrzeb taniec, trening biegowy i trening na maszynach jeżdżących. Czas trwania interwencji wahał się od 6 do 28 tygodni (średnio 11,4 tygodni), 1–3 sesji tygodniowo i 30–90 minut na sesję.</p> <p><u>Komparator:</u> brak interwencji (7 badań) lub podstawowe (niesprecyzowane) wychowanie fizyczne (6 badań), lub brak grupy kontrolnej (3 badania), lub nie określono (2 badania).</p> <p><u>I. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych – na korzyść interwencji</u></p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w analizowanych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="857 515 2036 914"> <thead> <tr> <th>Punkt końcowy</th> <th>Liczba badań (liczebność I; K)</th> <th>Wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p; I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zwinność (wahadłowy test biegowy, 10 m shuttle test) czas ukończenia testu</td> <td>2 (I=22; K=9)</td> <td>SMD= -0,781</td> <td>-1,279; 0,284</td> <td>p=0,002; I²=b.d.</td> </tr> <tr> <td>Siła (skok w dal z miejsca, brak jednostki)</td> <td>7 (I=103; K=79)</td> <td>SMD= 0,760</td> <td>0,441; 1,080</td> <td>p=0,001; I²=b.d.</td> </tr> <tr> <td>Równowaga (test stania na jednej nodze z otwartymi oczami)</td> <td>3 (I=42; K=29)</td> <td>SMD= 0,689</td> <td>-0,003; 1,381</td> <td>p=0,051; I²=b.d.</td> </tr> <tr> <td>Równowaga (test stania na jednej nodze z zamkniętymi oczami)</td> <td>2 (I=29; K=29)</td> <td>SMD= 0,722</td> <td>-0,002; 1,446</td> <td>p=0,051; I²=b.d.</td> </tr> <tr> <td>Koordynacja, reakcja na sygnał świetlny (nieokreślona metoda pomiaru)</td> <td>4 (I=58; K=44)</td> <td>SMD= -1,465</td> <td>-2,433; -0,497</td> <td>p=b.d.; I²=b.d.</td> </tr> <tr> <td>Koordynacja, reakcja na sygnał dźwiękowy (nieokreślona metoda pomiaru)</td> <td>4 (I=58; K=44)</td> <td>SMD= -1,286</td> <td>-1,735; -0,838</td> <td>p=b.d.; I²=b.d.</td> </tr> <tr> <td>Szybkość (testy marszowe), czas ukończenia testu</td> <td>4 (I=b.d.; K=b.d.)</td> <td>SMD= -0,526</td> <td>-0,835; -0,218</td> <td>p=b.d.; I²=b.d.</td> </tr> </tbody> </table> <p>I – interwencja; K – komparator</p> <p><u>II. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych – na korzyść komparatora</u> Nie zidentyfikowano punktów końcowych na korzyść grup kontrolnych.</p> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u> Nie określono</p> <p><u>Okres follow-up:</u> Nie określono</p>	Punkt końcowy	Liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²	Zwinność (wahadłowy test biegowy, 10 m shuttle test) czas ukończenia testu	2 (I=22; K=9)	SMD= -0,781	-1,279; 0,284	p=0,002; I ² =b.d.	Siła (skok w dal z miejsca, brak jednostki)	7 (I=103; K=79)	SMD= 0,760	0,441; 1,080	p=0,001; I ² =b.d.	Równowaga (test stania na jednej nodze z otwartymi oczami)	3 (I=42; K=29)	SMD= 0,689	-0,003; 1,381	p=0,051; I ² =b.d.	Równowaga (test stania na jednej nodze z zamkniętymi oczami)	2 (I=29; K=29)	SMD= 0,722	-0,002; 1,446	p=0,051; I ² =b.d.	Koordynacja, reakcja na sygnał świetlny (nieokreślona metoda pomiaru)	4 (I=58; K=44)	SMD= -1,465	-2,433; -0,497	p=b.d.; I ² =b.d.	Koordynacja, reakcja na sygnał dźwiękowy (nieokreślona metoda pomiaru)	4 (I=58; K=44)	SMD= -1,286	-1,735; -0,838	p=b.d.; I ² =b.d.	Szybkość (testy marszowe), czas ukończenia testu	4 (I=b.d.; K=b.d.)	SMD= -0,526	-0,835; -0,218	p=b.d.; I ² =b.d.
Punkt końcowy	Liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²																																						
Zwinność (wahadłowy test biegowy, 10 m shuttle test) czas ukończenia testu	2 (I=22; K=9)	SMD= -0,781	-1,279; 0,284	p=0,002; I ² =b.d.																																						
Siła (skok w dal z miejsca, brak jednostki)	7 (I=103; K=79)	SMD= 0,760	0,441; 1,080	p=0,001; I ² =b.d.																																						
Równowaga (test stania na jednej nodze z otwartymi oczami)	3 (I=42; K=29)	SMD= 0,689	-0,003; 1,381	p=0,051; I ² =b.d.																																						
Równowaga (test stania na jednej nodze z zamkniętymi oczami)	2 (I=29; K=29)	SMD= 0,722	-0,002; 1,446	p=0,051; I ² =b.d.																																						
Koordynacja, reakcja na sygnał świetlny (nieokreślona metoda pomiaru)	4 (I=58; K=44)	SMD= -1,465	-2,433; -0,497	p=b.d.; I ² =b.d.																																						
Koordynacja, reakcja na sygnał dźwiękowy (nieokreślona metoda pomiaru)	4 (I=58; K=44)	SMD= -1,286	-1,735; -0,838	p=b.d.; I ² =b.d.																																						
Szybkość (testy marszowe), czas ukończenia testu	4 (I=b.d.; K=b.d.)	SMD= -0,526	-0,835; -0,218	p=b.d.; I ² =b.d.																																						
<p>Miyahara 2017 <u>Źródła finansowania:</u> University of Otago, New Zealand; University of South Australia, Australia; University of New South Wales, Australia.</p>																																										
<p><u>Cel:</u> Ocena efektywności zastosowania interwencji opartych</p>	<p><u>Populacja:</u> Pacjenci w wieku od 4 do 18 lat, ze zdiagnozowanym rozwojowym zaburzeniem koordynacji, zgodnie z definicją <i>Diagnostic and Statistical Manual</i></p>	<p><u>Włączone badania:</u> 15 (8 RCT, 7 qRCT) (lata: 2000–2016), do metaanalizy autorzy włączyli 6 badań (lata: 2000–2016)</p> <p><u>Populacja:</u> n=649, w tym populacja uwzględniona w metaanalizie: 169 pacjentów (interwencja: 76, komparator: 93)</p>																																								

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori)	Raportowane wyniki																																			
<p>na realizacji zadań u pacjentów z rozwojowym zaburzeniem koordynacji (DCD) na zdolność poruszania, funkcje psychospołeczne, aktywność fizyczną oraz określenie czynników wpływających na wynik.</p> <p><u>Synteza wyników:</u> ilościowa i jakościowa</p> <p><u>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</u> od: nie ograniczono, do: marzec 2017</p>	<p><i>of Mental Disorders</i> (DSM), czwartą edycją (DSM-IV; APA 1994) lub piątą edycją (DSM-5; APA 2013); dzieci zgłoszone jako niezdarne, niezręczne lub z dyspraksją spełniającą kryteria w inny sposób.</p> <p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Badania RCT lub qRCT. <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Brak ograniczeń dotyczących daty lub języka publikacji. <p><u>Interwencja:</u> Ukierunkowana na realizację określonych zadań oraz wymagająca praktykowania określonego zadania lub zajęcia jako główna forma interwencji.</p> <p><u>Komparator:</u> Nieaktywne interwencje (np. standardowa opieka lub lista oczekujących), aktywne interwencje, farmakoterapia, konsultacje lub poradnictwo dietetyczne</p> <p><u>Punkty końcowe:</u> Pierwszorzędowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zmiany w zakresie motoryki małej i dużej, mierzonych przy pomocy standaryzowanych narzędzi pomiaru, takich jak: <i>Bruiniks Oseretsky Test of Motor Performance (BOTMP)</i>, <i>McCarron Assessment of Neuromuscular Development (MAND)</i>, <i>Movement Assessment Battery for Children Test (MABC)</i>, <i>Test of Gross Motor Development (TGMD)</i>, <p>• Niepożądane zdarzenia lub efekty.</p> <p>Drugorzędowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zmiany w zakresie motoryki małej i dużej mierzonych przy pomocy: 	<ul style="list-style-type: none"> • wiek: wiek wszystkich pacjentów zawierał się w przedziale od 5 do 12 lat • płeć: średni udział kobiet w badaniach wynosił od 0% do 55% <p><u>Interwencja:</u> Interwencje ukierunkowane na poprawę zdolności motorycznych (2 badania), specyficzny trening sportowy (3 badania), poznawcze ćwiczenia zorientowane na codzienną wydajność zajęciową (ang. <i>Cognitive Orientation to daily Occupational Performance</i> – CO-OP) (1 badanie)</p> <p><u>Komparator:</u> Brak interwencji (6 badań)</p> <p><u>I. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych – na korzyść interwencji</u></p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w analizowanych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="860 667 2036 1082"> <thead> <tr> <th>Punkt końcowy</th> <th>liczba badań (liczebność I; K)</th> <th>Wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p; I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;"><i>Model efektów losowych</i></td> </tr> <tr> <td>Zdolności motoryczne (mierzone za pomocą narzędzia MABC) – metaanaliza badań RCT oraz qRCT</td> <td>6 (I=76; K=93)</td> <td>MD= -3,63</td> <td>-5,88; -1,39</td> <td>p=0,0015; I²=43%</td> </tr> <tr> <td>Zdolności motoryczne (mierzona za pomocą narzędzia MABC) – metaanaliza badań RCT</td> <td>2 (I=17; K=34)</td> <td>MD= -2,34</td> <td>-7,50; 2,83</td> <td>p=0,38; I²=42%</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;"><i>Model efektów stałych</i></td> </tr> <tr> <td>Zdolności motoryczne (mierzone za pomocą narzędzia MABC) – metaanaliza badań RCT oraz qRCT</td> <td>6 (I=76; K=93)</td> <td>MD= -4,06</td> <td>-5,63; -2,50</td> <td>p<0,00001; I²=43%</td> </tr> <tr> <td>Zdolności motoryczne (mierzona za pomocą narzędzia MABC) – metaanaliza badań RCT</td> <td>2 (I=17; K=34)</td> <td>MD= -2,11</td> <td>-6,00; 1,78</td> <td>p=0,29; I²=42%</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>I – interwencja; K – komparator</i></p> <p><u>II. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych – na korzyść kontroli</u> Brak wyników dla analizowanych punktów końcowych na korzyść kontroli</p> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Szpital – 4 badania, • Klinika, laboratorium lub centrum uniwersyteckie – 5 badań, • Centra środowiskowe – 2 badania, • Warunki domowe/w szkole – 4 badania, • Brak informacji – 2 badania. 	Punkt końcowy	liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²	<i>Model efektów losowych</i>					Zdolności motoryczne (mierzone za pomocą narzędzia MABC) – metaanaliza badań RCT oraz qRCT	6 (I=76; K=93)	MD= -3,63	-5,88; -1,39	p=0,0015; I ² =43%	Zdolności motoryczne (mierzona za pomocą narzędzia MABC) – metaanaliza badań RCT	2 (I=17; K=34)	MD= -2,34	-7,50; 2,83	p=0,38; I ² =42%	<i>Model efektów stałych</i>					Zdolności motoryczne (mierzone za pomocą narzędzia MABC) – metaanaliza badań RCT oraz qRCT	6 (I=76; K=93)	MD= -4,06	-5,63; -2,50	p<0,00001; I ² =43%	Zdolności motoryczne (mierzona za pomocą narzędzia MABC) – metaanaliza badań RCT	2 (I=17; K=34)	MD= -2,11	-6,00; 1,78	p=0,29; I ² =42%
Punkt końcowy	liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²																																	
<i>Model efektów losowych</i>																																					
Zdolności motoryczne (mierzone za pomocą narzędzia MABC) – metaanaliza badań RCT oraz qRCT	6 (I=76; K=93)	MD= -3,63	-5,88; -1,39	p=0,0015; I ² =43%																																	
Zdolności motoryczne (mierzona za pomocą narzędzia MABC) – metaanaliza badań RCT	2 (I=17; K=34)	MD= -2,34	-7,50; 2,83	p=0,38; I ² =42%																																	
<i>Model efektów stałych</i>																																					
Zdolności motoryczne (mierzone za pomocą narzędzia MABC) – metaanaliza badań RCT oraz qRCT	6 (I=76; K=93)	MD= -4,06	-5,63; -2,50	p<0,00001; I ² =43%																																	
Zdolności motoryczne (mierzona za pomocą narzędzia MABC) – metaanaliza badań RCT	2 (I=17; K=34)	MD= -2,11	-6,00; 1,78	p=0,29; I ² =42%																																	

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori)	Raportowane wyniki
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Zmiana w zakresie koordynacji ruchowej mierzona przy pomocy: <i>Developmental Coordination Disorder Questionnaire (DCDQ)</i>, <i>Movement Assessment Battery for Children (MABC-C)</i>, ○ Pomiary oceny stanu zdrowia (np. czucie mierzone za pomocą testów takich jak stereognozji lub wykrycia nacisku; siła mięśniowa mierzona za pomocą np. testowania maksymalnego ciężaru; testy koordynacji takich jak test <i>Purdue Pegboard</i>), ○ Pomiar czynn ków psychospołecznych (np. samoocena, świadomość własnej tożsamości) za pomocą np. <i>Perceived Competence Scale for Children (PCSC)</i>, <i>Pictorial Scale for Perceived Competence and Social Acceptance for Young Children (PSPCSA)</i>, ○ Pomiar zdolności zadaniowych za pomocą <i>Canadian Occupational Performance Measure (COPM)</i> oraz <i>Goal Attainment Scaling (GAS)</i>, ● Pomiar uczestnictwa w aktywnościach (akademickich, sportowych, rekreacyjnych) za pomocą skali <i>Assessment of Life Habits Scale (LIFE-H)</i> lub zgłoszonych przez rodzinę/nauczyciela. 	
<p>Valentin 2017 <u>Źródła finansowania:</u> wewnętrzne: brak, inne; zewnętrzne: National Institute for Health Research, Wielka Brytania. Cochrane Incentive Award</p>		
<p><u>Cel:</u> ocena skuteczności interwencji na bieżni na rozwój lokomotoryczny u dzieci z opóźnionym chodzeniem lub u dzieci przed</p>	<p><u>Populacja:</u> dzieci do 6 roku życia z opóźnionym rozwojem chodu lub z osiągniętą samodzielnością chodu (dzieci, które nie mogą chodzić samodzielnie w wieku 18 miesięcy) lub które są narażone na ryzyko opóźnienia neuromotorycznego (głównie z niepostępującymi zaburzeniami neurologicznym), niezależnie od rozpoznania.</p>	<p><u>Włączone badania:</u> n=5, w tym n=4 RCT, n=1 CCT (lata: 2001–2015) (wyniki przedstawiono jedynie dla badań, w których porównuje się interwencje na bieżni z brakiem interwencji).</p> <p><u>Populacja:</u> n=175 (n=117 – w badaniach porównujących interwencje na bieżni z brakiem interwencji)</p> <ul style="list-style-type: none"> • dzieci z umiarkowanym ryzykiem opóźnienia neuromotorycznego (1 badanie), • dzieci z porażeniem mózgowym (2 badania) • dzieci z ogólnie opóźnionym rozwojem (1 badanie),

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori)	Raportowane wyniki																																			
<p>rozpoczęciem chodzenia (lub obu), które mają mniej niż sześć lat i są narażone na ryzyko opóźnienia neuromotorycznego.</p> <p><u>Synteza wyników:</u> jakościowa i ilościowa</p> <p><u>Przedział czasu objętym wyszukiwaniem:</u> do maja 2017</p>	<p><u>Interwencja:</u> interwencja na bieżni dowolnego typu, częstotliwości lub intensywności</p> <p><u>Komparator:</u> brak leczenia lub inne leczenie</p> <p><u>Punkty końcowe:</u> Pierwszorzędowe</p> <ul style="list-style-type: none"> • struktura ciała i funkcje (funkcje neuromechaniczne i ruchowe - funkcje wzorca chodu: <ul style="list-style-type: none"> – częstotliwość kroków (liczba naprzemiennych kroków na bieżni na minutę, czas samodzielnego chodzenia), – jakość kroku, • funkcje aktywności i uczestnictwa: <ul style="list-style-type: none"> – wiek rozpoczęcia samodzielnego chodzenia, – wiek rozpoczęcia chodzenia z pomocą, – motoryka duża, – zdarzenia niepożądane (takie jak upadki i obrażenia spowodowane upadkiem). <p>Drugorzędowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • struktura ciała oraz funkcje (funkcje neuromechaniczne i ruchowe – funkcje wzorca chodu): <ul style="list-style-type: none"> – koordynacja między dwiema kończynami i koordynacja stawów w obrębie jednej kończyny, – inne parametry chodu, na przykład prędkość, szerokość kroku, • funkcje aktywności i uczestnictwa: <ul style="list-style-type: none"> – jakość życia niemowlęcia lub dziecka. 	<ul style="list-style-type: none"> • dzieci z zespołem Downa (1 badanie), • średni wiek wszystkich uczestników: nie podano. <p><u>Interwencja:</u> interwencje na bieżni</p> <p><u>Komparator:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • standardowa fizjoterapia bez interwencji na bieżni (4 badania), • regularne leczenie terapeutyczne (1 badanie). <p><u>I. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych – na korzyść interwencji</u></p> <p>Tabela 44. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w analizowanych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="857 630 2040 898"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p; I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Samodzielne chodzenie (miesiące)</td> <td>2 (I=28; K=30)</td> <td>MD= -2,08</td> <td>-5,38; -1,22</td> <td>0,05; 73%</td> </tr> <tr> <td>Wiek rozpoczęcia chodzenia z pomocą (dni w badaniu)</td> <td>2 (I=30; K=28)</td> <td>MD= -38,54</td> <td>-106,13; 29,05</td> <td>0,11; 62%</td> </tr> <tr> <td>Miara motoryki dużej (GMFM, pkt)</td> <td>2 (I=19; K=17)</td> <td>MD= 0,88</td> <td>-4,54; 6,30</td> <td>0,62; 0,0%</td> </tr> <tr> <td>Motoryka duża związana ze staniem (GMFM, pkt)</td> <td>2 (I=18; K=14)</td> <td>MD= 5,41</td> <td>-1,61; 12,43</td> <td>0,17; 48%</td> </tr> <tr> <td>Motoryka duża związana z chodzeniem, bieganiem i skakaniem (GMFM, pkt)</td> <td>2 (I=18; K=14)</td> <td>MD= 4,51</td> <td>0,29; 8,73</td> <td>0,25; 23%</td> </tr> <tr> <td>Inne parametry chodu – prędkość (m/s)</td> <td>2 (I=17; K=15)</td> <td>MD= 0,23</td> <td>0,08; 0,37</td> <td>0,67; 0,0%</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>GMFM - Gross Motor Function Measure</i></p> <p><u>II. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych – na korzyść komparatora.</u> Nie odnotowano wyników analizowanych punktów końcowych na korzyść grupy kontrolnej.</p> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u> b.d.</p> <p><u>Okres follow-up:</u> 1–12 miesięcy (5 badań)</p>	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p; I ²	Samodzielne chodzenie (miesiące)	2 (I=28; K=30)	MD= -2,08	-5,38; -1,22	0,05; 73%	Wiek rozpoczęcia chodzenia z pomocą (dni w badaniu)	2 (I=30; K=28)	MD= -38,54	-106,13; 29,05	0,11; 62%	Miara motoryki dużej (GMFM, pkt)	2 (I=19; K=17)	MD= 0,88	-4,54; 6,30	0,62; 0,0%	Motoryka duża związana ze staniem (GMFM, pkt)	2 (I=18; K=14)	MD= 5,41	-1,61; 12,43	0,17; 48%	Motoryka duża związana z chodzeniem, bieganiem i skakaniem (GMFM, pkt)	2 (I=18; K=14)	MD= 4,51	0,29; 8,73	0,25; 23%	Inne parametry chodu – prędkość (m/s)	2 (I=17; K=15)	MD= 0,23	0,08; 0,37	0,67; 0,0%
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p; I ²																																	
Samodzielne chodzenie (miesiące)	2 (I=28; K=30)	MD= -2,08	-5,38; -1,22	0,05; 73%																																	
Wiek rozpoczęcia chodzenia z pomocą (dni w badaniu)	2 (I=30; K=28)	MD= -38,54	-106,13; 29,05	0,11; 62%																																	
Miara motoryki dużej (GMFM, pkt)	2 (I=19; K=17)	MD= 0,88	-4,54; 6,30	0,62; 0,0%																																	
Motoryka duża związana ze staniem (GMFM, pkt)	2 (I=18; K=14)	MD= 5,41	-1,61; 12,43	0,17; 48%																																	
Motoryka duża związana z chodzeniem, bieganiem i skakaniem (GMFM, pkt)	2 (I=18; K=14)	MD= 4,51	0,29; 8,73	0,25; 23%																																	
Inne parametry chodu – prędkość (m/s)	2 (I=17; K=15)	MD= 0,23	0,08; 0,37	0,67; 0,0%																																	

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori)	Raportowane wyniki
	<p><u>Metodyka:</u> Kryteria włączenia: - badania RCT i quasi-RCT</p> <p>Kryteria wykluczenia: badania, które obejmowały - dzieci zarówno starsze, jak i młodsze niż 6 lat, - dzieci, u których zdiagnozowano stan, w którym aktywność fizyczna była przeciwwskazana (np. niemowlęta z genetycznymi chorobami zwyrodnieniowymi, takimi jak dystrofia nerwowo-mięśniowa, oraz te z chorobami, które wykluczają niezależność chodu).</p>	

4.2.6 Pozostałe subpopulacje

W subpopulacji pacjentów nie ujętych we wcześniejszych podrozdziałach odnaleziono i włączono do opisu 3 przeglądy systematycznych z metaanalizą:

- Gittings 2018, zawierający badania RCT, nRCT i badania porównawcze – populacja pacjentów z obrażeniami poparzeniowymi,
- Tachibana 2017, zawierający badania RCT – populacja pacjentów ze spektrum zaburzeń autystycznych,
- Munoz 2018, zawierający badania RCT i inne – populacja pacjentów, u których występuje ból dolnej części pleców.

W tabeli poniżej zawarto charakterystykę zestawienie wyników zawartych w odnalezionych i włączonych przeglądach.

Tabela 45. Wyniki dotyczące skuteczności interwencji rehabilitacji pediatrycznej (populacja mieszana) w ocenianych punktach końcowych.

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori)	Raportowane wyniki
Gittings 2018		
<u>Źródła finansowania:</u> Fiona Wood Foundation and Raine Medical Research Foundation, Australia		
<u>Cel:</u> wpływ ćwiczeń oporowych na siłę mięśniową, masę ciała, funkcjonowanie i jakość życia pacjentów po oparzeniach	<p><u>Populacja:</u> dzieci i dorośli po oparzeniach.</p> <p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • badania RCT i nRCT, 	<p><u>Włączone badania:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • n=11, w tym n=9 RCT, n=1 nRCT, n= 1 badanie porównawcze (lata: 2001–2014). • 9 badań obejmowało populację pediatryczną, natomiast 2 – populację stanowili pacjenci dorośli. W opisie wyników przedstawione zostaną wyniki dotyczące wyłącznie subpopulacji pediatrycznej. <p><u>Populacja:</u> n=325 pacjentów (interwencja: komparator:), w populacji pediatrycznej n=251 pacjentów.</p>

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori)	Raportowane wyniki																				
<p><u>Synteza wyników:</u> jakościowa i ilościowa</p> <p><u>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</u> do października 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> • badania porównujące trening oporowy w porównaniu ze standardową opieką lub inną rehabilitacją nie zawierającą treningu oporowego, • nie nałożono ograniczeń dotyczących stopnia i przyczyny obrażeń oparzeniowych, warunków prowadzenia interwencji lub czasu, który upłynął od urazu do rozpoczęcia interwencji, • wymagane były minimum dwie sesje treningu oporowego o intensywności co najmniej 40% maksimum jednego powtórzenia, co najmniej dwie serie po osiem powtórzeń każdego ćwiczenia. a zestawy ośmiu powtórzeń na każde ćwiczenie. Włączono badania o czasie trwania > 2 tygodni treningu oporowego, • włączono badania obejmujące trening oporowy samodzielnie lub jako element rehabilitacji multidyscyplinarnej. <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • badania bez grupy kontrolnej <p><u>Interwencja:</u> trening oporowy</p> <p><u>Komparator:</u> standardowa (nieokreślona) opieką lub inną rehabilitacją nie zawierającą treningu oporowego.</p> <p><u>Punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • siła mięśniowa (nieokreślona metoda pomiaru), 	<ul style="list-style-type: none"> • wiek: w badaniach obejmujących populację pediatryczną średni wiek zawierał się w przedziale 9,2–13,7 lat. • płeć: b.d. • badania włączyły pacjentów z poważnymi obrażeniami poparzeniowymi. Zakres średnich wartości całkowitej powierzchni ciała, która uległa poparzeniu (TBSA) we wszystkich włączonych badaniach wynosił 29,9–62% TBSA. <p><u>Interwencja:</u> We wszystkich badaniach wybrano tyko pacjentów z poważnymi obrażeniami poparzeniowymi. Zakres średnich wartości TBSA we wszystkich włączonych badaniach wynosił 29,9–62% TBSA. Nadzorowany trening oporowy rozpoczął się w różnych punktach czasowych, od ostatecznego przeszczepu skóry i gojenia się, do 6 miesięcy po początkowym urazie poparzeniowym.</p> <p><u>Komparator:</u> standardowy (nieokreślony) model opieki lub nienadzorowany trening.</p> <p>I. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych dotyczące populacji pediatrycznej – na korzyść interwencji</p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w analizowanych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="880 679 2038 922"> <thead> <tr> <th>Punkt końcowy</th> <th>Liczba badań (liczebność I; K)</th> <th>Wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p; I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Siła mięśniowa – wyprost kolana (pomiar dynamomentrem, nieokreślona jednostka), analiza wrażliwości*</td> <td>8 (I=122; K=107)</td> <td>SMD= 0,27</td> <td>0,01; 0,53</td> <td>p=0,04; I²=28%</td> </tr> <tr> <td>Siła mięśniowa – wyprost kolana (pomiar dynamomentrem, nieokreślona jednostka)</td> <td>8 (I=122; K=107)</td> <td>SMD= 0,57</td> <td>-0,32; 1,46</td> <td>p=0,21; I²=88%</td> </tr> <tr> <td>Beztłuszczowa masa ciała (pomiar absorpcjometrią promieniowania X o dwóch energiach (DXA)) [kg]</td> <td>6 (I=95; K=80)</td> <td>MD= 1,87</td> <td>-2,55; 6,30</td> <td>p=0,41; I²=0%</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>I – interwencja; K – komparator</i> * analiza wrażliwości polegała na zastąpieniu wyniku najbardziej oddalonego od średniej badania, średnią uzyskaną z pozostałych w analizie badań</p> <p>II. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych dotyczące populacji pediatrycznej – na korzyść komparatora</p> <p>Nie odnotowano wyników analizowanych punktów końcowych na korzyść grupy kontrolnej.</p> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • szpitalne lub centra/kliniki rehabilitacji: 5 badań, • nie określono: 6 badań <p><u>Follow-up:</u> b.d.</p>	Punkt końcowy	Liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²	Siła mięśniowa – wyprost kolana (pomiar dynamomentrem, nieokreślona jednostka), analiza wrażliwości*	8 (I=122; K=107)	SMD= 0,27	0,01; 0,53	p=0,04; I ² =28%	Siła mięśniowa – wyprost kolana (pomiar dynamomentrem, nieokreślona jednostka)	8 (I=122; K=107)	SMD= 0,57	-0,32; 1,46	p=0,21; I ² =88%	Beztłuszczowa masa ciała (pomiar absorpcjometrią promieniowania X o dwóch energiach (DXA)) [kg]	6 (I=95; K=80)	MD= 1,87	-2,55; 6,30	p=0,41; I ² =0%
Punkt końcowy	Liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²																		
Siła mięśniowa – wyprost kolana (pomiar dynamomentrem, nieokreślona jednostka), analiza wrażliwości*	8 (I=122; K=107)	SMD= 0,27	0,01; 0,53	p=0,04; I ² =28%																		
Siła mięśniowa – wyprost kolana (pomiar dynamomentrem, nieokreślona jednostka)	8 (I=122; K=107)	SMD= 0,57	-0,32; 1,46	p=0,21; I ² =88%																		
Beztłuszczowa masa ciała (pomiar absorpcjometrią promieniowania X o dwóch energiach (DXA)) [kg]	6 (I=95; K=80)	MD= 1,87	-2,55; 6,30	p=0,41; I ² =0%																		

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia <i>a priori</i>)	Raportowane wyniki
	<ul style="list-style-type: none"> • beztłuszczowa masa ciała, • funkcjonowanie fizyczne, • jakość życia, • oznaki bólu, • występowanie zdarzeń niepożądanych. 	
Tachibana 2017 <u>Źródła finansowania:</u> brak finansowania		
<p><u>Cel:</u> porównanie trzech modeli interwencji: 1: behawioralny (programy z naciskiem na stosowanie zasad zachowania w celu poprawy uczenia się i zachowania); 2: komunikacji społecznej; 3: rozwoju multimodalnego, w którym zastosowano strategie rozwojowe/edukacyjne, w przypadku dzieci z autyzmem.</p> <p><u>Synteza wyników:</u> Jakościowa i ilościowa</p> <p><u>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</u> do października 2014 r.</p>	<p><u>Populacja:</u> pacjenci w wieku przedszkolnym 6 lat i młodszy ze spektrum zaburzeń autystycznych ASD (ang. autism spectrum disorder).</p> <p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • badania RCT, • pacjenci (dzieci) z postawioną diagnozą autyzmu lub ASD wykonaną przez klinicystę lub psychologa oceniającego na podstawie kryteriów diagnostycznych: DSM-IV-TR, DSM-IV, DSM III-R lub ICD-10, • pacjenci bez chorób współistniejących tj.: porażenie mózgowe, zespoły genetyczne, rozpoznane upośledzenie słuchu, rozpoznane upośledzenie wzroku lub poważne zaburzenia psychiczne. <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • quasi-RCT, • próby krzyżowe, • badania, których interwencje nie zostały zaklasyfikowane jako behawioralne, 	<p><u>Włączone badania:</u> badania ogółem: 33 RCT (lata 1998–2013). Badania włączone do analizy: 14 RCT</p> <p><u>Populacja:</u> 594 pacjentów (interwencja: b.d., komparator: b.d.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • wiek: 1–6 lat • płeć: b.d. <p><u>Interwencja:</u> interwencje behawioralne lub interwencje ukierunkowane na komunikację społeczną lub multimodalne interwencje rozwojowe.</p> <p><u>Komparator:</u> standardowa (nieokreślona) opieka.</p>

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori)	Raportowane wyniki																																																																											
	<p>społeczno-komun kacyjne lub multimodalne rozwojowe,</p> <ul style="list-style-type: none"> • badania, których interwencje dotyczyły medycyny farmakologicznej, alternatywnej lub komplementarnej, • badania, w których grupa kontrolna otrzymała specyficzną wczesną interwencję dla dzieci z ASD i nie będącą leczeniem oferowanym przez służby lokalne, • pacjenci, u których ASD zdiagnozowano za pomocą DSM-5. <p><u>Interwencja:</u> 3 typy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. interwencje behawioralne – oparte zasadniczo na teorii uczenia się i na stosowanej analizie behawioralnej (ABA); 2. interwencje ukierunkowane na komunikację społeczną, której osłabienie jest głównym objawem autyzmu; 3. multimodalne interwencje rozwojowe ukierunkowane na wszechstronny zakres rozwoju dzieci. <p><u>Komparator:</u> standardowa (nieokreślona) opieka.</p> <p><u>Pierwszorzędowy punkt końcowy:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ogólne objawy autyzmu (nasilenie objawów autyzmu) mierzone za pomocą protokołu obserwacji do diagnozowania zaburzeń ze 	<p>I. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych – na korzyść interwencji.</p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji (behawioralne, ukierunkowane na komunikację społeczną, multimodalne) w analizowanych punktach końcowych.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="875 360 1312 416">Punkt końcowy</th> <th data-bbox="1312 360 1536 416">liczba badań (liczebność I; K)</th> <th data-bbox="1536 360 1671 416">Wynik</th> <th data-bbox="1671 360 1827 416">95%CI</th> <th data-bbox="1827 360 2029 416">p; I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="875 416 1312 472">Iloraz inteligencji (nieokreślona metoda pomiaru)</td> <td data-bbox="1312 416 1536 472">10 (I=116, K=116)</td> <td data-bbox="1536 416 1671 472">SMD= 0,36</td> <td data-bbox="1671 416 1827 472">0,05; 0,66</td> <td data-bbox="1827 416 2029 472">p=0,02; I²=20%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="875 472 1312 528">Zabawy funkcjonalne (nieokreślona metoda pomiaru)</td> <td data-bbox="1312 472 1536 528">2 (I=19; K=19)</td> <td data-bbox="1536 472 1671 528">SMD= 0,84</td> <td data-bbox="1671 472 1827 528">0,17; 1,50</td> <td data-bbox="1827 472 2029 528">p=0,01; I²=b.d.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="875 528 1312 584">Synchronizacja rodzicielska (nieokreślona metoda pomiaru)</td> <td data-bbox="1312 528 1536 584">6 (I=101; K=98)</td> <td data-bbox="1536 528 1671 584">SMD=0,99</td> <td data-bbox="1671 528 1827 584">0,70; 1,29</td> <td data-bbox="1827 528 2029 584">p<0,00001, I²=0%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="875 584 1312 679">Ogólne objawy autyzmu (nasilenie objawów autyzmu) (pomiar za pomocą protokołu obserwacji do diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu (ADOS-G)).</td> <td data-bbox="1312 584 1536 679">7 (I=115, K=112)</td> <td data-bbox="1536 584 1671 679">SMD= -0,31</td> <td data-bbox="1671 584 1827 679">-0,63; 0,01</td> <td data-bbox="1827 584 2029 679">p=0,06; I²=21%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="875 679 1312 735">Język (sprawności) ekspresywny (nieokreślona metoda pomiaru)</td> <td data-bbox="1312 679 1536 735">16 (I=234; K=223)</td> <td data-bbox="1536 679 1671 735">SMD= 0,11</td> <td data-bbox="1671 679 1827 735">-0,07; 0,3</td> <td data-bbox="1827 679 2029 735">p=0,23; I²=0%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="875 735 1312 791">Język (sprawności) receptywny (nieokreślona metoda pomiaru)</td> <td data-bbox="1312 735 1536 791">15 (I=234; K=223)</td> <td data-bbox="1536 735 1671 791">SMD= 0,12</td> <td data-bbox="1671 735 1827 791">-0,11; 0,34</td> <td data-bbox="1827 735 2029 791">p=0,30; I²=24%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="875 791 1312 847">Interakcje społeczne (nieokreślona metoda pomiaru)</td> <td data-bbox="1312 791 1536 847">14 (I=195; K=185)</td> <td data-bbox="1536 791 1671 847">SMD= 0,53</td> <td data-bbox="1671 791 1827 847">0,29; 0,78</td> <td data-bbox="1827 791 2029 847">p=0,12; I²=18%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="875 847 1312 903">Zaburzenia (obniżenie) relacji społecznych (nieokreślona metoda pomiaru)</td> <td data-bbox="1312 847 1536 903">4 (I=126; K=124)</td> <td data-bbox="1536 847 1671 903">SMD= -0,15</td> <td data-bbox="1671 847 1827 903">-0,40; 0,10</td> <td data-bbox="1827 847 2029 903">p=0,24; I²=0%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="875 903 1312 959">Zaburzenia w komunikacji (nieokreślona metoda pomiaru)</td> <td data-bbox="1312 903 1536 959">3 (I= 77; K=75)</td> <td data-bbox="1536 903 1671 959">SMD= -0,03</td> <td data-bbox="1671 903 1827 959">-0,35; 0,29</td> <td data-bbox="1827 903 2029 959">p=0,85; I²=0%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="875 959 1312 1031">Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowań, zainteresowań i działań (nieokreślona metoda pomiaru)</td> <td data-bbox="1312 959 1536 1031">4 (I=150; K=147)</td> <td data-bbox="1536 959 1671 1031">SMD= -0,21</td> <td data-bbox="1671 959 1827 1031">-0,52; 0,09</td> <td data-bbox="1827 959 2029 1031">p=0,17; I²=39%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="875 1031 1312 1086">Inicjowanie wspólnej uwagi (nieokreślona metoda pomiaru)</td> <td data-bbox="1312 1031 1536 1086">10 (I=150; K=141)</td> <td data-bbox="1536 1031 1671 1086">SMD= 0,40</td> <td data-bbox="1671 1031 1827 1086">-0,04; 0,84</td> <td data-bbox="1827 1031 2029 1086">p=0,08; I²=68%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="875 1086 1312 1142">Reagowanie na wspólną uwagę (nieokreślona metoda pomiaru)</td> <td data-bbox="1312 1086 1536 1142">4 (I=79; K=80)</td> <td data-bbox="1536 1086 1671 1142">SMD= 0,63</td> <td data-bbox="1671 1086 1827 1142">-0,14; 1,39</td> <td data-bbox="1827 1086 2029 1142">p=0,11; I²=97%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="875 1142 1312 1198">Umiejętność naśladowania (nieokreślona metoda pomiaru)</td> <td data-bbox="1312 1142 1536 1198">3 (I=60; K=59)</td> <td data-bbox="1536 1142 1671 1198">SMD= 0,54</td> <td data-bbox="1671 1142 1827 1198">-0,25; 1,33</td> <td data-bbox="1827 1142 2029 1198">p=0,18; I²=62%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="875 1198 1312 1254">Stres rodzicielski (nieokreślona metoda pomiaru)</td> <td data-bbox="1312 1198 1536 1254">6 (I=60; K=44)</td> <td data-bbox="1536 1198 1671 1254">SMD=-0,30</td> <td data-bbox="1671 1198 1827 1254">-0,69; 0,10</td> <td data-bbox="1827 1198 2029 1254">p=0,82; I²=0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>I – interwencja; K – komparator</p>	Punkt końcowy	liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²	Iloraz inteligencji (nieokreślona metoda pomiaru)	10 (I=116, K=116)	SMD= 0,36	0,05; 0,66	p=0,02; I ² =20%	Zabawy funkcjonalne (nieokreślona metoda pomiaru)	2 (I=19; K=19)	SMD= 0,84	0,17; 1,50	p=0,01; I ² =b.d.	Synchronizacja rodzicielska (nieokreślona metoda pomiaru)	6 (I=101; K=98)	SMD=0,99	0,70; 1,29	p<0,00001, I ² =0%	Ogólne objawy autyzmu (nasilenie objawów autyzmu) (pomiar za pomocą protokołu obserwacji do diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu (ADOS-G)).	7 (I=115, K=112)	SMD= -0,31	-0,63; 0,01	p=0,06; I ² =21%	Język (sprawności) ekspresywny (nieokreślona metoda pomiaru)	16 (I=234; K=223)	SMD= 0,11	-0,07; 0,3	p=0,23; I ² =0%	Język (sprawności) receptywny (nieokreślona metoda pomiaru)	15 (I=234; K=223)	SMD= 0,12	-0,11; 0,34	p=0,30; I ² =24%	Interakcje społeczne (nieokreślona metoda pomiaru)	14 (I=195; K=185)	SMD= 0,53	0,29; 0,78	p=0,12; I ² =18%	Zaburzenia (obniżenie) relacji społecznych (nieokreślona metoda pomiaru)	4 (I=126; K=124)	SMD= -0,15	-0,40; 0,10	p=0,24; I ² =0%	Zaburzenia w komunikacji (nieokreślona metoda pomiaru)	3 (I= 77; K=75)	SMD= -0,03	-0,35; 0,29	p=0,85; I ² =0%	Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowań, zainteresowań i działań (nieokreślona metoda pomiaru)	4 (I=150; K=147)	SMD= -0,21	-0,52; 0,09	p=0,17; I ² =39%	Inicjowanie wspólnej uwagi (nieokreślona metoda pomiaru)	10 (I=150; K=141)	SMD= 0,40	-0,04; 0,84	p=0,08; I ² =68%	Reagowanie na wspólną uwagę (nieokreślona metoda pomiaru)	4 (I=79; K=80)	SMD= 0,63	-0,14; 1,39	p=0,11; I ² =97%	Umiejętność naśladowania (nieokreślona metoda pomiaru)	3 (I=60; K=59)	SMD= 0,54	-0,25; 1,33	p=0,18; I ² =62%	Stres rodzicielski (nieokreślona metoda pomiaru)	6 (I=60; K=44)	SMD=-0,30	-0,69; 0,10	p=0,82; I ² =0%
Punkt końcowy	liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²																																																																									
Iloraz inteligencji (nieokreślona metoda pomiaru)	10 (I=116, K=116)	SMD= 0,36	0,05; 0,66	p=0,02; I ² =20%																																																																									
Zabawy funkcjonalne (nieokreślona metoda pomiaru)	2 (I=19; K=19)	SMD= 0,84	0,17; 1,50	p=0,01; I ² =b.d.																																																																									
Synchronizacja rodzicielska (nieokreślona metoda pomiaru)	6 (I=101; K=98)	SMD=0,99	0,70; 1,29	p<0,00001, I ² =0%																																																																									
Ogólne objawy autyzmu (nasilenie objawów autyzmu) (pomiar za pomocą protokołu obserwacji do diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu (ADOS-G)).	7 (I=115, K=112)	SMD= -0,31	-0,63; 0,01	p=0,06; I ² =21%																																																																									
Język (sprawności) ekspresywny (nieokreślona metoda pomiaru)	16 (I=234; K=223)	SMD= 0,11	-0,07; 0,3	p=0,23; I ² =0%																																																																									
Język (sprawności) receptywny (nieokreślona metoda pomiaru)	15 (I=234; K=223)	SMD= 0,12	-0,11; 0,34	p=0,30; I ² =24%																																																																									
Interakcje społeczne (nieokreślona metoda pomiaru)	14 (I=195; K=185)	SMD= 0,53	0,29; 0,78	p=0,12; I ² =18%																																																																									
Zaburzenia (obniżenie) relacji społecznych (nieokreślona metoda pomiaru)	4 (I=126; K=124)	SMD= -0,15	-0,40; 0,10	p=0,24; I ² =0%																																																																									
Zaburzenia w komunikacji (nieokreślona metoda pomiaru)	3 (I= 77; K=75)	SMD= -0,03	-0,35; 0,29	p=0,85; I ² =0%																																																																									
Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowań, zainteresowań i działań (nieokreślona metoda pomiaru)	4 (I=150; K=147)	SMD= -0,21	-0,52; 0,09	p=0,17; I ² =39%																																																																									
Inicjowanie wspólnej uwagi (nieokreślona metoda pomiaru)	10 (I=150; K=141)	SMD= 0,40	-0,04; 0,84	p=0,08; I ² =68%																																																																									
Reagowanie na wspólną uwagę (nieokreślona metoda pomiaru)	4 (I=79; K=80)	SMD= 0,63	-0,14; 1,39	p=0,11; I ² =97%																																																																									
Umiejętność naśladowania (nieokreślona metoda pomiaru)	3 (I=60; K=59)	SMD= 0,54	-0,25; 1,33	p=0,18; I ² =62%																																																																									
Stres rodzicielski (nieokreślona metoda pomiaru)	6 (I=60; K=44)	SMD=-0,30	-0,69; 0,10	p=0,82; I ² =0%																																																																									

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori)	Raportowane wyniki															
	<p>spektrum autyzmu (ADOS-G).</p> <p><u>Drugorzędowe punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • iloraz inteligencji, • język (sprawności) ekspresywny, • język (sprawności) receptywny, • interakcje społeczne, • zachowania adaptacyjne, • zaburzenia (obniżenie) relacji społecznych, • zaburzenia w komunikacji, • ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowań, zainteresowań i działań (RRB), • inicjowanie wspólnej uwagi, • reagowanie na wspólną uwagę, • umiejętność naśladowania, • zabawy funkcjonalne, • gra symboli, • synchronizacja rodzicielska, • stres rodzicielski. 	<p>II. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych – na korzyść kontroli (standardowa opieka).</p> <p>Tabela 2. Wyniki przemawiające na korzyść kontroli (standardowa opieka) w analizowanych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="880 395 2040 539"> <thead> <tr> <th>Punkt końcowy</th> <th>Liczba badań (liczebność I; K)</th> <th>Wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p; I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zachowania adaptacyjne (nieokreślona metoda pomiaru)</td> <td>10 (I= 209; K=205)</td> <td>SMD= -0,04</td> <td>-0,23; 0,15</td> <td>p=0,69; I²=b.d.</td> </tr> <tr> <td>Gra symboli (nieokreślona metoda pomiaru)</td> <td>2 (I=19; K=19)</td> <td>SMD= -0,24</td> <td>-0,88; 0,40</td> <td>p=0,46; I²=b.d.</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>I – interwencja; K – komparator</i></p> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • opieka środowiskowa – b.d. o liczbie badań, • opieka ambulatoryjna – b.d. o liczbie badań, • opieka domowa – b.d. o liczbie badań. <p><u>Okres follow-up:</u> b.d.</p>	Punkt końcowy	Liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²	Zachowania adaptacyjne (nieokreślona metoda pomiaru)	10 (I= 209; K=205)	SMD= -0,04	-0,23; 0,15	p=0,69; I ² =b.d.	Gra symboli (nieokreślona metoda pomiaru)	2 (I=19; K=19)	SMD= -0,24	-0,88; 0,40	p=0,46; I ² =b.d.
Punkt końcowy	Liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²													
Zachowania adaptacyjne (nieokreślona metoda pomiaru)	10 (I= 209; K=205)	SMD= -0,04	-0,23; 0,15	p=0,69; I ² =b.d.													
Gra symboli (nieokreślona metoda pomiaru)	2 (I=19; K=19)	SMD= -0,24	-0,88; 0,40	p=0,46; I ² =b.d.													
<p>Munoz 2013 <u>Źródła finansowania:</u> brak finansowania</p>																	

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori)	Raportowane wyniki															
<p><u>Cel:</u> Ocena efektywności wykorzystania fizjoterapii w leczeniu bólu dolnej części pleców u dzieci i nastolatków.</p> <p><u>Synteza wyników:</u> ilościowa i jakościowa</p> <p><u>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</u> od: bez ograniczeń, do: 03.2011 r.</p>	<p><u>Populacja:</u> Populacja pacjentów w wieku od 6 do 18 lat, u których występuje ból dolnej części pleców.</p> <p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Badania publikowane lub nieopublikowane, • Badanie zawierające niezbędne dane do analizy statystycznej, • Badania opublikowane przed marcem 2011, • Badania w języku: angielskim, hiszpańskim, portugalskim, francuskim lub włoskim, • Populacja pacjentów stanowiąca całą kohortę badania lub jej część. <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Badania single-case, • Ból dolnej części pleców jako rozpoznanie dodatkowe w przypadku wystąpienia: poważnych patologii kręgosłupa, deformacji lub schorzeń neurologicznych zaburzających ton motoryczny. <p><u>Interwencja:</u> Fizjoterapia w leczeniu bólu dolnej części pleców.</p> <p><u>Komparator:</u> Brak lub obecna grupa kontrolna; konieczne przedstawienie wyników pretest-posttest.</p> <p><u>Punkty końcowe:</u></p>	<p><u>Włączone badania:</u> 8 (3 RCT, 3 kontrolowane badania kliniczne, 1 badanie prospektywne, 1 seria przypadków) (lata: 2011–2008).</p> <p><u>Populacja:</u> 334 pacjentów (interwencja:221 komparator:113) w analizie pretest-posttest</p> <ul style="list-style-type: none"> • Średnia wieku: 14,1 lat, • płeć: 26,5% mężczyzn. <p><u>Interwencja:</u> Indywidualny program ćwiczeń pleców (indywidualna fizjoterapia + ćwiczenia fizyczne + samodzielny trening)/samodzielny program treningowy pleców (samodzielne ćwiczenia + edukacja + ćwiczenia domowe) – 1 badanie, stabilizacja, mobilizacja/manipulacja, specyficzne ćwiczenia – 1 badanie, program ćwiczeń fizycznych – 1 badanie, terapia manualna – 1 badanie, specyficzne ćwiczenia mięśni – 1 badanie, program ćwiczeń w szkole – 1 program, wielowymiarowy program (indywidualny program ćwiczeń + edukacja + przesiewowe badania follow-up – 1 badanie, fizjoterapia – 1 badanie. W ramach interwencji wyodrębniono 11 grup pacjentów.</p> <p><u>Komparator:</u> Analiza w przeglądzie została wykonana w postaci pretest-posttest. W ramach komparatora wyodrębniono 5 grup pacjentów.</p> <p>I. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych – na korzyść interwencji</p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w analizowanych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="880 847 2036 1013"> <thead> <tr> <th>Punkt końcowy</th> <th>liczba badań (liczebność I; K)</th> <th>Wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p; I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ból (nieokreślona metoda pomiaru) w grupie interwencyjnej</td> <td>11 grup pacjentów (I=221)</td> <td>SMD=0,80</td> <td>0,61; 0,99</td> <td>p<0,00001; I²=20%</td> </tr> <tr> <td>Ból (nieokreślona metoda pomiaru) w grupie kontrolnej)</td> <td>5 grup pacjentów (K=113)</td> <td>SMD=-0,19</td> <td>-0,44; 0,05</td> <td>p=0,11; I²=19%</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>I – interwencja; K – komparator</i></p> <p>II. Wyniki dla analizowanych punktów końcowych – na korzyść kontroli</p> <p>Brak wyników dla analizowanych punktów końcowych na korzyść kontroli</p> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u> b.d.</p> <p><u>Follow-up:</u> Brak danych</p>	Punkt końcowy	liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²	Ból (nieokreślona metoda pomiaru) w grupie interwencyjnej	11 grup pacjentów (I=221)	SMD=0,80	0,61; 0,99	p<0,00001; I ² =20%	Ból (nieokreślona metoda pomiaru) w grupie kontrolnej)	5 grup pacjentów (K=113)	SMD=-0,19	-0,44; 0,05	p=0,11; I ² =19%
Punkt końcowy	liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p; I ²													
Ból (nieokreślona metoda pomiaru) w grupie interwencyjnej	11 grup pacjentów (I=221)	SMD=0,80	0,61; 0,99	p<0,00001; I ² =20%													
Ból (nieokreślona metoda pomiaru) w grupie kontrolnej)	5 grup pacjentów (K=113)	SMD=-0,19	-0,44; 0,05	p=0,11; I ² =19%													

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia <i>a priori</i>)	Raportowane wyniki
	<p>Wyniki każdego badania zostały sklasyfikowane w zakresie następujących punktów końcowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ból, • niepełnosprawność, • gibkość, • wytrzymałość, <p>zdrowie psychiczne.</p>	

4.3 Ograniczenia

Ograniczenia dotyczące strategii wyszukiwania i metodyki:

- część opracowań wtórnych włączonych do powyższej Analizy Klinicznej (8 z 13 przeglądów systematycznych) odnaleziono na podstawie przeglądu niesystematycznego, co niesie za sobą ryzyko błędu pominięcia innych istotnych badań w danej subpopulacji pacjentów pediatrycznych;
- subpopulacje na podstawie których opracowywano powyższą analizę, określone w rozdziale 3.1 w tabeli 10 i 11 w niniejszym raporcie, zawierają rozpoznania mieszane i zróżnicowane określane jako „*Inne...*” (jak np. *M95. Inne nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej*, czy *M21. Inne nabyte deformacje kończyn*) co uniemożliwia Analitykom precyzyjne określenie pacjentów kwalifikujących się do świadczeń z zakresu rehabilitacji pediatrycznej, w związku z czym mogą istnieć grupy pacjentów, na temat których nieintencjonalnie pominięto część badań określających skuteczność interwencji z zakresu rehabilitacji w tychże grupach;
- ze względu na potrzebę odnalezienia jak najbardziej wiarygodnych badań, przyjęto poziom przeglądów systematycznych bez metaanalizy jako najniższy poziom dowodów możliwych do włączenia do powyższej analizy;

Inne ograniczenia:

- brak jednakowych punktów końcowych we wszystkich odnalezionych przeglądach systematycznych;
- brak oceny publikacji wg skali AMSTAR II.

Ograniczenia dotyczące niektórych przeglądów systematycznych:

- brak szczegółowych strategii wyszukiwania;
- brak zawartej informacji o użyciu przez autorów odpowiednich narzędzi do oceny ryzyka błędu systematycznego w poszczególnych badaniach włączonych do przeglądu;
- brak informacji o potencjalnych źródłach konfliktu interesów, takich jak źródła finansowania przeglądu.

Ograniczenia dotyczące wskazania:

- ogólna populacja pacjentów pulmonologicznych w niektórych przeglądach, bez określenia szczegółowych rozpoznań i stopnia ciężkości choroby.

Ograniczenia dotyczące badań włączonych do niektórych przeglądów systematycznych:

- mała liczba włączonych badań;
- niska jakość badań;
- krótki czas obserwacji;
- włączono publikacje jedynie w języku angielskim;
- brak szczegółowej charakterystyki badań;
- brak szczegółowej charakterystyki populacji

4.4 Podsumowanie

W ramach wyszukiwania odnaleziono i włączono do niniejszej analizy skuteczności i bezpieczeństwa ogółem 13 publikacji, w tym: 11 przeglądów systematycznych z metaanalizą (Gittings 2018, Joschtel 2018, Park 2018, Yu 2018, Jeng 2017, Miyahara 2017, Tachibana 2017, Valentin 2017, Linden 2016, Ryan 2016, Munoz 2013) oraz 2 przeglądy systematyczny bez metaanalizy (Romano 2012, Tikkanen 2012) z lat 2010–2019, które dotyczyły następujących subpopulacji:

- subpopulacja neurologiczna (Linden 2016, Ryan 2016),
- subpopulacja ortopedyczna (Park 2018, Roman 2012),
- subpopulacja kardiologiczna (Tikkanen 2012),
- subpopulacja pulmonologiczna (Joschtel 2018),
- subpopulacja pacjentów, u których występuje brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego (Yu 2018, Jeng 2017, Miyahara 2017, Valentin 2017),

- pozostałe subpopulacje (Gittings 2018, Tachibana 2017, Munoz 2013).

Subpopulacja neurologiczna

W subpopulacji pacjentów neurologicznych zidentyfikowano 2 przeglądy systematyczne z metaanalizą oparte na badaniach RCT (Linden 2016, Ryan 2016).

W badaniu Linden 2016 porównującym interwencje technologiczne vs. placebo, brak leczenia lub inne rodzaje interwencji u dzieci i młodzieży z nabytym uszkodzeniem mózgu, nie osiągnięto istotności statystycznej w żadnym z wyników w analizowanych punktach końcowych.

W przeglądzie systematycznym Ryan 2016, w którym porównywano aktywność fizyczną vs. brak leczenia, standardowa opieka lub alternatywny rodzaj ćwiczeń fizycznych u dzieci, młodzież i dorośli w każdym wieku ze diagnozowanym porażeniem mózgowym w zależności od rodzaju wykonywanych ćwiczeń oraz komparatora, istotne statystycznie wyniki osiągnięto na korzyść interwencji osiągnięto w następujących punktach końcowych:

- trening aerobowy vs. standardowy model opieki:
 - motoryka duża (wyniki krótkoterminowe) (SMD=0,53, [95%CI 0,02; 1,04], p=0,041, I²=0,0%) – umiarkowany efekt,
- trening oporowy vs. standardowy model opieki:
 - siła mięśniowa (wyniki krótkoterminowe) – subpopulacja dzieci i młodzież (SMD= 0,53, [95%CI 0,00; 1,06], p=0,049, I²=70%) – umiarkowany efekt,
 - siła mięśniowa (wyniki średnioterminowe) – subpopulacja dzieci i młodzież (SMD= 0,50, [95%CI 0,06; 0,94, p=0,027, I²=1%) – umiarkowany efekt,,
- trening aerobowy i mieszany vs. standardowy model opieki:
 - motoryka duża (wyniki krótkoterminowe); pomiar: Gross Motor Function Measure (SMD= 0,36, [95% CI 0,09; 0,62], p=0,0084, I²=0,0%) – mały efekt,
- trening oporowy i mieszany vs. standardowy model opieki:
 - zaangażowanie w sytuacje życiowe (wyniki krótkoterminowe) (SMD= 0,35, [95%CI 0,07; 0,64], p=0,016, I²=0,0%) – mały efekt,
 - siła mięśniowa (wyniki krótkoterminowe) (SMD= 0,38, [95%CI 0,01; 0,76], p=0,045, I²=66%) – mały efekt.

Subpopulacja ortopedyczna

W subpopulacji pacjentów ortopedycznych zidentyfikowano łącznie 2 przeglądy systematyczne w populacji pacjentów z idiopatyczną skoliozą młodzieńczą (Park 2018, Romano 2012).

W przeglądzie systematycznym Park 2018, w którym interwencją były ćwiczenia Schrotha, ćwiczenia Schrotha 3D lub najlepsza praktyka Schrotha, a populacją byli pacjenci z idiopatyczną skoliozą młodzieńczą w wieku 10–19 lat oraz 20 i więcej, nie osiągnięto istotności statystycznej w żadnym z wyników w analizowanych punktach końcowych.

W badaniu Romano 2012, w którym porównywano wszystkie rodzaje ćwiczeń specyficznych dla skolioz, które mają na celu zmniejszanie deformacji vs. brak leczenia, różne ćwiczenia specyficzne dla skolioz, zwykła fizjoterapia lub inne zabiegi niechirurgiczne u pacjentów z idiopatyczną skoliozą młodzieńczą, według autorów przeglądu istotność statystyczną na korzyść grupy interwencyjnej osiągnięto w wynikach dla następujących punktów końcowych (brak podanej wartości p):

- zmniejszenie skoliozy (zmniejszenie krzywizny odcinka piersiowego kręgosłupa) określona za pomocą kąta Cobba (°) – obserwacja 6 mies. (MD= 9, [95%CI 5,47; 12,53]),
- zmniejszenie skoliozy (zmniejszenie krzywizny odcinka lędźwiowego kręgosłupa) określona za pomocą kąta Cobba (°) – obserwacja 6 mies. (MD= 8, [95%CI 5,08; 10,92]).

Subpopulacja kardiologiczna

W subpopulacji pacjentów kardiologicznych zidentyfikowano 1 przegląd systematyczny bez metaanalizy – Tikkanen 2012, w którym interwencją był ustrukturyzowany program rehabilitacji kardiologicznej z elementem treningu wysiłkowego, a populacją dzieci do 18 r.ż. z wrodzonymi wadami serca, istotność statystyczną na korzyść grupy interwencyjnej osiągnięto w wynikach z zakresu:

- pułap tlenowy (Rhodes 2006 – 21,8%, $p < 0,01$; Moalla 2006 – 21%, $p < 0,05$; Fredriksen 2000 – $1,67 \pm 0,57$ vs $1,82 \pm 0,66$ [l/min], $p < 0,001$),
- szczytowe moc wyjściowa (Rhodes 2006 – 7,8%, $p < 0,010$),
- szczytowe natlenienie mięśni oddechowych (ang. peak respiratory muscle oxygenation) (Moalla 2006 – 22%, $p < 0,01$),
- czas trwania aktywności fizycznej (s) (Fredriksen 2000 – 614 ± 138 vs 655 ± 155 , $p = 0,005$),
- poziom psychospołeczny (raport własnej samooceny młodzieży i lista kontrolna zachowań dzieci) (Fredriksen 2000 – b.d., $p = 0,028$),
- aktywność (akcelerometr) (Fredriksen 2000 – b.d., $p < 0,001$),
- test wysiłkowy (Canada fitness awards test) (Longmuit 1985/1990 – b.d., $p < 0,01$),
- czas wytrzymałości (podstawowy test wysiłkowy) (Ruttenberg 1983 – b.d., $p < 0,01$),
- korelacja między natlenieniem tkanek a pułapem tlenowym w progu beztlenowym (Moalla 2006 – b.d., $p < 0,01$).

Subpopulacja pulmonologiczna

W subpopulacji pacjentów pulmonologicznych zidentyfikowano 1 przegląd systematyczny z metaanalizą oparty na badaniach RCT – Joschtel 2018, porównujący ćwiczenia fizyczne vs. standardowa opieka, u pacjentów z chorobami układu oddechowego, istotność statystyczną na korzyść grupy interwencyjnej osiągnięto w wynikach następujących punktów końcowych:

- pułap tlenowy (VO2 peak) [ml/min/kg] (SMD=1,16, [95%CI 0,25; 1,29], $p < 0,0001$, $I^2=81\%$) – duży efekt:
 - pacjenci z astmą (SMD=1,97, [95%CI 0,61; 3,32], $p = 0,005$, $I^2=87\%$) – duży efekt,
 - pacjenci z mukowiscydozą (SMD=0,77, [95%CI 0,25; 1,29], $p = 0,004$, $I^2=71\%$) – umiarkowany efekt,
- jakość życia (kwestionariusz PAQLQ, PACQLQ, CFQ lub CFQ-R) [pkt] (SMD=1,36, [95%CI 0,42; 2,30], $p = 0,005$, $I^2=83\%$) – duży efekt.

Subpopulacja pacjentów, u których występuje brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego

W subpopulacji pacjentów u których stwierdzono brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju zidentyfikowano 4 przeglądy systematyczne z metaanalizą (Yu 2018, Jeng 2017, Miyahara 2017, Valentin 2017).

W przeglądzie systematycznym Yu 2018, w którym porównywano interwencje w zakresie umiejętności motorycznych vs. standardowa opieka lub inne programy treningowe, a populacją były dzieci w wieku 3–17 lat z dyspraksją, nie osiągnięto istotności statystycznej w żadnym z wyników w analizowanych punktach końcowych istotne statystycznie wyniki na korzyść grupy interwencyjnej osiągnięto na korzyść interwencji osiągnięto w następujących punktach końcowych:

- funkcje motoryczne, mierzone bezpośrednio po interwencji (nieokreślona metoda pomiaru) (SMD= 0,63, [95%CI 0,31; 0,94]. $p < 0,001$, $I^2=71,24\%$) – umiarkowany efekt,
- czynniki poznawcze, emocjonalne i psychologiczne, mierzone bezpośrednio po interwencji (SMD=0,65, [95% CI 0,25; 1,04], $p = 0,001$, $I^2=51,6\%$) – umiarkowany efekt.

W badaniu Jeng 2017 porównującym sprawność związana z umiejętnościami vs. nieokreślony komparator u nastolatków (13–18 lat) z upośledzeniem intelektualnym, istotność statystyczną na korzyść grupy interwencyjnej osiągnięto w wynikach następujących punktów końcowych:

- zwinność (wahadłowy test biegowy, 10m shuttle test) czas ukończenia testu (SMD= -0,781, [95%CI -1,279; 0,284], $p = 0,002$, $I^2=b.d.$) – umiarkowany efekt,

- siła (skok w dal z miejsca) (SMD= 0,760, [95%CI 0,441; 1,080], p=0,001, I²=b.d.) – umiarkowany efekt.

W przeglądzie systematycznym Miyahara 2017, w którym porównywano interwencję kierunkowaną na realizację określonych zadań vs. nieaktywne interwencje, a populacją byli pacjenci w wieku od 4 do 18 lat ze zdiagnozowanym rozwojowym zaburzeniem koordynacji, istotność statystyczną na korzyść grupy interwencyjnej osiągnięto w wynikach z zakresu:

- model efektów losowych
 - zdolności motoryczne (mierzone za pomocą narzędzia MABC) (MD=-3,63, [95%CI -5,88; -1,39], p=0,0015, I²=43%),
- model efektów stałych
 - zdolności motoryczne (mierzone za pomocą narzędzia MABC) (MD=-4,06, [95%CI -5,63; -2,50], p<0,00001, I²=43%).

W publikacji Valentin 2017 porównującej interwencję na bieżni dowolnego typu vs. brak leczenia lub inne leczenie u dzieci do szóstego roku życia z opóźnionym rozwojem chodu lub z osiągniętą samodzielnością chodu, nie osiągnięto istotności statystycznej w żadnym z wyników w analizowanych punktach końcowych.

Pozostałe subpopulacje

W subpopulacji pacjentów nie ujętych we wcześniejszych podrozdziałach odnaleziono 3 przeglądy systematycznych z metaanalizą (Gittings 2018, Munoz 2018, Tachibana 2017).

W badaniu Gittings 2018, w którym trening oporowy vs. standardowa (nieokreślona) opieka lub inna rehabilitacja niezawierająca treningu oporowego u dzieci i dorosłych po oparzeniach istotność statystyczną na korzyść grupy interwencyjnej osiągnięto w wynikach dla następujących punktów końcowych:

- siła mięśniowa – wyprost kolana (pomiar dynamomentrem), analiza wrażliwości (SMD=0,27, [95%CI 0,01; 0,53], p=0,04, I²=28%) – mały efekt.

W publikacji Tachibana 2017 porównującej interwencje behawioralne, interwencje ukierunkowane na komunikację społeczną lub multimodalne interwencje rozwojowe vs. standardowa (nieokreślona) opieka w populacji pacjentów w wieku przedszkolnym 6 lat i młodszy ze spektrum zaburzeń autystycznych ASD, istotność statystyczną na korzyść grupy interwencyjnej osiągnięto w wynikach z zakresu:

- iloraz inteligencji (SMD=0,36, [95%CI 0,05; 0,66], p=0,02, I²=20%) – umiarkowany efekt,
- zabawy funkcjonalne (SMD= 0,84, [95%CI 0,17; 1,50], p=0,01, I²=b.d.) – duży efekt,
- synchronizacja rodzicielska (SMD=0,99, [95%CI 0,70; 1,29], p<0,00001, I²=0%) – duży efekt.

W przeglądzie systematycznym Munoz 2013, w którym porównywano fizjoterapię w leczeniu bólu dolnej części pleców vs. brak lub obecna grupa kontrolna; konieczne przedstawienie wyników pretest-posttest w populacji pacjentów w wieku od 6 do 18 lat, u których występuje ból dolnej części pleców, istotnie statystycznie wyniki osiągnięto na korzyść interwencji osiągnięto w następujących punktach końcowych:

- ból (nieokreślona metoda pomiaru) w grupie interwencyjnej (SMD=0,80, [95%CI 0,61; 0,99], p<0,00001, I²=20%).

4.5 Zestawienie tabelaryczne

W poniższej tabeli przedstawiono podsumowanie wyników odnalezionych przeglądów systematycznych zgodnie ze schematem PICOS. W niniejszej tabeli uwzględniono jedynie te wyniki dla punktów końcowych, w których osiągnięto istotny statystycznie wpływ interwencji lub komparatora.

Wyniki raportowane w badaniach zostały wskazane najczęściej przy pomocy m.in.:

- SMD – miara różnicy między grupą badaną a grupą kontrolną uzyskanej w skali ciągłej, gdy w badaniach pierwotnych włączonych do metaanalizy stosowano różne skale pomiarowe (np. zmniejszenia nasilenia depresji wyrażane w różnych skalach). Progi dla interpretacji wartości: SMD>0,2 – mały efekt, SMD>0,5 – umiarkowany efekt, SMD>0,8 – duży efekt. [Cochrane]

- MD lub WMD – średnia ważona różnic. Miara różnicy między grupą badaną a grupą kontrolną uzyskanej w skali ciągłej (np. masy ciała), gdy we wszystkich badaniach pierwotnych włączonych do metaanalizy stosowano tę samą skalę pomiarową. [Cochrane]

Tabela 46. Podsumowanie publikacji włączonych do analizy klinicznej.

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
Subpopulacja neurologiczna	Linden 2016 PSM (3 RCT)	Interwencje technologiczne (urządzenia, które mogą przechowywać, pobierać lub przysyłać informacje).	Placebo, brak leczenia, inne rodzaje interwencji.	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść interwencji	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	–
	Ryan 2016 PSM (29 RCT)	Aktywność fizyczna, która jest zaplanowana, zorganizowana, powtarzalna i celowa.	Brak leczenia, standardowa opieka, alternatywny rodzaj ćwiczeń fizycznych.	<p><u>Trening aerobowy vs. standardowy model opieki</u> Motoryka duża (wyniki krótkoterminowe) (SMD=0,53, [95%CI 0,02; 1,04], p=0,041, I²=0,0%).</p> <p><u>Trening oporowy vs. standardowy model opieki</u> Siła mięśniowa (wyniki krótkoterminowe) – subpopulacja dzieci i młodzież (SMD= 0,53, [95%CI 0,00; 1,06], p=0,049, I²=70%) Siła mięśniowa (wyniki średnioterminowe) – subpopulacja dzieci i młodzież (SMD= 0,50, [95%CI 0,06; 0,94, p=0,027, I²=1%)</p> <p><u>Trening aerobowy i mieszany vs. standardowy model opieki</u> Motoryka duża (wyniki krótkoterminowe); pomiar: Gross Motor Function Measure (SMD= 0,36, [95% CI 0,09; 0,62], p=0,0084, I²=0,0%)</p> <p><u>Trening oporowy i mieszany vs. standardowy model opieki</u> Zaangażowanie w sytuacje życiowe (wyniki krótkoterminowe) (SMD= 0,35, [95%CI 0,07; 0,64], p=0,016, I²=0,0%) Siła mięśniowa (wyniki krótkoterminowe) (SMD= 0,38, [95%CI 0,01; 0,76], p=0,045, I²=66%)</p>	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	<p>Wyniki i.s. na korzyść aktywności fizycznej, która jest zaplanowana, zorganizowana, powtarzalna i celowa wykazano w następujących punktach końcowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - umiarkowany efekt na dużą motorykę (wyniki krótkoterminowe) – trening aerobowy vs. standardowy model opieki (SMD=0,53), - umiarkowany efekt na siłę mięśniową (wyniki krótkoterminowe) – trening oporowy vs. standardowy model opieki (SMD=0,53), - umiarkowany efekt na siłę mięśniową (wyniki średnioterminowe) – trening oporowy vs. standardowy model opieki (SMD=0,5), - mały efekt na dużą motorykę (wyniki krótkoterminowe) – trening aerobowy i mieszany vs. standardowy model opieki (SMD=0,36), - mały efekt na udział w ćwiczeniach (wyniki krótkoterminowe) – trening oporowy i mieszany vs. standardowy model opieki (SMD=0,35), - mały efekt na siłę mięśniową (wyniki krótkoterminowe) – trening oporowy i mieszany vs. standardowy model opieki (SMD=0,38).
Subpopulacja ortopedyczna	Park 2018 PSM (15 badań)	- Ćwiczenia Schrotha, - Ćwiczenia Schrotha 3D (w tym ćwiczenia oddychania, podwieszanie, mobilizacja,	b.d.	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść interwencji	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	–

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
		kształtowanie, rozciąganie i wzmacnianie), - Najlepsza praktyka Schrotha – Schroth best practice (program fizjologiczny, korekty ADL (Activities of Daily Living), 3D ułatwione ćwiczenia i nowe ćwiczenia Schroth power).				
	Romano 2012 PS (1 RCT, 1 badanie prospektywne kohortowe)	Wszystkie rodzaje ćwiczeń specyficznych dla skolioz, które mają na celu zmniejszanie deformacji.	Brak leczenia, różne ćwiczenia specyficzne dla skolioz, zwykła fizjoterapia, inne zabiegi niechirurgiczne.	<u>Według autorów przeglądu (brak podanej wartości p):</u> Progresja skoliozy (odcinek piersiowy kręgosłupa) określona za pomocą kąta Cobba (°) – obserwacja 6 mies. (MD= 9, [95%CI 5,47; 12,53]) Progresja skoliozy (odcinek lędźwiowy kręgosłupa) określona za pomocą kąta Cobba (°) – obserwacja 6 mies. (MD= 8, [95%CI 5,08; 10,92])	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	Zastosowanie interwencji takich jak wszystkie rodzaje ćwiczeń specyficznych dla skolioz, które mają na celu zmniejszanie deformacji wykazało i.s. zwiększenie progresji skoliozy w odcinku piersiowym kręgosłupa o 9° oraz w odcinku lędźwiowym kręgosłupa o 8°.
Subpopulacja kardiologiczna	Tikkanen 2012 PS (6 NRCT, 10 badań typu seria przypadków)	Ustrukturyzowany program rehabilitacji kardiologicznej z elementem treningu wysiłkowego.	Nie określono.	<p>Pałap tlenowy (Rhodes 2006 – 21,8%, p<0,01; Moalla 2006 – 21%, p<0,05; Fredriksen 2000 – 1,67±0,57 vs 1,82±0,66 [l/min], p<0,001)</p> <p>Szczytowe moc wyjściowa (Rhodes 2006 – 7,8%, p<0,010)</p> <p>Szczytowe natlenienie mięśni oddechowych (ang. peak respiratory muscle oxygenation) (Moalla 2006 – 22%, p<0,01)</p> <p>Czas trwania aktywności fizycznej (s) (Fredriksen 2000 – 614±138 vs 655±155, p=0,005)</p> <p>Poziom psychospołeczny (raport własnej samooceny młodzieży i lista kontrolna zachowań dzieci) (Fredriksen 2000 – b.d., p=0,028)</p> <p>Aktywność (akcelerometr) (Fredriksen 2000 – b.d., p<0,001)</p>		<p>Wyniki i.s. na korzyść ustrukturyzowanego programu rehabilitacji kardiologicznej z elementem treningu wysiłkowego wykazano w następujących punktach końcowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wzrost pałapu tlenowego o 21,8% – Rhodes 2006, 21% – Moalla 2006, 1,67±0,57 vs 1,82±0,66 [l/min] – Fredriksen 2000, - wzrost szczytowej mocy wyjściowej o 7,8% – Rhodes 2006, - wzrost szczytowego natlenienia mięśni oddechowych o 22% – Moalla 2006, - wzrost czasu trwania aktywności fizycznej 614±138 vs 655±155 – Fredriksen 2000, - wzrost poziomu psychospołecznego – Fredriksen 2000,

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
				Test wysiłkowy (Canada fitness awards test) (Longmuit 1985/1990 – b.d., p<0,01) Czas wytrzymałości (podstawowy test wysiłkowy) (Ruttenberg 1983 – b.d., p<0,01) Korelacja między natlenieniem tkanek a pułapem tlenowym w progu beztlenowym (Moalla 2006 – b.d., p<0,01)		- wzrost aktywności – Fredriksen 2000, - wzrost w teście wysiłkowym – Longmuit 1985/1990, - wzrost czasu wytrzymałości – Ruttenberg 1983 W publikacji wykazano również korelację między natlenieniem tkanek a pułapem tlenowym w progu beztlenowym – Moalla 2006.
Subpopulacja pulmonologiczna	Joschtel 2018 PSM (27 RCT)	Ćwiczenia fizyczne, których minimalny czas trwania wynosił 2 tygodnie.	Standardowa opieka.	Pułap tlenowy (VO ₂ peak) [ml/min/kg] (SMD=1,16, [95%CI 0,25; 1,29], p<0,0001, I ² =81%): - <u>pacjenci z astmą</u> (SMD=1,97, [95%CI 0,61; 3,32], p=0,005, I ² =87%), - <u>pacjenci z mukowiscydozą</u> (SMD=0,77, [95%CI 0,25; 1,29], p=0,004, I ² =71%) Jakość życia (kwestionariusz PAQLQ, PACQLQ, CFQ lub CFQ-R) [pkt] (SMD=1,36, [95%CI 0,42; 2,30], p=0,005, I ² =83%)	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	Wyniki i.s. na korzyść interwencji w zakresie ćwiczeń fizycznych, których minimalny czas trwania wynosił 2 tygodnie wykazano w następujących punktach końcowych: - duży efekt na pułap tlenowy ogółem (SMD=1,16): o duży efekt na pułap tlenowy u pacjentów z astmą (SMD=1,97), o umiarkowany efekt na pułap tlenowy u pacjentów z mukowiscydozą (SMD=0,77), - duży efekt na jakość życia (SMD=1,36).
Brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego	Yu 2018 PSM (28 badania typu pretest-posttest, 22 RCT, 12 CCT, 4 badania crossover)	Interwencje w zakresie umiejętności motorycznych, które zostały zdefiniowane jako zajęcia ruchowe lub programy, które opracowano z wyraźnym zamiarem nabywania lub doskonalenia umiejętności motorycznych, które zostały wdrożone w takich warunkach jak szkoła i klinika.	Standardowa opieka lub inne programy treningowe.	Funkcje motoryczne, mierzone bezpośrednio po interwencji (nieokreślona metoda pomiaru) (SMD=0,63, [95%CI 0,31; 0,94]. p<0,001, I ² =71,24%) Czynniki poznawcze, emocjonalne i psychologiczne, mierzone bezpośrednio po interwencji (SMD=0,65, [95% CI 0,25; 1,04], p=0,001, I ² =51,6%)	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	Wyniki i.s. na korzyść interwencji w zakresie umiejętności motorycznych wykazano w następujących punktach końcowych: - umiarkowany efekt na funkcje motoryczne mierzone bezpośrednio po interwencji (SMD=0,63), - umiarkowany efekt na czynniki poznawcze, emocjonalne i psychologiczne, mierzone bezpośrednio po interwencji (SMD=0,65).
	Jeng 2017 PSM (14 badań)	Sprawność związana z umiejętnościami (ang. skill-related fitness, SFR) jest składnikiem	Nie określono.	Zwinność (wahadłowy test biegowy, 10m shuttle test) czas ukończenia testu (SMD= -0,781, [95%CI -1,279; 0,284], p=0,002, I ² =b.d.) Siła (skok w dal z miejsca) (SMD= 0,760, [95%CI 0,441; 1,080], p=0,001, I ² =b.d.)	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	Wyniki i.s. na korzyść interwencji w zakresie sprawności związanej z umiejętnościami (ang. skill-related fitness, SFR) jest składnikiem sprawności fizycznej związanej ze sportem lub wydajnością

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
		sprawności fizycznej związanej ze sportem lub wydajnością zajęciową.				zajęciową wykazano w następujących punktach końcowych: - umiarkowany efekt na zwinność (SMD= -0,781), - umiarkowany efekt na siłę (SMD=0,760).
	Miyahara 2017 PSM (8 RCT, 7 qRCT)	Interwencja kierunkowana na realizację określonych zadań oraz wymagająca praktykowania określonego zadania lub zajęcia jako główna forma interwencji.	Nieaktywne interwencje (np. standardowa opieka lub lista oczekujących) , aktywne interwencje, farmakoterapia, konsultacje lub poradnictwo dietetyczne.	<u>Model efektów losowych</u> Zdolności motoryczne (mierzone za pomocą narzędzia MABC) (MD=-3,63, [95%CI -5,88; -1,39], p=0,0015, I ² =43%) <u>Model efektów stałych</u> Zdolności motoryczne (mierzone za pomocą narzędzia MABC) (MD=-4,06, [95%CI -5,63; -2,50], p<0,00001, I ² =43%)	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	Zastosowanie interwencji kierunkowanej na realizację określonych zadań oraz wymagającej praktykowania określonego zadania lub zajęcia jako główna forma interwencji przedoperacyjnej edukacji wykazało i.s. zmniejszenie zdolności motorycznej (mierzone za pomocą narzędzia MABC; model efektów losowych) o 3,63 oraz zmniejszenie zdolności motorycznej (mierzone za pomocą narzędzia MABC; model efektów stałych) o 4,06.
	Valentin 2017 PSM (28 badania typu pretest-posttest, 22 RCT, 12 CCT, 4 badania cross-over)	Interwencja na bieżni dowolnego typu.	Brak leczenia lub inne leczenie.	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść interwencji	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	–
Pozostałe populacje	Gittings 2018 PSM (9 RCT, 1 nRCT, 1 badanie porównawcze)	Trening oporowy	Standardowa (nieokreślona) opieką lub inna rehabilitacja niezawierająca treningu oporowego.	Siła mięśniowa – wyprost kolana (pomiar dynamomentrem), analiza wrażliwości (SMD=0,27, [95%CI 0,01; 0,53], p=0,04, I ² =28%)	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	Wyniki i.s. na korzyść treningu oporowego wykazano w następujących punktach końcowych: - mały efekt na siłę mięśniową (SMD=0,27).
	Tachbana 2017 PSM (33 RCT)	Interwencje behawioralne, interwencje ukierunkowane na komunikację społeczną,	Standardowa (nieokreślona) opieka.	Iloraz inteligencji (SMD=0,36, [95%CI 0,05; 0,66], p=0,02, I ² =20%) Zabawy funkcjonalne (SMD= 0,84, [95%CI 0,17; 1,50], p=0,01, I ² =b.d.)	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	Wyniki i.s. na korzyść interwencji behawioralnych, interwencji ukierunkowanych na komunikację społeczną lub multimodalne interwencje

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
		multimodalne interwencje rozwojowe.		Synchronizacja rodzicielska (SMD=0,99, [95%CI 0,70; 1,29], p<0,00001, I ² =0%)		rozwojowe wykazano w następujących punktach końcowych: - umiarkowany efekt na Iloraz inteligencji (SMD=0,36), - duży efekt na zabawy funkcjonalne (SMD= 0,84), - duży efekt na synchronizację rodzicielską (SMD=0,99).
	Munoz 2013 PSM (3 RCT, 3 kontrolowane badania kliniczne, 1 badanie prospektywne, 1 seria przypadków)	Fizjoterapia w leczeniu bólu dolnej części pleców.	Brak lub obecna grupa kontrolna; konieczne przedstawienie wyników pretest-posttest.	Ból (nieokreślona metoda pomiaru) w grupie interwencyjnej (SMD=0,80, [95%CI 0,61; 0,99], p<0,00001, I ² =20%)	Brak i.s. punktów końcowych na korzyść komparatora.	Wyniki i.s. na korzyść fizjoterapii w leczeniu bólu dolnej części pleców oporowego wykazano w następujących punktach końcowych: - duży efekt na ból (SMD=0,80).

4.6 Skale i inne narzędzia pomiarowe

W poniższym rozdziale przedstawiono opis skal uwzględnionych w warunkach proponowanego świadczenia, a także opis (w kolejności alfabetycznej) skal we włączonych badaniach.

4.6.1 Skale uwzględnione w proponowanych świadczeniach jako kryteria kwalifikacji

Skala ASIA

Skala ASIA (ang. American Spinal Injury Classification) to klasyfikacja urazów rdzenia kręgowego, która jest zgodna z wytycznymi Amerykańskiego Towarzystwa Urazów Kręgosłupa i stanowi Międzynarodowe Standardy Neurologicznej i Funkcjonalnej Klasyfikacji Urazów Rdzenia Kręgowego. Skala ASIA służy ocenie poziomu funkcji ruchowych, odruchowych i czuciowych pacjentów z urazem rdzenia kręgowego.

Oceniając funkcje ruchowe przyznaje się od 0 do 5 punktów uwzględniając zakres ruchu i siłę mięśni kluczowych dla każdego segmentu kręgosłupa.

Mięśnie kluczowe zgodnie z Amerykańskim Towarzystwem Urazów Kręgosłupa:

- Poziom C5 – zginacze łokcia,
- Poziom C6 – prostowniki nadgarstka,
- Poziom C7 – prostowniki łokcia,
- Poziom C8 – zginacze palców (test zginacza dystalnego paliczka palca środkowego),
- Poziom Th1 – przywodziciele palców (test palca małego),
- Poziom L2 – zginacze biodra,
- Poziom L3 – prostowniki kolana,
- Poziom L4 – zginacze grzbietowe stawu skokowego,
- Poziom L5 – prostowniki długie palców,
- Poziom S1 – zginacze podeszwowe stawu skokowego.

Ocenię podlegają oddzielnie mięśnie prawej i lewej strony ciała. 1 punkt oznacza skurcz odczuwalny lub widoczny, 2 – ruch czynny w odciążeniu, 3 – ruch czynny, 4 – ruch czynny z niewielkim oporem, 5 – ruch czynny z pełnym oporem.

W przypadku oceny czucia ciała, bada się wrażliwość poszczególnych dermatomów za pomocą delikatnego dotyku oraz ukłucia igłą. Przyznaje się punkty od 0 do 2, gdzie 0 oznacza całkowity brak czucia, 1 – czucie zaburzone, 2 – brak zaburzeń.

Na końcu określa się tzw. „poziom neurologiczny”, czyli najniżej położony segment, w którym zachowane są czynności ruchowe i sensoryczne po obu stronach ciała. Dodatkowo powinno się uwzględnić informacje na temat tego, czy uraz jest całkowity, czy częściowy (całkowity uraz rdzenia uznaje się w przypadku, gdy brak jest dobrowolnej czynności skurczowej zwieracza odbytu oraz jakichkolwiek odczuć sensorycznych tej okolicy).

Klasyfikacja ASIA:

A - całkowite uszkodzenie: brak czynności ruchowej i czuciowej poniżej poziomu uszkodzenia łącznie z brakiem czucia w segmentach S4-S5.

B - niecałkowite uszkodzenie: brak czynności ruchowej poniżej poziomu uszkodzenia, przy zachowanym czuciu (obejmuje to także zakres segmentów S4-S5).

C - niecałkowite uszkodzenie: zachowany ruch poniżej poziomu uszkodzenia oraz więcej niż połowa kluczowych mięśni posiada siłę do 3 stopni w skali Lovetta.

D - niecałkowite uszkodzenie: zachowany ruch poniżej poziomu uszkodzenia oraz więcej niż połowa kluczowych mięśni posiada siłę równą lub większą od 3 w skali Lovetta.

E – bez uszkodzeń neurologicznych: prawidłowa czynność ruchowa i czuciowa.

Liczne badania sprawdzające rzetelność skali w zakresie zgodności między osobami oceniającymi wewnątrz i między obserwatorami (ang. intra- and interobserver) wykazują ogólnie dobrą rzetelność w testach motorycznych i sensorycznych (nakłucie oraz lekkie dotknięcie). Współczynniki korelacji dla oceny motorycznej i sensorycznej wewnątrz i między obserwatorami są na ogół podawane jako 0,90 lub więcej, co odzwierciedla ogólnie wysoką zgodność. Urazy częściowe mają tendencję do wykazywania słabszych korelacji wewnątrz i między obserwatorami niż u osób z całkowitymi urazami typu „cut-and-dry”.

[Timothy 2016]

Komentarz analityczny:

Skala ASIA wskazana została w następujących wytycznych:

- NICE - Uraz kręgosłupa: ocena i początkowe leczenie,
- SAGE - Wytyczne dotyczące praktyki klinicznej w leczeniu ostrego urazu rdzenia kręgowego: wprowadzenie, uzasadnienie i zakres,
- ACC - Wytyczne dotyczące uszkodzenia rdzenia kręgowego.

Functional Mobility Scale (FMS)

Skala FMS służy ocenie mobilności funkcjonalnej pacjenta, uwzględniająca wykorzystanie urządzeń do wspomaganie chodu. Skala służy do klasyfikacji zaburzeń, dokumentacji zmian w czasie, a także do oceny stosowanych interwencji. Pacjent zostaje poddany ocenie na dystansie 5, 50 oraz 500 metrów/jardów, które reprezentują zdolność poruszania się pacjenta w domu, szkole oraz życiu społecznym. Ocena pacjenta zachodzi za pomocą zadawania pytań (bezpośrednio do pacjenta lub rodzica), zamiast bezpośredniej obserwacji. Każdy dystans oceniany jest w skali od 1-6 lub oznacza jako C/N, natomiast wyniki przedstawia się obok siebie.

Możliwe wyniki:

- 6 – Porusza się samodzielnie bez pomocy innych osób na różnych poziomach i po różnych nawierzchniach,
- 5 – Porusza się samodzielnie bez pomocy innych osób na jednakowych poziomach (Jeśli wymaga poręczy na schodach lub przedmiotów z otoczenia (np.: mebli, ścian, ogrodzeń, do wsparcia), to wartość skali wynosi 4.),
- 4 – Porusza się samodzielnie przy użyciu laski (jednej lub dwóch),
- 3 – Porusza się samodzielnie przy użyciu kul,
- 2 – Porusza się samodzielnie przy użyciu balkonika lub chodzika,
- 1 – Porusza się samodzielnie na wózku inwalidzkim (Wykonuje pojedyncze kroki z pomocą innej osoby lub za pomocą balkonika lub chodzika),
- C – Dziecko porusza się w pozycjach niskich po domu (np.: pełza),
- N – Nie dotyczy/brak możliwości oceny (np. dziecko nie jest w stanie przejść dystansu 500 metrów)

Przykład: Dziecko porusza się niezależnie w domu na wszystkich powierzchniach, w szkole wykorzystuje kule ortopedyczne, natomiast na długich rodzinnych spacerach wykorzystywany jest wózek inwalidzki. Ocena takiej sytuacji przy wykorzystaniu skali FMS wygląda następująco: 6, 3, 1.

Komentarz analityczny:

W badaniu Harvey 2011 wykazano wysoką zgodność pomiędzy oceniającymi, wykorzystującymi skalę FMS do oceny pacjentów z porażeniem mózgowym (118 dzieci, w wieku 2–18 lat), osiągająca wynik w postaci współczynnika Kappa na poziomie od 0,86 do 0,92. Skala FMS została również wskazana w australijskich wytycznych NSW w zakresie leczenia dziecięcego porażenia mózgowego, jako jedno z narzędzi klasyfikacji pacjentów.

Skala Glasgow GCS (Glasgow Coma Scale)

Glasgow Coma Scale (GCS) jest skalą neurologiczną, która ma na celu zapewnienie wiarygodnego i obiektywnego sposobu rejestrowania stanu świadomości pacjenta. Uwzględnia się najlepszą uzyskaną

odpowieź w każdej kategorii. Łącznie można uzyskać od 3 (które oznaczają śmierć mózgu) do 15 (łagodne zaburzenia przytomności) punktów, ale należy zaznaczyć z jakich składowych (otwieranie oczu, kontakt słowny, reakcja ruchowa) powstał wynik (np. GCS 12: 3/4 + 4/5 + 5/6).

Ocenie podlega:

- Otwieranie oczu
 - 4 punkty – spontaniczne
 - 3 punkty – na polecenie
 - 2 punkty – na bodźce bólowe
 - 1 punkt – nie otwiera oczu
- Kontakt słowny:
 - 5 punktów – odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby
 - 4 punkty – odpowiedź splątana, pacjent zdezorientowany
 - 3 punkty – odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk
 - 2 punkty – niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie
 - 1 punkt – bez reakcji
- Reakcja ruchowa:
 - 6 punktów – spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych
 - 5 punktów – ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy
 - 4 punkty – reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego
 - 3 punkty – patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych)
 - 2 punkty – patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy)
 - 1 punkt – bez reakcji

Na podstawie skali Glasgow zaburzenia przytomności najczęściej dzieli się na:

- GCS 13-15 – łagodne
- GCS 9-12 – umiarkowane
- GCS 6-8 – brak przytomności
- GCS 5 – odkorowanie
- GCS 4 – odmóżdzenie
- GCS 3 – śmierć mózgu

Skala GCS jest wykorzystywana na całym świecie przez lekarzy, pielęgniarki i ratowników medycznych jako szybkie i efektywne narzędzie do oceny stopnia świadomości pacjentów. Jest niezbędnym komponentem badań dotyczących urazów mózgu prowadzonych przez *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* i jest wykorzystywana w praktyce klinicznej od 40 lat w ponad 80 krajach.

U dzieci poniżej 4. roku życia stosuje się pediatryczną skalę Glasgow.

Pediatryczna skala Glasgow CCS

Pediatryczna skala Glasgow to skala pomagająca ocenić stopień przytomności dziecka i niemowlęcia. Skalę Glasgow stosuje się u niemowląt i u dzieci, które umieją mówić. Umożliwia ona w sposób obiektywny stwierdzić, czy i w jakim stopniu dziecko lub niemowlę jest przytomne. Wynik zastosowania pediatrycznej skali GCS (ang. Glasgow Coma Scale) przedstawia się na wykresie oraz w formie sumy punktów.

Składa się z trzech elementów:

- Odpowiedź wzrokowa:
 - 1 pkt – Nie otwiera oczu.
 - 2 pkt – Otwiera oczy na ból.
 - 3 pkt – Otwiera oczy na polecenie głosowe.
 - 4 pkt – Otwiera oczy spontanicznie.
- Odpowiedź słowna:
 - 1 pkt – Brak odpowiedzi słownej.
 - 2 pkt – Pobudzone, niespokojne.
 - 3 pkt – Niespokojne w odpowiedzi na bodźce.
 - 4 pkt – Płacz ustępujący po przytuleniu.
 - 5 pkt – Uśmiecha się, wodzi wzrokiem.
- Odpowiedź ruchowa:
 - 1 pkt – Brak odpowiedzi ruchowej.
 - 2 pkt – Reakcja wyprostna.
 - 3 pkt – Reakcja zgięciowa.
 - 4 pkt – Odsuwa się od bólu.
 - 5 pkt – Lokalizuje ból.
 - 6 pkt – Spełnia polecenia.

Zawiera się w przedziale od 3 do 15 punktów, gdzie 3 oznacza najgorsze rokowanie, a 15 najlepsze.

Poniżej wskazano wyniki odnalezionego i włączonego badania Dominic 2016, jako przykładowego badania opisującego zastosowanie skali GCS w populacji pediatrycznej.

Badanie Dominic 2016. W badaniu Dominic 2016 przeprowadzono wtórną analizę prospektywnego, wielośrodkowego badania kohortowego dzieci z tęnym urazem głowy. U dzieci poniżej 2 lat zastosowano pediatryczną skalę GCS, a u dzieci w wieku ≥ 2 lat standardową GSC. W badaniu wzięło udział 42 041 pacjentów, z czego 10 499 (25,0%) stanowiły dzieci poniżej 2 roku życia.

Wnioski autorów. Pediatryczna skala GCS dla dzieci w okresie przedwerbalnym była nieznacznie mniej dokładna w porównaniu ze standardową skalą GCS dla dzieci starszych z rozpoznaniem TBI na podstawie tomografii komputerowej. Jednakże pediatryczna skala GCS dla dzieci w okresie przedwerbalnym oraz standardowa skala GCS dla starszych dzieci były równie dokładne w rozpoznaniu ciTBI.

Komentarz analityczny:

Zasadność wykorzystania skali GCS u dzieci jest wskazana również w wytycznych NSW Health z 2014 roku, które dotyczą podstawowych zaleceń praktyki klinicznej w zakresie leczenia szpitalnego dzieci z zaburzeniami świadomości na oddziale ratunkowym. Skala GCS znajduje zastosowanie przede wszystkim we wstępnym etapie diagnostyki w momencie zauważenia niepokojących objawów zmiany świadomości dziecka (np. w punkcie pierwszego kontaktu, w tym w karetce pogotowia, przychodni lekarskiej lub na oddziale ratunkowym).

GMFCS dla dzieci

GMFCS dla dzieci (Gross Motor Function Classification System – (Expanded and Revised) -jest to System Klasyfikacji Funkcji Motoryki Dużej GMFCS w mózgowym porażeniu dziecięcym, w którym badany jest samodzielnie zapoczątkowany ruch, zwłaszcza siedzenie, zmiana pozycji i przemieszczanie się, oparty jest na pięciopoziomowym systemie w którym podstawowym kryterium jest, aby różnice między poziomami miały znaczenie w życiu codziennym. Podstawą rozróżnień są ograniczenia funkcjonalne, potrzeba stosowania ręcznych przyrządów wspomagających poruszanie się (takich jak balkoniki, kule czy laski) lub poruszania się na wózku, a w mniejszym stopniu jakość ruchu. Klasyfikacja została zastosowana w zarządzeniu Prezesa NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w celu kwalifikowania zakończonej hospitalizacji do jednej z grup JGP w rehabilitacji neurologicznej dziecięcej

Nazwy dla każdego poziomu:

POZIOM I – Chodzi bez ograniczeń

POZIOM II – Chodzi z ograniczeniami

POZIOM III – Chodzi z użyciem ręcznego przyrządu

POZIOM IV – Samodzielne poruszanie się z ograniczeniami; może korzystać z urządzenia elektrycznego

POZIOM V – Wożony na ręcznym wózku inwalidzkim

Aktuwanie skali używa się do kwalifikacji pacjentów do fizjoterapii domowej (pacjent z IV i V poziomu jest kwalifikowany). Skala to została włączona do przeglądów gdyż została zastosowana jako kwalifikacja do fizjoterapii domowej w proponowanym świadczeniu na skutek uwag zgłaszanych na posiedzeniu Rady Przejrzystości w dniu 26.08.2019 r. jednakże skala ta jest ogólnie znana i stosowana w skali międzynarodowej.

4.6.2 Skale wskazane we włączonych do analizy skuteczności publikacjach

We włączonych do analizy klicznej badaniach, do oceny skuteczności interwencji z zakresu rehabilitacji, stosowano szeroki zakres skal oraz testów, których zestawienie zawarto w tabeli poniżej.

Tabela 47. Zestawienie skal i testów zastosowanych w publikacjach w analizie klinicznej.

Skala/test zastosowane w analizie klinicznej	Badania, w których zastosowano daną skalę/test
Skala internalizacji (CBCL)	Linden 2016, Tikkanen 2012
Gross Motor Function Measure (GMFM)	Ryan 2016, Valentin 2017
10 minutowy test marszowy (10 MWT)	Ryan 2016
6 minutowy test marszowy (6 MWT)	Tikkanen 2012
Raport własnej samooceny młodzieży (YSR)	Tikkanen 2012
10 metrowy test wahadłowy (10 MST)	Jeng 2017
Jakość życia (punkt końcowy pulowany z kwestionariuszy PAQLQ, PACQLQ, CFQ lub CFQ-R)	Joschtel 2018
Movement Assessment Battery of Children (MABC)	Miyahara 2017

Skala internalizacji CBCL

Lista kontrolna zachowania dziecka (CBCL) jest najczęściej stosowanym narzędziem do oceny problemów emocjonalnych i behawioralnych u dzieci. Lista kontrolna zapewnia szybki i skuteczny sposób dla dostawcy leczenia w celu zebrania informacji o nastroju i zachowaniu dziecka. CBCL składa się z serii pytań, które zwykle wykonuje rodzic lub opiekun. Odpowiedzi są następnie oceniane przez specjalistę, a wyniki mogą pomóc w ocenie lub leczeniu (jeśli jest to uzasadnione). Odpowiedzi są punktowane, a obszary problemowe dzielą się na osiem następujących kategorii: agresywne zachowanie; lęk/depresja; problemy z uwagą; przebieg działania łamania zasad; skargi somatyczne; problemy społeczne; problemy z myślami; wycofany/przygnębiony. Wyniki CBCL można porównać do normalnych wyników dla dzieci w tym samym przedziale wiekowym. Wyższe wyniki wskazują na większe problemy.

Komentarz analityczny:

- badanie: Linden 2016, Tikkanen 2012

Poziom psychospołeczny (punkt końcowy pulowany z kwestionariuszy raportu własnej samooceny młodzieży (Youth Self-Report, YSR) i listy kontrolnej zachowań dzieci (Child Behavior Checklist (CBCL))

Raport własnej samooceny młodzieży (Youth Self-Report, YSR)

Kwestionariusz zawierający 112 pozycji, przeznaczony dla dzieci i młodzieży (w wieku 11-17 lat), który ocenia kompetencje behawioralne i problemy behawioralne, jest podobny do listy kontrolnej zachowań dzieci (CBCL).

Zachowania są oceniane w 3-punktowej skali: 0 – nieprawda, 1 – czasem prawdziwe i 2 – często prawdziwe. Wyższe wyniki wskazują na większe problemy w życiu codziennym.

Komentarz analityczny:

- badania: Tikkanen 2012

Gross Motor Function Measure

Skala Funkcjonalna Motoryki Dużej (GMFM) ang. The Gross Motor Function Measure – jest narzędziem klinicznym przeznaczonym do oceny funkcji motoryki dużej u dzieci z porażeniem mózgowym pomiędzy 5 miesiącem a 16 rokiem życia. Istnieją dwie wersje GMFM - pierwotna miara 88-elementowa (GMFM-88) i nowsza 66-elementowa GMFM (GMFM-66). Koncentruje się na monitorowaniu szeregu aktywności motoryki dużej, który mogłoby wykonać 5-letnie zdrowe dziecko. GMFM jest podzielona na pięć kategorii (leżenie i toczenie; siedzenie; czołganie się; stanie; chodzenie, bieganie), za każdą czynność (element) można uzyskać 0–3 punkty: 0 – nie inicjuje ruchu, 1 pkt – czynność wykonana w zakresie mniejszym niż 10%, 2 pkt – wykonuje ruch częściowo między 10–100%, 3 pkt – czynność wykonana w 100%, NT – ruch nie testowany. Wyższa liczba punktów oznacza lepszą motorykę dużą.

Komentarz analityczny:

- badania: Ryan 2016, Valentin 2017

10 minutowy test marszowy (10 MWT)

Służy ocenie prędkości chodu w metrach na sekundę w ciągu krótkiego czasu trwania. Pacjent pokonuje dystans wynoszący 10 metrów, na odcinku podzielonym na etapy: 2 metry – 8 metrów – 2 metry. Pierwsze 2 metry służą do nabrania prędkości, podczas 8 metrów następuje pomiar, a ostatnie dwa metry służą do zwolnienia. Test należy wykonać 3 razy, wynikiem będzie średnia ze wszystkich prób.

Komentarz analityczny:

- badania: Ryan 2016

6 minutowy test marszowy (6 MWT)

Test 6-minutowy jako modyfikacja testu 12-minutowego chodu między innymi służy do oceny wydolności wysiłkowej u osób z chorobami układu oddechowego. Został pozytywnie przyjęty jako skuteczny w badaniu czynnościowym chorych z niewydolnością krążenia i z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Należy on do podstawowych badań wykonywanych przed planową transplantacją płuc, gdzie głównym kryterium zakwalifikowania osób do zabiegu było osiągnięcie przez nich dystansu 300–400 m. Również badania przeprowadzone u osób z zarostową chorobą tętnic obwodowych potwierdziły przydatność tego narzędzia badawczego w diagnostyce czynnościowej kończyn dolnych.

10 metrowy test wahadłowy (ang. 10 meters shuttle test)

Badanie polega na marszu z nawrotami w zadanym tempie po torze wyznaczonym przez dwa znaczniki znajdujące się w odległości 9 m od siebie. Tempo marszu wyznaczają sygnały dźwiękowe określające momenty, w których badany powinien wykonywać nawroty. Sygnały pochodzą ze źródła dźwięku (zwykle odtwarzacz CD lub mp3), gdzie zostały nagrane wcześniej wraz z początkową instrukcją. Podczas testu należy monitorować SpO2 i tętno. Zmniejszenie SpO2 <80% jest wskazaniem do zakończenia testu. Wynikiem badania jest droga przebyta w trakcie ukończonych w zadanym czasie nawrotów. Wartość należąca wynosi ~1000 m dla mężczyzn i ~700 m dla kobiet, ale cechuje się znaczną zmiennością międzyosobniczą.

Komentarz analityczny:

- badania: Jeng 2017

Jakość życia (punkt końcowy pulowany z kwestionariuszy PAQLQ, PACQLQ, CFQ lub CFQ-R)

Paediatric Asthma Quality Of Life Questionnaire (PAQLQ)

PAQLQ ang. Paediatric Asthma Quality Of Life Questionnaire – kwestionariusz specyficzny dla astmy w populacji pacjentów pediatrycznych. Zawiera 23 pytania w 3 domenach (objawy, ograniczenie aktywności i funkcja emocjonalna) w 7 punktowej skali, gdzie wyższy wynik oznacza mniejsze dolegliwości i lepszą jakość życia.

Paediatric Asthma Caregiver's Quality Of Life Questionnaire (PACQLQ)

PACQLQ ang. Paediatric Asthma Caregiver's Quality Of Life Questionnaire – kwestionariusz specyficzny dla astmy dla opiekunów pacjentów pediatrycznych. PACQLQ został opracowany przy użyciu tej samej metodologii jak w kwestionariuszu PAQLQ. Zawiera 13 pytań w dwóch domenach (ograniczenie aktywności i funkcje emocjonalne) odnoszące się do doświadczeń opiekunów związanych z astmą dziecka. Pytania oceniane są w 7 punktowej skali, gdzie wyższy wynik oznacza lepszą jakość życia.

Kwestionariusz funkcji poznawczych (CFQ)

Kwestionariusz funkcji poznawczych (CFQ) ang. Cognitive Failures Questionnaire – opracowany w celu pomiaru percepcji, pamięci i zaburzeń motorycznych w życiu codziennym. Składa się z 14 pytań dotyczących problemów behawioralnych związanych z uwagą i pamięcią w życiu codziennym ocenianych w 5-stopniowej skali (0-4), gdzie wyższa liczba punktów oznacza więcej zaburzeń funkcji poznawczych i gorszą jakość życia.

Kwestionariusz oceny jakości życia pacjentów z mukowiscydozą (CFQ-R)

Składa się z 44 pozycji określających 9 domen jakości życia: funkcjonowanie fizyczne, pełnienie powierzonych ról/funkcji, witalności, funkcjonowania emocjonalnego, funkcjonowania społecznego, wyobrażenia własnego ciała., zaburzeń odżywiania, obciążenia terapią, oceny stanu własnego zdrowia, oraz dodatkowych z 3 skal określających nasilenie objawów w zakresie: zmian masy ciała, objawów płucnych oraz zaburzeń ze strony układu pokarmowego. Każda domena jest punktowana w skali od 1 do 100, przy czym im wyższa punktacja tym mniejszy stopień oddziaływania choroby na jakość życia pacjenta.

Komentarz analityczny:

- badania: Joschtel 2018

Movement Assessment Battery of Children (MABC)

Jednym z testów do oceny komponent koordynacji ruchowej w populacji dzieci i młodzieży jest Movement Assessment Battery of Children (M-ABC), który dostosowany jest do czterech grup wiekowych; 4-6, 7-8, 9-10, 11-12 roku życia. Test ten został stworzony w 1992 r. (jest rozszerzoną wersją Test of Motor Impairment) w celu identyfikacji dzieci z zaburzeniami koordynacyjnymi. Omawiane narzędzie badawcze zapewnia ilościową i jakościową ocenę zdolności motorycznych dziecka w życiu codziennym. Składa się z ośmiu prób podzielonych na trzy kategorie: próby równowagi statycznej i dynamicznej, próby zręczności i próby "umiejętności posługiwania się piłką" (toczenie, chwytanie piłki).

Komentarz analityczny:

- badania: Miyahara 2017

4.6.3 Podsumowanie

Skale uwzględnione w proponowanych świadczeniach z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej

W niniejszym raporcie w ramach kwalifikacji do świadczeń rehabilitacji pediatrycznej stosuje się następujące skale:

Skala ASIA (ang. American Spinal Injury Classification) to klasyfikacja urazów rdzenia kręgowego, która służy ocenie poziomu funkcji ruchowych, odruchowych i czuciowych pacjentów z urazem rdzenia kręgowego. Oceniając funkcje ruchowe przyznaje się od 0 do 5 punktów uwzględniając zakres ruchu i siłę mięśni kluczowych dla każdego segmentu kręgosłupa, gdzie 5 oznacza najlepsze funkcje ruchowe. Ogólna klasyfikacja pacjentów zawiera oceny:

A - całkowite uszkodzenie: brak czynności ruchowej i czuciowej poniżej poziomu uszkodzenia.

B - niecałkowite uszkodzenie: brak czynności ruchowej poniżej poziomu uszkodzenia, przy zachowanym czuciu.

C - niecałkowite uszkodzenie: zachowany ruch poniżej poziomu uszkodzenia oraz więcej niż połowa kluczowych mięśni posiada siłę do 3 stopni w skali Lovetta.

D - niecałkowite uszkodzenie: zachowany ruch poniżej poziomu uszkodzenia oraz więcej niż połowa kluczowych mięśni posiada siłę równą lub większą od 3 w skali Lovetta.

E – bez uszkodzeń neurologicznych: prawidłowa czynność ruchowa i czuciowa.

Skala ASIA jest uwzględniana w wytycznych praktyki klinicznej (NICE, SAGE, ACC) jako użyteczna skala do oceny urazów rdzenia kręgowego.

Functional Mobility Scale (FMS) skala służy ocenie mobilności funkcjonalnej pacjenta, uwzględniająca wykorzystanie urządzeń do wspomaganie chodu. Pacjent zostaje poddany ocenie na dystansie 5, 50 oraz 500 metrów/jardów, które reprezentują zdolność poruszania się pacjenta w domu, szkole oraz życiu społecznym. Każdy dystans oceniany jest w skali od 1–6 (gdzie 1 oznacza poruszanie się na wózku inwalidzkim, a 6 samodzielne poruszanie się) lub oznacza jako C (dziecko porusza się w pozycjach niskich po domu, np. pełza), N (nie dotyczy/brak możliwości oceny, np. dziecko nie jest w stanie przejść dystansu 500 metrów).

Skala FMS została również wskazana w australijskich wytycznych NSW w zakresie leczenia dziecięcego porażenia mózgowego, jako jedno z narzędzi klasyfikacji pacjentów.

Skala Glasgow GCS (Glasgow Coma Scale, GCS) jest skalą neurologiczną, która ma na celu zapewnienie wiarygodnego i obiektywnego sposobu rejestrowania stanu świadomości pacjenta. Uwzględnia się najlepszą uzyskaną odpowiedź w każdej kategorii (otwieranie oczu, kontakt słowny, reakcja ruchowa). Łącznie można uzyskać od 3 (które oznaczają śmierć mózgu) do 15 (łagodne zaburzenia przytomności) punktów, należy zaznaczyć z jakich składowych powstał wynik. Modyfikacją skali GCS jest pediatryczna skala GCS, której budowa i interpretacja są analogicznie do skali GCS.

Zasadność wykorzystania skali GCS u dzieci jest wskazana również w wytycznych NSW Health z 2014 roku, które dotyczą podstawowych zaleceń praktyki klinicznej w zakresie leczenia szpitalnego dzieci z zaburzeniami świadomości na oddziale ratunkowym. Skala GCS znajduje zastosowanie przede wszystkim we wstępnym etapie diagnostyki w momencie zauważenia niepokojących objawów zmiany świadomości dziecka.

Skale wskazane we włączonych do analizy skuteczności publikacjach

Przedstawione w analizie skuteczności zawartej w niniejszym raporcie opracowania wtórne dotyczące interwencji z zakresu rehabilitacji pediatrycznej obejmowały skale i inne narzędzia pomiarowe, służące głównie do oceny sprawności fizycznej i jakości życia pacjentów. Wymienić można następujące skale i inne narzędzia pomiarowe służące do oceny skuteczności poszczególnych interwencji:

Skala internalizacji CBCL to lista kontrolna zachowania dziecka (CBCL), która jest najczęściej stosowanym narzędziem do oceny problemów emocjonalnych i behawioralnych u dzieci. Składa się z serii pytań, które zwykle wykonuje rodzic lub opiekun. Odpowiedzi są następnie oceniane przez specjalistę, a wyniki mogą pomóc w ocenie lub leczeniu (jeśli jest to uzasadnione). Wyższe wyniki wskazują na większe problemy.

Raport własnej samooceny młodzieży (Youth Self-Report, YSR) to kwestionariusz zawierający 112 pozycji, przeznaczony dla dzieci i młodzieży (w wieku 11-17 lat), który ocenia kompetencje behawioralne i problemy behawioralne, jest podobny do listy kontrolnej zachowań dzieci (CBCL). Wyższe wyniki wskazują na większe problemy w życiu codziennym.

Gross Motor Function Measure Skala Funkcjonalna Motoryki Dużej (GMFM, ang. The Gross Motor Function Measure) jest narzędziem klinicznym przeznaczonym do oceny funkcji motoryki dużej u dzieci z porażeniem mózgowym pomiędzy 5 miesiącem a 16 rokiem życia. Koncentruje się na monitorowaniu szeregu aktywności motoryki dużej, który mogłoby wykonać 5-letnie zdrowe dziecko. Wyższa liczba punktów oznacza lepszą motorykę dużą.

10 minutowy test marszowy (10 MWT) służy ocenie prędkości chodu w metrach na sekundę w ciągu krótkiego czasu trwania. Pacjent pokonuje dystans wynoszący 10 metrów, na odcinku podzielonym na etapy: 2 metry – 8 metrów – 2 metry.

6 minutowy test marszowy (6 MWT) test 6-minutowy został pozytywnie przyjęty jako skuteczny w badaniu czynnościowym chorych z niewydolnością krążenia i z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Polega na pokonaniu jak największej odległości w czasie 6 minut.

10 metrowy test wahadłowy (ang. 10 meters shuttle test) badanie polega na marszu z nawrotami w zadanym tempie po torze wyznaczonym przez dwa znaczniki znajdujące się w odległości 9 metrów od siebie. Wynikiem badania jest droga przebyta w trakcie ukończonych w zadanym czasie nawrotów.

Paediatric Asthma Quality Of Life Questionnaire (PAQLQ) to kwestionariusz specyficzny dla astmy w populacji pacjentów pediatrycznych. Zawiera 23 pytania w 3 domenach (objawy, ograniczenie aktywności i funkcja emocjonalna) w 7 punktowej skali, gdzie wyższy wynik oznacza mniejsze dolegliwości i lepszą jakość życia.

Paediatric Asthma Caregiver's Quality Of Life Questionnaire (PACQLQ) to kwestionariusz specyficzny dla astmy dla opiekunów pacjentów pediatrycznych. Zawiera 13 pytań w dwóch domenach (ograniczenie aktywności i funkcje emocjonalne) odnoszące się do doświadczeń opiekunów związanych z astmą dziecka. Pytania oceniane są w 7 punktowej skali, gdzie wyższy wynik oznacza lepszą jakość życia.

Kwestionariusz funkcji poznawczych (CFQ, ang. Cognitive Failures Questionnaire) to kwestionariusz funkcji poznawczych opracowany w celu pomiaru percepcji, pamięci i zaburzeń motorycznych w życiu codziennym. Składa się z 14 pytań dotyczących problemów behawioralnych związanych z uwagą i pamięcią w życiu codziennym ocenianych w 5-stopniowej skali (0-4), gdzie wyższa liczba punktów oznacza więcej zaburzeń funkcji poznawczych i gorszą jakość życia.

Kwestionariusz oceny jakości życia pacjentów z mukowiscydozą (CFQ-R) składa się z 44 pozycji określających 9 domen jakości życia. Każda domena jest punktowana w skali od 1 do 100, przy czym im wyższa punktacja tym mniejszy stopień oddziaływania choroby na jakość życia pacjenta.

Movement Assesment Battery of Children (MABC) jest jednym z testów do oceny komponentu koordynacji ruchowej w populacji dzieci i młodzieży. Narzędzie badawcze zapewnia ilościową i jakościową ocenę zdolności motorycznych dziecka w życiu codziennym. Składa się z ośmiu prób podzielonych na trzy kategorie: próby równowagi statycznej i dynamicznej, próby zręczności i próby "umiejętności posługiwania się piłką" (toczenie, chwytanie piłki).

5 Analiza ekonomiczna

W celu odnalezienia badań i opracowań wtórnych dotyczących analizy ekonomicznej z zakresu rehabilitacji pediatrycznej dokonano przeszukiwania niesystematycznego w dniu 07.08.2019 r. w bazie Medline oraz w ogólnodostępnych przeglądarkach internetowych (google.com). Do wyszukiwania użyto następujących słów kluczowych: „economic evaluation”, „cost”, „cost-effectiveness”, „pediatric”, „rehabilitation”. Odnaleziono jedno badanie (Evans 2015) spełniające kryteria włączenia tożsame z opisanymi w ramach analizy klinicznej.

Evans 2015

Cel: W publikacji badano, czy intensywne, interdyscyplinarne leczenie rehabilitacji bólu jest opłacalną interwencją.

Metodyka: Dane w publikacji zostały zebrane z retrospektywnego przeglądu informacji zbieranych rutynowo w ramach opieki zdrowotnej. Pacjenci wypełniali autorski kwestionariusz w którym przedstawiali różne zmienne dotyczące korzystania z opieki zdrowotnej w związku z przewlekłym bólem. Pacjenci raportowali dane z ostatnich 30 dni dla wszystkich zmiennych oprócz nagłych wizyt w SOR (spowodowanych nagłym bólem). W tym przypadku dane były raportowane z ostatnich 7 dni.

Pacjenci zostali poproszeni o dostarczenie danych dotyczących wykorzystania opieki zdrowotnej związanych z bólem. W oparciu o typową zmienność przewlekłych objawów i miejsc bólu, nie były one ukierunkowane na rozróżnienie między bólem występującym przy przyjęciu a jakimkolwiek bólem, który mógł rozwinąć się później. Dane zostały dostarczone w momencie przyjęcia na rehabilitację i ponownie po upływie 1 roku od przyjęcia (pocztą).

W badaniu Evans 2015 (USA, jednośrodkowe badanie retrospektywne) oceniano efektywność kosztową intensywnej międzydyscyplinarnej rehabilitacji pacjentów pediatrycznych w zakresie leczenia przewlekłych bólów takich jak: zespół bólowy złożony (35%), ból głowy (19%), ból brzucha (15%) i ból pleców (10%). W ramach analizy efektywności kosztowej zbadano różnicę pomiędzy całkowitymi szacunkowymi kosztami leczenia bólu wraz z oszacowanymi kosztami wynikającymi z dni opuszczonych w pracy przez rodziców, w roku poprzedzającym przyjęcie a szacunkowymi kosztami w roku następującym po przyjęciu na rehabilitację w połączeniu z kosztami samego programu. Interdyscyplinarny program rehabilitacji bólu składał się z 2 tygodniowego pobytu w szpitalu stacjonarnym i 1-tygodniowego pobytu w szpitalu dziennym. Tygodniowy program obejmował indywidualną terapię zajęciową/fizykoterapię (5h), grupowe ćwiczenia na lądzie i w wodzie (10h), terapie rekreacyjne i artystyczne (grupa 6h, jedna rodzina), wizyty psychologiczne (3h indywidualnie, 3h z grupą poznawczo-behawioralną), grupę psychoedukacji/wsparcia dla rodziców (3h), zajęcia szkolne (7-9h). Podstawowym celem programu jest poprawa codziennego funkcjonowania (tj. powrót do szkoły i aktywności codziennych) pomimo występowania przewlekłego bólu.

Wyniki:

Poniżej przedstawiono wyniki zawarte w publikacji Evans 2015.

Tabela 48. Szacunkowy wpływ ekonomiczny na rok przed i rok po rehabilitacji przewlekłego bólu u pacjentów pediatrycznych.

Kategoria kosztów	Wydatki rok przed rehabilitacją	Wydatki rok po rehabilitacji
Hospitalizacja	41 653 \$	3 404 \$
Wizyta u specjalisty	10 040 \$	4 781 \$
Terapia zajęciowa / fizykoterapia	4 277 \$	2 246 \$
Terapia psychologiczna	2 648 \$	2 161 \$
Wizyta w SOR (nagły ból)	2 184 \$	794 \$
Wizyta u lekarza pierwszego kontaktu	1 186 \$	803 \$
Dni opuszczone w pracy *	12 229 \$	1 189 \$
Łączna suma kosztów	74 217 \$	15 378 \$

* dotyczy rodziców, którzy musieli opuścić dzień w pracy ze względu na dziecko

Oszacowanie wydatków na ochronę zdrowia. Największy spadek kosztów zaobserwowano w przypadku dni hospitalizacji w szpitalu (38 248 USD) oraz wizyt u lekarza specjalisty (5 259 USD). Łączne szacunkowe koszty poniesione przez opiekę zdrowotną wyniosły 61 988 USD w roku poprzedzającym przyjęcie i 14 189 USD rok po przyjęciu, co stanowi różnicę 58 839 USD. Szacunkowy koszt dni opuszczonych w pracy (dni, w trakcie których rodzic nie mógł z powodu choroby dziecka iść do pracy) wyniósł 12 229 USD w roku poprzedzającym przyjęcie na rehabilitację i 1 189 USD rok po przyjęciu, co stanowi różnicę 11 039 USD.

Analiza efektywności kosztów. Różnica w łącznych szacunkowych kosztach rocznych w roku poprzedzającym przyjęcie (74 217 USD) oraz łącznych szacunkowych kosztach rok po przyjęciu (15 378 USD) pomniejszona o koszty samego programu rehabilitacji (31 720 USD) przekłada się na szacunkowe oszczędności w wysokości 27 119 USD na rodzinę w roku następującym po przyjęciu.

Podsumowanie i wnioski autorów badania. Wykorzystanie opieki zdrowotnej było mniejsze w roku następującym po leczeniu. Liczba dni hospitalizacji w szpitalu, wizyt w gabinecie lekarskim, terapii zajęciowej/ fizykoterapii oraz wizyt psychologicznych uległa znacznemu zmniejszeniu. To samo tyczy się kosztów związanych z opuszczaniem dni pracy przez rodziców.

Ograniczenia. Powyższą analizę ekonomiczną należy traktować z dużą dozą niepewności z uwagi na wąską populację opisywaną w badaniu. Ciężko przełożyć koszty związane z interdyscyplinarnym leczeniem przewlekłego bólu na inne populacje pacjentów pediatrycznych.

Ograniczenia autorów badania: Opisanym w publikacji ograniczeniem była liczba pacjentów, którzy udzielili odpowiedzi na follow up po roku czasu od przebycia rehabilitacji bólu. Brak jest informacji czy nie udzielenie odpowiedzi związane jest ze zmniejszeniem się bólu oraz idącym za tym brakiem potrzeby kontynuowania udziału w badaniu czy może spowodowane jest brakiem różnicy lub wręcz pogorszeniem się stanu pacjenta i niechęcią do kontynuacji badania. W związku z tym należy zwrócić uwagę na to by kolejne badania mające na celu dokonanie analizy ekonomicznej rehabilitacji pediatrycznej, nie wymagały ciągłego, aktywnego udziału osób badanych w celu lepszego zrozumienia opłacalności programu dla wszystkich subpopulacji pacjentów pediatrycznych. Ponadto, badanie opierało się na danych klinicznych z autorskiego kwestionariusza, który nie został wcześniej zweryfikowany i zatwierdzony.

6 Opinie ekspertów w sprawie zasadności zmiany technologii medycznych w zakresie rehabilitacji leczniczej

Opinia ekspertów dotyczyła zasadności zmiany technologii medycznych poprzez zakwalifikowanie projektów świadczeń rehabilitacji pediatrycznej jako świadczenia finansowane ze środków publicznych:

1. Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej stacjonarnej:

- 1) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego,
- 2) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu,
- 3) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 0-3 lata,
- 4) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 4-18 lat.

2. Świadczenia dla pacjentów pediatrycznych w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej:

- 1) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 0-3 lata,
- 2) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 4-18 lat.

3. Świadczenia dla pacjentów pediatrycznych w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej:

- 1) Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych,
- 2) Opieka lekarska rehabilitacyjna.

Badanie opinii eksperckich przeprowadzono w oparciu o dedykowany formularz oceny. Formularz ten zawierał 6 pytań i dotyczył:

1. kluczowych przyczyny, dla których przedmiotowe świadczenia powinny/nie powinny być finansowane ze środków publicznych,
2. zasadności proponowanych kryteriów kwalifikacji do poszczególnych świadczeń,
3. określenia wymogów dotyczących personelu uprawnionego do realizacji świadczeń,
4. określenia wymogów dotyczących zasobów lokalowych do realizacji świadczeń,
5. zasadności zastosowania interwencji medycznych w ramach określonych profili, do realizacji poszczególnych świadczeń,
6. wskazania wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego bądź sformułowania własnego stanowiska w kwestii zaprojektowanych świadczeń.

Zapytania skierowano do następujących ekspertów/przedstawicieli instytucji:

lp.	Konsultanci – zmiana technologii (świadczenia)	rehabilitacja pediatryczna
1.	Prof. nadzw. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej
2.	Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak	Konsultant Krajowy w dziedzinie fizjoterapii
3.	Dr hab. n. med. Ewa Emich-Widera	Konsultant Krajowy w dziedzinie neurologii dziecięcej
4.	Dr n. med. Robert Szafkowski	Konsultant Krajowy w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej
5.	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu
6.	Prof. nadzw. dr hab. n. med. Teresa Jackowski	Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii
7.	Mgr Justyna Żulewska	Konsultant Krajowy w dziedzinie neurologopedii
8.	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej
9.	dr hab. n. hum. Maria KÓZKA Prof. nadzw. UJ	Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa

lp.	Konsultanci – zmiana technologii (świadczenia)	rehabilitacja pediatryczna
10.	[REDACTED]	[REDACTED]
11.	[REDACTED]	[REDACTED]
12.	[REDACTED]	[REDACTED]
13.	[REDACTED]	[REDACTED]
14.	[REDACTED]	[REDACTED]
15.	[REDACTED]	[REDACTED]
16.	[REDACTED]	[REDACTED]
17.	[REDACTED]	[REDACTED]
18.	Andrzej Jacyna	Prezes NFZ

Odpowiedzi na zapytanie udzieliło łącznie 3 ekspertów:

Lp.	Imię i nazwisko eksperta	Afiliacja
1.	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej
2.	[REDACTED]	[REDACTED]
3.	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej

Wyniki indywidualnych rekomendacji wiodących ekspertów w przedmiotowym zakresie prezentują poszczególne zestawienia tabelaryczne.

Tabela 49. Opinie ekspertów w zakresie zasadności finansowania proponowanych świadczeń

Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego		
Ekspert	Odpowiedź	Uzasadnienie
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Tak	Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna ma podstawowe znaczenie jest niezbędna dla procesu leczenia i rehabilitacji dzieci z w/w dysfunkcjami -umożliwia wspierania istniejących zasobów dziecka i jego rodziny - w mojej opinii zawiera w swoich treściach także niezbędność świadczenia usług psychologicznych (szeroko pojętej diagnozy i terapii psychologicznej) celem stymulacji rozwoju psychoruchowego i/lub korekty zaburzeń w rozwoju psychoruchowym dziecka od chwili urodzenia po kolejne lata jego życia (w wielu przypadkach także do pełnoletności dziecka - jeśli poziom uszkodzenia, upośledzenia rozwoju psychoruchowego, umysłowego uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie pacjenta np. z dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego).
[REDACTED]	Tak	Potrzeba uzyskania możliwie optymalnego poziomu funkcjonowania pacjenta w społeczeństwie. W opinii Samorządu z uwagą na zróżnicowane potrzeby terapeutyczne powinny zostać wyodrębnione świadczenia z podziałem na wiek pacjenta: 1. Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego w wieku 0-4 lat 2. Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego w wieku 5-18 lat
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu		
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Tak	j.w.

	Tak	Potrzeba uzyskania możliwie optymalnego poziomu funkcjonowania pacjenta w społeczeństwie. W opinii Samorządu z uwagą na zróżnicowane potrzeby terapeutyczne powinny zostać wyodrębnione świadczenia z podziałem na wiek pacjenta: 1. Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu w wieku 0-4 lat 2. Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami układu mchu w wieku 5-18 lat
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 0-3 lata		
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Tak	Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna zawiera niezbędność świadczenia usług psychologicznych (szeroko pojętej diagnozy i terapii psychologicznej) celem stymulacji rozwoju psychoruchowego i/lub korekty zaburzeń w rozwoju psychoruchowym dziecka od chwili urodzenia do 3rż.
	Tak	Potrzeba uzyskania możliwie optymalnego poziomu funkcjonowania pacjenta w społeczeństwie
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 4-18 lat		
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Tak	Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna zawiera w sobie niezbędność świadczenia usług psychologicznych (szeroko pojętej diagnozy i terapii psychologicznej) celem stymulacji rozwoju psychoruchowego i/lub korekty zaburzeń w rozwoju psychoruchowym dziecka od chwili urodzenia po kolejne lata jego życia (w wielu przypadkach także do pełnoletności dziecka - jeśli poziom uszkodzenia, upośledzenia rozwoju psychoruchowego, umysłowego uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie pacjenta (np. z dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego).
	Tak	Potrzeba uzyskania możliwie optymalnego poziomu funkcjonowania pacjenta w społeczeństwie
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 0-3 lata		
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Tak	Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna zawiera w sobie niezbędność świadczenia usług psychologicznych (szeroko pojętej diagnozy i terapii psychologicznej) celem stymulacji rozwoju psychoruchowego i/lub korekty zaburzeń w rozwoju psychoruchowym dziecka od chwili urodzenia do 3rż.
	Tak	Potrzeba uzyskania możliwie optymalnego poziomu funkcjonowania pacjenta w społeczeństwie
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 4-18 lat		
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Tak	Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna zawiera w sobie niezbędność świadczenia usług psychologicznych (szeroko pojętej diagnozy i terapii psychologicznej) celem stymulacji rozwoju psychoruchowego i/lub korekty zaburzeń w rozwoju psychoruchowym dziecka od chwili urodzenia po kolejne lata jego życia (w wielu przypadkach także do pełnoletności dziecka - jeśli poziom uszkodzenia, upośledzenia rozwoju psychoruchowego, umysłowego uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie pacjenta np. z dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego).
	Tak	Potrzeba uzyskania możliwie optymalnego poziomu funkcjonowania pacjenta w społeczeństwie W opinii Samorządu z uwagą na zróżnicowane potrzeby terapeutyczne powinny zostać wyodrębnione świadczenia z podziałem na wiek pacjenta: 1. Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 4-7 lat; 2. Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 8-18 lat
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych		
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Tak	Nie dotyczy oceny zasadności usług psychologicznych
	Tak	Potrzeba uzyskania możliwie optymalnego poziomu funkcjonowania pacjenta w społeczeństwie
Opieka lekarska rehabilitacyjna		
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Tak	Nie dotyczy oceny zasadności usług psychologicznych
	Tak	W zależności od potrzeb

Podsumowanie: Wszyscy eksperci wskazują na zasadność zróżnicowania świadczeń rehabilitacyjnych w zależności od potrzeb terapeutycznych. Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej w przesłanej do Agencji opinii potwierdza zasadność finansowania wnioskowanych świadczeń, z zakresu: kompleksowej

rehabilitacji pediatrycznej stacjonarnej dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego, kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej stacjonarnej dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu, kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej stacjonarnej dla pacjentów w wieku 0-3 lata, kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej stacjonarnej dla pacjentów w wieku 4-18 lat, kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej stacjonarnej dla pacjentów w wieku 0-3 lata, kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej stacjonarnej dla pacjentów w wieku 4-18 lat, fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów pediatrycznych oraz opieki lekarskiej rehabilitacyjnej, ze środków publicznych. Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej, podkreśla niezbędność świadczenia usług psychologicznych w celu stymulacji rozwoju psychospołecznego i/lub korekty zaburzeń w rozwoju psychoruchowym dziecka od chwili urodzenia po kolejne lata jego życia, we wszystkich wnioskowanych świadczeniach z wyjątkiem fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów pediatrycznych oraz opieki lekarskiej rehabilitacyjnej. [REDAKTOR] podkreśla potrzebę osiągnięcia optymalnego poziomu funkcjonowania pacjenta w społeczeństwie, a także sugeruje różnicowanie potrzeb terapeutycznych ze względu na wiek pacjenta. I tak: w przypadku kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej stacjonarnej dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego oraz dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu, sugerowane przedziały wiekowe to: 0–4 lat i 5–18 lat; zaś w przypadku kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej stacjonarnej dla pacjentów w wieku 4–18 lat sugerowane grupy wiekowe to 4–7 lat i 8–18 lat.

Tabela 50. Opinie ekspertów w zakresie stosowania proponowanych skal medycznych

Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego	
Ekspert	Uzasadnienie
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	UWAGA: Skala FMS - w załączniku nr 3, pkt 1.4 opisana skala Functional Measurement Screens wg mojej wiedzy nie odnosi się do oceny dysfunkcji ruchowej u dzieci, nie ma wyszczególnionych punktów N i C. Istnieje inna skala FMS - Functional Mobility Scale, która odnosi się do mobilności dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, w której wyróżnione jest 6 poziomów mobilności, oraz N i C. Skala ta byłaby odpowiednia do kwalifikacji dzieci z ciężką dysfunkcją układu nerwowego, poziomy 1 - 3 odnoszą się bowiem do dzieci, które nie poruszają się samodzielnie. Wg mojej wiedzy nie ma dostępnej tej skali w języku polskim. Poza skalą FMS (opisaną w załączniku) pozostałe kryteria kwalifikacji do kompleksowej rehabilitacji dla dzieci z ciężkimi dysfunkcjami układu nerwowego są dobrze dobrane
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Konsultacje psychologiczne: konieczność sporządzania kompleksowej diagnozy psychologicznej (np. badanie i ocena neuropsychologiczna) - monitorowanie możliwości pracy i stymulacja zasobów dziecka i jego rodziny wspierających kompleksową rehabilitację neuropediatryczną. Konieczność uwzględnienia różnych typów terapii psychologicznych (indywidualnych, grupowych) - terapia rodzinna w różnych placówkach rehabilitacyjnych (stacjonarnych i niestacjonarnych).
[REDAKTOR]	skala FMS (z opisu wskazanym w załączniku wynika, że jest to skala do oceny ryzyka wystąpienia urazu a nie zaburzeń funkcjonalnych, chyba ktoś pomylił skale). Skala FMS- ograniczone zastosowanie w tej grupie pacjentów. Zamiast tego może zastosować skale pomocy z Vallejo, ocena chodzenie, wstawanie z krzesła, równowaga, a bo test równowagi BERG Balanc Scalę, albo na tej samej zasadzie co ocena w skali pomocy ty ko w odniesieniu do równowagi statycznej i dynamicznej, albo skala GMFM, test up and go Podział świadczenia jak w punkcie 1 formularza w odniesieniu do wieku pacjenta 0-4 lata, 5-18 lat.
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	W załączniku nr 3, pkt 1.6 opisane są zaburzenia znacząco zwiększające wymagania rehabilitacyjne i pielęgnacyjne - rehabilitacja ogólnoustrojowa dzieci". Wymienione jest 10 punktów/kryteriów, ale w żadnym z nich nie są wyszczególnione poziomy. Natomiast w kryteriach kwalifikacji jest napisane, że musi być co najmniej w 2 kryteriach poziom 3. Jeżeli do każdego kryterium będą opracowane 4 poziomy, wówczas będzie uzasadnione zastosowanie tego kryterium. Poza tym dobrze dobrane kryteria kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej rehabilitacji dla dzieci z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Konsultacje psychologiczne: konieczność sporządzania kompleksowej diagnozy psychologicznej (np. badanie i ocena neuropsychologiczna) - monitorowanie możliwości pracy i stymulacja zasobów dziecka i jego rodziny wspierających kompleksową rehabilitację neuropediatryczną. Konieczność uwzględnienia różnych typów terapii psychologicznych (indywidualnych, grupowych) - terapia rodzinna w różnych placówkach rehabilitacyjnych (stacjonarnych i niestacjonarnych).
[REDAKTOR]	Podział świadczenia jak w punkcie 1 formularza w odniesieniu do wieku pacjenta 0-4 lata, 5-18 lat.
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 0-3 lata	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Nie mam uwag
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Konsultacje psychologiczne: wskazuje się na potrzebę sporządzania wstępnej oceny funkcjonowania psychologicznego dziecka i jego rodziny ale także konieczność sporządzania kompleksowej diagnozy psychologicznej (np. badanie i ocenę neuropsychologiczną, badanie emocjonalno-społecznych, inne) u dzieci w różnym wieku prezentujących różne poziomy sprawności (ruchowej psychoruchowej, neuropsychologicznej, umysłowej). Diagnoza psychospołeczna dziecka i funkcjonowania jego rodziny są istotne dla wspierania efektywnego przebiegu kompleksowego procesu rehabilitacji dziecka, Konieczność uwzględnienia różnych typów terapii psychologicznych (indywidualnych,

	grupowych) np. wspomaganie rozwoju, neuropsychologiczna, terapia rodzinna w różnych placówkach rehabilitacyjnych (stacjonarnych i niestacjonarnych).
	Brak uwag
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 4-18 lat	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Nie mam uwag
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	j.w z uwzględnieniem szczególnym możliwości korzystania z szeroko pojętej pomocy psychologicznej dla dziecka i jego rodziny w placówkach stacjonarnych świadczących kompleksową rehabilitację pediatryczną dla dziecka i jego rodziny
	Brak uwag
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 0-3 lata	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Proponuję zmianę: dla pacjentów 0 - 3 „udziału w procesie rehabilitacji minimum dwóch członków zespołu terapeutycznego, w tym lekarza rehabilitacji” Proponowany czas przyjęcia: należy dla wszystkich pacjentów przyjąć kryterium przyjęcia/kwalifikacji lekarskiej w ciągu 14 dni od wystawienia skierowania. Lekarz po kwalifikacji oznacza skierowania jako pilne do realizacji w ciągu 7/14 dni lub planowe - wg kolejki
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Konsultacje psychologiczne: wskazuje się na potrzebę sporządzania wstępnej oceny funkcjonowania psychologicznego dziecka i jego rodziny, ale także konieczność sporządzania kompleksowej diagnozy psychologicznej (np. badanie i ocena neuropsychologiczna, badanie funkcji emocjonalno-społecznych, inne) u dzieci w różnym wieku prezentujących różne poziomy niepełnosprawności (ruchowej psychoruchowej, neuropsychologicznej, umysłowej). Diagnoza psychospołeczna dziecka i funkcjonowania jego rodziny są istotne dla wspierania efektywnego przebiegu kompleksowego procesu rehabilitacji dziecka. Konieczność uwzględnienia różnych typów terapii psychologicznych (indywidualnych, grupowych) np. wspomaganie rozwoju, neuropsychologiczna, terapia rodzinna w różnych placówkach
	Dla dzieci z najmłodszej grupy wiekowej proponujemy w procesie rehabilitacji udział minimum 2 specjalistów. Nie każdy pacjent w tej grupie wiekowej wymaga wsparcia z zakresu psychopedagogicznego czy logopedycznego.
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 4-18 lat	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Proponowany czas przyjęcia: należy dla wszystkich pacjentów przyjąć kryterium kwalifikacji lekarskiej w ciągu 7/14 dni od wystawienia skierowania. Lekarz po kwalifikacji powinien oznaczyć skierowanie jako pilne do realizacji w ciągu 7/14 dni lub planowe - wg kolejki
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	j.w z uwzględnieniem szczególnym możliwości korzystania z szeroko pojętej pomocy psychologicznej dla dziecka i jego rodziny w placówkach stacjonarnych świadczących kompleksową rehabilitację pediatryczną dla dziecka i jego rodziny
	Ze względu na specyfikę pracy z dzieckiem w różnych grupach wiekowych, kompetencje personelu, specyfikę wyposażenia sal, przyrządy i przybory fizjoterapeutyczne, pomoce dydaktyczne, rodzaj zabawek oraz odrębność skal rozwojowych i testów do oceny stanu funkcjonalnego pacjenta wydaje się bezzasadny podział, w którym dzieci w wieku 4-18 stanowią jedną grupę pacjentów. Ze względu na ww wymagania poszczególnych grup wiekowych proponujemy podział na: 1. Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 4-7 lat 2. Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 8-18 lat
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Należy doprecyzować "bezpośrednio" np. do 7 dni (pilne)
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak
	Brak uwag.
Opieka lekarska rehabilitacyjna	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Do rozważenia: pilna porada lekarska do 7 dni
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak
	Brak uwag.

Podsumowanie: Eksperci wskazują na konieczność zweryfikowania zasadności wykorzystania skali FMS – Functional Measurement Screens do oceny pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego.

Według Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej w przypadku kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej stacjonarnej dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego skala Functional Mobility Scale może okazać się bardziej przydatna w ocenie mobilności dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w celu kwalifikacji dzieci z ciężką dysfunkcją układu nerwowego. Natomiast w odniesieniu do kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej stacjonarnej dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu opisane zostały zaburzenia znacząco zwieszające wymagania rehabilitacyjne i pielęgnacyjne, co ma przełożenie na kryteria kwalifikacji, jednak konieczne jest opisanie poziomów do każdego z kryteriów. Do pozostałych kryteriów kwalifikacji, w celu udzielania poszczególnych świadczeń, ekspert nie ma żadnych uwag.

Pozostałe uwagi eksperta dotyczą składu zespołu terapeutycznego w przypadku kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej dziennej dla pacjentów w wieku 0–3 lata. Proponowany zapis to „udziału w procesie rehabilitacji minimum dwóch członków zespołu terapeutycznego, w tym lekarza rehabilitacji”. Ponadto, w odniesieniu do tej formy świadczenia oraz kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej dziennej dla pacjentów w wieku 4–18 lat, a także fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów pediatrycznych i opieki lekarskiej rehabilitacyjnej, uwagi Konsultanta Krajowego skupiają się na zapisach związanych z kryterium kwalifikacji lekarskiej dla wszystkich pacjentów. Odpowiednio dla: kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej dziennej dla pacjentów w wieku 0–3 lata „w ciągu 14 dni od wystawienia skierowania”; kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej dziennej dla pacjentów w wieku 4–18 lat – 7/14 dni od wystawienia skierowania.

Według Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychologii klinicznej wśród proponowanych kryteriów kwalifikacji do poszczególnych świadczeń zasadne jest przeprowadzenie konsultacji psychologicznej, której celem jest przygotowanie kompleksowej oceny funkcjonowania psychologicznego dziecka i jego rodziny. Kompleksowa diagnoza pozwoli na uwzględnienie różnych typów terapii psychologicznych (indywidualne, grupowe), prowadzonych w różnych trybach (stacjonarnie i niestacjonarnie), będąc istotnym elementem wspierającym efektywny przebieg całego procesu rehabilitacji (poza świadczeniami z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów pediatrycznych i opieki lekarskiej rehabilitacyjnej).

[REDAKTOWANE], wśród kryteriów kwalifikacji do świadczeń z zakresu kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej stacjonarnej dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego, sugeruje wykorzystanie następujących narzędzi: skale pomocy z Vallejo, ocenę chodzenia, wstawania z krzesła, równowagi lub test równowagi BERG Balanc Scale, albo na tej samej zasadzie co ocena w skali pomocy tylko w odniesieniu do równowagi statycznej i dynamicznej lub skala GMFM, test up and go. Wśród uwag [REDAKTOWANE] znajduje się wymóg zapewnienia udziału minimum dwóch specjalistów uczestniczących w procesie rehabilitacji w odniesieniu do świadczeń z zakresu kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej dziennej dla pacjentów w wieku 0–3 lata. W tej grupie wiekowej pacjentów nie wszyscy pacjenci wymagają wsparcia z zakresu psychopedagogicznego czy logopedycznego.

Tabela 51. Opinie ekspertów w zakresie wymaganego w propozycjach świadczeń personelu

Świadczenia	Ekspert	lekarz rehabilitacji medycznej		lekarz - inny (jaki?)	pielęgniarka	fizjoterapeuta		psycholog		logopeda	terapeuta zajęciowy	dietetyk	inny terapeuta	
		specjalista	w trakcie specjalizacji			specjalista/ mar	inny	psycholog kliniczny	mgr				pedagog	inny (jaki?)
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	Pediatra, neurolog	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorzyc	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X
	[REDACTED]	X	X	Ortopeda, neurolog, pediatra	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	X	✓
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	Pediatra, Ortopeda	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorzyc	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X
	[REDACTED]	X	X	Ortopeda, neurolog, pediatra	✓	✓	✓	X	✓	X	✓	X	X	X
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 0-3 lata	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	Pediatra Dostęp do konsultacji lekarzy innych specjalności	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorzyc	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X
	[REDACTED]	X	X	Ortopeda, neurolog, pediatra	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	X	✓
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 4-18 lat	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	Pediatra Dostęp do konsultacji lekarzy innych specjalności	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorzyc	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X

		X	X	Ortopeda, neurolog, pediatra	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	X	X
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 0-3 lata	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X
		X	X	Ortopeda, neurolog, pediatra	X	✓	✓	X	✓	✓		X	Specjalny	X
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 4-18 lat	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X
		X	X	Ortopeda, neurolog, pediatra	X	✓	✓	X	✓	✓		X	Specjalny	X
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X
Opieka lekarska rehabilitacyjna	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Podsumowanie: Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej wskazał jako zasadny udział lekarza rehabilitacji medycznej (również w trakcie specjalizacji) oraz pediatry w każdym z zaproponowanych rodzajów rehabilitacji poza fizjoterapią. Dodatkowo zaproponował udział neurologa i ortopedy zależnie od rodzaju rehabilitacji. Wskazał również potrzebę udziału pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, logopedy, terapeuty zajęciowego, dietetyka oraz pedagoga w udzielaniu świadczeń „kompleksowych” oraz fizjoterapeuty w fizjoterapii.

Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej wskazał jako zasadny jedynie udział psychologa (klinicznego lub magistra) w udzielaniu wszystkich świadczeń „kompleksowych”.

wskazał jako zasadny udział pielęgniarki, fizjoterapeuty, magistra psychologii, logopedy, terapeuty zajęciowego i innych terapeutów w świadczeniach rehabilitacji neurologicznej i stacjonarnej; pielęgniarki, fizjoterapeuty, magistra psychologii, terapeuty zajęciowego w rehabilitacji układu ruchu; fizjoterapeuty, magistra psychologii, logopedy, pedagoga specjalnego w rehabilitacji dziennej; oraz fizjoterapeuty w fizjoterapii.

Tabela 52. Opinie ekspertów w zakresie proponowanego wyposażenia i pomieszczeń

Świadczenia	Ekspert	gabinet lekarski	gabinet diagnostyczno-zabiegowy	gabinet fizjoterapeutyczny	sala fizjoterapii	sala funkcjonalnego treningu medycznego (FTM)	gabinet dietetyczny	gabinet logopedyczny	gabinet psychologiczny	gabinet masażu	gabinet dietetyczny	gabinet terapii zajęciowej	sala do terapii integracji sensorycznej IS	stanowisko intensywnego nadzoru (intensywnej opieki)	warunki lokalowe wspólne
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	X	✓	X	X	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X	X
	[REDACTED]	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	X	✓	X	X	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X	X
	[REDACTED]	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 0-3 lata	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X	X
	[REDACTED]	✓	✓	✓	✓	X	X	X	✓	X	X	X	✓	X	✓
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 4-18 lat	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X	X

		✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	X	X	✓	X	X	✓
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 0-3 lata	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓		X	✓	✓	✓		✓	✓	X	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X	X
		✓	X	X	✓	X	X	X	✓	X	X	✓	✓	X	✓
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 4-18 lat	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	✓	X	X	X	X	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X	X
		✓	X	✓	✓	X	X	✓	✓	X	X	✓	✓	X	✓
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	✓	✓	✓	X	X		✓	X	X	✓	X	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		✓	X	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	X	✓
Opieka lekarska rehabilitacyjna	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		✓	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	✓

Podsumowanie: W przypadku zasobów lokalowych dla świadczeń „kompleksowych” Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej określił jako niezbędne: gabinet lekarski, diagnostyczno-zabiegowy, fizjoterapeutyczny, logopedyczny, psychologiczny, masażu, terapii zajęciowej, salę fizjoterapii i salę IS. Z wyłączeniem gabinetu logopedycznego w rehabilitacji układu ruchu i rehabilitacji dziennej; gabinetu terapii zajęciowej, logopedycznego i psychologicznego, w rehabilitacji dziennej

dzieci 4–18 lat; sali IS w rehabilitacji neurologicznej, układu ruchu i dziennej dla dzieci 4–18 lat. Dodatkowo wskazał jako niezbędną salę FTM w rehabilitacji układu ruchu oraz stacjonarnej i kompleksowej rehabilitacji dzieci 4–18 lat. W fizjoterapii ambulatoryjnej wskazał na konieczność zapewnienia gabinetu fizjoterapeutycznego, sali fizjoterapii, sali FTM i IS oraz gabinetu masażu. W opiece lekarskiej za niezbędny uznał jedynie gabinet lekarski.


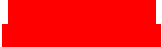
Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej uznała za zasadne jedynie gabinety psychologiczne we wszystkich rodzajach świadczeń poza fizjoterapią i opieką lekarską.



W przypadku zasobów lokalowych dla świadczeń „kompleksowych” określił, jako niezbędne: gabinet lekarski, diagnostyczno-zabiegowy, fizjoterapeutyczny, salę fizjoterapii i salę FTM, gabinet logopedyczny, psychologiczny, terapii zajęciowej, salę IS, stanowisko intensywnej opieki oraz warunki lokalowe wspólne dla świadczeń „kompleksowych”, z wyłączeniem: sali FTM w rehabilitacji stacjonarnej dzieci 0–3lat i rehabilitacji dziennej, gabinetu diagnostyczno-zabiegowego w rehabilitacji dziennej, gabinetu fizjoterapeutycznego w rehabilitacji dziennej dzieci 0–3lat, gabinetu logopedycznego w rehabilitacji stacjonarnej i dziennej dzieci 0–3lat, gabinetu terapii zajęciowej w rehabilitacji stacjonarnej dzieci 0–3lat oraz sali IS w rehabilitacji stacjonarnej dzieci 4–18lat, stanowiska intensywnej terapii w rehabilitacji dziennej i stacjonarnej.



Tabela 53. Opinie ekspertów w zakresie proponowanych interwencji terapeutycznych

Świadczenia	Ekspert	lekarski				fizjoterapeutyczny					dietetyczny		logopedyczny		psychologiczny		terapii zajęciowej		pedagogiczny		pielęgniarski
		konsultacja lekarska	porada kwalifikacyjna	porada lekarska	opieka lekarska	konsultacja fizjoterapeutyczna	kwalifikacja wstępna do fizjoterapii	wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna	fizjoterapia indywidualna	funkcjonalny trening medyczny	konsultacja dietetyczna	edukacja dietetyczna	konsultacja logopedyczna	terapia logopedyczna	konsultacja psychologiczna	terapia psychologiczna	konsultacja terapeutyczna zajęciowego	terapia zajęciowa	konsultacja pedagoga specjalnego	terapia pedagoga specjalnego	opieka pielęgniarska
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X

Świadczenia	Ekspert	lekarski				fizjoterapeutyczny					dietetyczny		logopedyczny		psychologiczny		terapii zajęciowej		pedagogiczny		pielęgniarski
		konsultacja lekarska	porada kwalifikacyjna	porada lekarska	opieka lekarska	konsultacja fizjoterapeutyczna	kwalifikacja wstępna do fizjoterapii	wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna	fizjoterapia indywidualna	funkcjonalny trening medyczny	konsultacja dietetyczna	edukacja dietetyczna	konsultacja logopedyczna	terapia logopedyczna	konsultacja psychologiczna	terapia psychologiczna	konsultacja terapeutyczna zajęciowej	terapia zajęciowa	konsultacja pedagoga specjalnego	terapia pedagoga specjalnego	opieka pielęgniarska
		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X	
		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 0-3 lata	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X	

Świadczenia	Ekspert	lekarski				fizjoterapeutyczny					dietetyczny		logopedyczny		psychologiczny		terapii zajęciowej		pedagogiczny		pielęgniarski
		konsultacja lekarska	porada kwalifikacyjna	porada lekarska	opieka lekarska	konsultacja fizjoterapeutyczna	kwalifikacja wstępna do fizjoterapii	wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna	fizjoterapia indywidualna	funkcjonalny trening medyczny	konsultacja dietetyczna	edukacja dietetyczna	konsultacja logopedyczna	terapia logopedyczna	konsultacja psychologiczna	terapia psychologiczna	konsultacja terapeuty zajęciowego	terapia zajęciowa	konsultacja pedagoga specjalnego	terapia pedagoga specjalnego	opieka pielęgniarska
		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 4-18 lat	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X	X
		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 0-3 lata	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	

Świadczenia	Ekspert	lekarski				fizjoterapeutyczny					dietetyczny		logopedyczny		psychologiczny		terapii zajęciowej		pedagogiczny		pielęgniarski
		konsultacja lekarska	porada kwalifikacyjna	porada lekarska	opieka lekarska	konsultacja fizjoterapeutyczna	kwalifikacja wstępna do fizjoterapii	wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna	fizjoterapia indywidualna	funkcjonalny trening medyczny	konsultacja dietetyczna	edukacja dietetyczna	konsultacja logopedyczna	terapia logopedyczna	konsultacja psychologiczna	terapia psychologiczna	konsultacja terapeuty zajęciowego	terapia zajęciowa	konsultacja pedagoga specjalnego	terapia pedagoga specjalnego	opieka pielęgniarska
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X	X
		✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	X	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 4-18 lat	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X	X
		✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	X	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X

Świadczenia	Ekspert	lekarski				fizjoterapeutyczny					dietetyczny		logopedyczny		psychologiczny		terapii zajęciowej		pedagogiczny		pielęgniarski	
		konsultacja lekarska	porada kwalifikacyjna	porada lekarska	opieka lekarska	konsultacja fizjoterapeutyczna	kwalifikacja wstępna do fizjoterapii	wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna	fizjoterapia indywidualna	funkcjonalny trening medyczny	konsultacja dietetyczna	edukacja dietetyczna	konsultacja logopedyczna	terapia logopedyczna	konsultacja psychologiczna	terapia psychologiczna	konsultacja terapeuty zajęciowego	terapia zajęciowa	konsultacja pedagoga specjalnego	terapia pedagoga specjalnego	opieka pielęgniarska	
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Opieka lekarska rehabilitacyjna	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		✓	X	✓	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Podsumowanie: Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego:

Ekspert zgadzają się w odniesieniu do większości profili i objętych nimi interwencji w zakresie kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej stacjonarnej dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego. Dodatkowo, według Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej zasadne jest zastosowanie profilu dietetycznego, obejmującego następujące interwencje: konsultacja dietetyczna, edukacja dietetyczna. Odmienną opinię przedstawia [REDAKTOWANE], według którego nie ma zasadności tego profilu. W opinii [REDAKTOWANE] zasadne są interwencje z profilu pedagogicznego: konsultacja pedagoga specjalnego, terapia pedagoga specjalnego oraz dodatkowe interwencje z profilu fizjoterapeutycznego (nieuwzględnione przez Konsultanta Krajowego): kwalifikacja wstępna do fizjoterapii, wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna, funkcjonalny trening medyczny.

Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu:

Ekspert zgadzają się w odniesieniu do większości profili i objętych nimi interwencji w zakresie kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej stacjonarnej dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami ośrodkowego układu ruchu. Według Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej zasadne jest zastosowanie profilu dietetycznego, obejmującego następujące interwencje: konsultacja dietetyczna, edukacja dietetyczna oraz profilu logopedycznego obejmującego następujące interwencje: konsultacja logopedyczna, terapia logopedyczna. Odmienną opinię przedstawia [REDAKTOWANE], według którego nie ma zasadności tych profili. W opinii [REDAKTOWANE] zasadne są interwencje z profilu pedagogicznego: konsultacja pedagoga specjalnego, terapia pedagoga specjalnego oraz dodatkowe interwencje z profilu fizjoterapeutycznego (nieuwzględnione przez Konsultanta Krajowego): kwalifikacja wstępna do fizjoterapii, wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna, funkcjonalny trening medyczny.

Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 0 - 3 lata oraz w wieku 4 - 18 lat:

Ekspert zgadzają się w odniesieniu do większości profili i objętych nimi interwencji w zakresie kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej stacjonarnej dla pacjentów w wieku 0 - 3 lata oraz w wieku 4 - 18 lat. Według Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej zasadne jest zastosowanie profilu dietetycznego, obejmującego następujące interwencje: konsultacja dietetyczna, edukacja dietetyczna. Odmienną opinię przedstawia [REDAKTOWANE], według którego nie ma zasadności tego profilu. W opinii [REDAKTOWANE] zasadne jest poszerzenie profilu pedagogicznego o dodatkową interwencję: terapia pedagoga specjalnego oraz profilu fizjoterapeutycznego (nieuwzględnione przez Konsultanta Krajowego) o następujące interwencje: kwalifikacja wstępna do fizjoterapii, wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna, funkcjonalny trening medyczny.

Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 0 - 3 lata oraz w wieku 4 - 18 lat:

Ekspert zgadzają się w odniesieniu do większości profili i objętych nimi interwencji w zakresie kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej dziennej dla pacjentów w wieku 0 - 3 lata oraz w wieku 4 - 18 lat. Według Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej zasadne jest zastosowanie profilu pielęgniarskiego, obejmującego interwencje związane z opieką pielęgniarską oraz profilu dietetycznego, obejmującego następujące interwencje: konsultacja dietetyczna, edukacja dietetyczna. Odmienną opinię przedstawia [REDAKTOWANE], według którego nie ma zasadności tych profili. W opinii [REDAKTOWANE] zasadne jest poszerzenie profilu pedagogicznego o dodatkową interwencję: terapia pedagoga specjalnego.

Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych:





Opinie Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej i [REDAKTOWANE] są identyczne, co do interwencji w obrębie poszczególnych profili.

Opieka lekarska rehabilitacyjna:

Według Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej profil lekarski powinien obejmować następujące interwencje: konsultacja lekarska, porada kwalifikacyjna, porada lekarska, zaś według [REDACTED] profil ten powinien obejmować tylko dwie interwencje: konsultację lekarską i poradę lekarską.

Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej położył nacisk na interwencje w ramach profilu psychologicznego (konsultacja psychologiczna, terapia psychologiczna) w ramach realizacji wszystkich świadczeń, z wyjątkiem świadczeń z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów pediatrycznych i opieki lekarskiej rehabilitacyjnej.

Tabela 54. Propozycje ekspertów w zakresie wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego

Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężką dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego	
Ekspert	Wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Kompleksowa diagnoza psychologiczna dziecka ,opierająca się o cykl konsultacji psychologicznych wspierających prawidłowe dla dziecka i oceny jego zaburzeń i dysfunkcji rozwojowych prowadzenie procesu diagnozy psychospołecznej a następnie bazujące na w/w diagnozie prowadzenie wieloetapowego procesu terapii psychologicznej. Ważna jest prowadzona systematycznie z rodziną psychoedukacja w zakresie radzenia sobie z przewlekłą dysfunkcją układu nerwowego i zaburzeniami (deficytami) w rozwoju psychoruchowym oraz stale zapewnione wsparcie psychologiczne dla rodziny.
	Brak
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami układu ruchu	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	j.w.
	Brak
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 0-3 lata	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Kompleksowa diagnoza psychologiczna dziecka ,opierająca się o cykl konsultacji psychologicznych - na oddziałach rehabilitacji stacjonarnej istotni znaczenie ma re-diagnoza i porównanie stanu aktualnego z etapem wcześniejszym psychoruchowego poziomu rozwoju i stanu małego dziecka w zakresie jego funkcji psychospołecznych. Ważna jest prowadzona systematycznie z rodziną psychoedukacja w zakresie radzenia sobie z przewlekłą dysfunkcją układu nerwowego i zaburzeniami (deficytami) w rozwoju psychoruchowym oraz stale zapewnione wsparcie psychologiczne dla rodziny.
	Brak
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w wieku 4-18 lat	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	W diagnozie dzieci (4-18) poza istotnością kompleksowej oceny rozwoju psychologicznego (np. umysłowego, emocjonalno-społecznego, oceny poziomu istniejących u dziecka i nastolatka deficytów, dysfunkcji neuropsychologicznych) istotne znaczenie posiada umożliwienie prowadzenia terapii psychologicznej :wspierającej rozwój małego dziecka, redukcję jej zaburzeń i emocjonalno-społecznych oraz mentalnych deficytów. Wskazuje się na potrzebę prowadzenia w procesie rehabilitacji pediatrycznej Terapii indywidualnej (w kontekście psychologicznym nad radzeniem sobie z bólem, poprawy samooceny, motywacji wewnętrznej do pracy nad istniejącymi deficytami i dysfunkcjami w rozwoju psychicznym dziecka),pomoc psychologiczna nad radzeniem sobie z zaburzeniami współistniejącymi typu depresja i zaburzenia lękowe). W wielu sytuacjach potrzebna jest pomoc grupowa oraz objęcie interwencją psychologiczną rodziny dziecka chorego. Ważna jest prowadzona systematycznie z rodziną psychoedukacja w zakresie radzenia sobie z przewlekłą dysfunkcją układu nerwowego i zaburzeniami (deficytami) w rozwoju psychoruchowym oraz stale zapewnione wsparcie psychologiczne dla rodziny.
	Brak
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 0-3 lata	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak

Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Kompleksowa diagnoza psychologiczna dziecka .opierająca się o cykl konsultacji psychologicznych w kierunku monitorowania aktualnej diagnozy (oceny) poziomu występujących u małego zaburzeń i dysfunkcji rozwojowych oraz monitoring bazującego na w/w diagnozie prowadzonego procesu terapii psychologicznej-dziecka i jego rodziny(terapia rodzinna). Ważna jest wsparcie psychologiczne dla rodziny oraz prowadzona systematycznie z rodziną psychoedukacja w zakresie radzenia sobie z przewlekłą dysfunkcją układu nerwowego i zaburzeniami (deficytami) w rozwoju psychoruchowym.
	Ze względu na odrębność postępowania diagnostycznego-terapeutycznego uzasadnione jest aby w tej grupie pacjentów znalazły się dzieci do 2 roku życia (tj. w przedziale 0-2)
Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w wieku 4-18 lat	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Kompleksowa diagnoza psychologiczna dziecka i /lub nastolatka opierająca się o cykl konsultacji psychologicznych w kierunku monitorowania aktualnej diagnozy (oceny) poziomu występujących u małego zaburzeń i dysfunkcji rozwojowych czy zaburzeń emocjonalno-społecznych , przebiegu kryzysu dojrzewania (szczególnie częste u młodzieży) oraz monitoring bazującego na w/w diagnozie prowadzonego procesu terapii psychologicznej dziecka i jego rodziny(terapia rodzinna). Wskazuje się na potrzebę prowadzenia w procesie rehabilitacji pediatrycznej Terapii indywidualnej (w kontekście psychologicznym nad radzeniem sobie z bólem, poprawy samooceny, motywacji wewnętrznej do pracy nad istniejącymi deficytami i dysfunkcjami w rozwoju psychicznym dziecka),pomoc psychologiczna nad radzeniem sobie z zaburzeniami współistniejącymi typu depresja i zaburzenia lękowe). W wielu sytuacjach potrzebna jest pomoc grupowa oraz objęcie interwencją psychologiczną rodziny dziecka chorego.
	Ze względu na odrębność postępowania diagnostycznego-terapeutycznego uzasadnione jest aby ustanowić dwie odrębne grupy: 3-7 lat, 8-18 lat.
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Brak
	Brak
Opieka lekarska rehabilitacyjna	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Brak
	Brak
Uzasadnienie	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Brak
	Odrębność postępowania diagnostyczno-terapeutycznego wynika z potrzeby zastosowania specyficznych dla danego wieku testów i skal rozwojowych (np. test TIMP - do 16 tyg życia AIMS - do 18 miesiąca życia, Insite - podział na grupy wiekowe), ze względu na prowadzoną w ramach Kompleksowej Rehabilitacji Pediatrycznej terapię psychopedagogiczną i logopedyczną specyficznego dla danego wieku wyposażenia sal (krzeselka, ławeczki, stoliki), specyficznych przyborów, przyrządów i zabawek jak i przygotowania merytorycznego specjalistów.

Podsumowanie: Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej nie wskazał żadnych wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w ramach realizacji poszczególnych świadczeń z zakresu rehabilitacji pacjentów pediatrycznych.

Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej podkreśla istotność kompleksowej diagnozy psychologicznej pacjenta pediatrycznego oraz prowadzenie wieloetapowego procesu terapii psychologicznej. Podkreśla wagę wsparcia psychologicznego dla rodziny. Konsultant Krajowy podkreśla, że u pacjentów z grupy wiekowej 4–18 lat istotne znaczenie ma prowadzenie terapii psychologicznej, której celem jest między innymi: wspieranie rozwoju osoby małego, redukcja zaburzeń, emocjonalno-społecznych oraz mentalnych deficytów,

radzenie sobie z bólem w kontekście psychologicznym, poprawa samooceny, poprawa motywacji wewnętrznej do pracy nad istniejącymi deficytami i dysfunkcjami w rozwoju psychicznym, radzenie sobie z depresją i zaburzeniami lekowymi.

Prezes [REDACTED] sugeruje podział pacjentów na 3 grupy wiekowe (0–2 lata, 3–7 lat i 8–18 lat), ze względu na odrębność postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w ramach realizacji świadczeń z zakresu kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej, specyfikę potrzeb wynikających z zastosowania dla danego wieku testów i skal rozwojowych (np. test TIMP – do 16 tygodnia życia, AIMS – do 18 miesiąca życia, Insite – podział na grupy wiekowe) oraz wymagania związane z wyposażeniem i przygotowaniem merytorycznym specjalistów prowadzących terapię psychopedagogiczną i logopedyczną.

7 Ocena skutków regulacji

Do przeprowadzenia analizy wpływu na budżet proponowanych zmian oparto się na wielu założeniach dotyczących zarówno wyceny poszczególnych świadczeń jak i przepływów pacjentów. Należy pamiętać, że mają one w większości charakter hipotetyczny, w związku z powyższym między wynikami przeprowadzonej analizy wpływu na budżet, a rzeczywistym wpływem proponowanych zmian mogą wystąpić znaczące różnice.

W proponowanych rozwiązaniach zakłada się wprowadzenie całkiem nowych, nie funkcjonujących dzisiaj świadczeń, które nie zostały nigdy wycenione. Ponieważ postuluje się lepsze dopasowanie składu zespołu terapeutycznego oraz intensywności rehabilitacji i warunków jej udzielania, do obiektywnych potrzeb pacjentów mierzonych ich stanem funkcjonalnym, koszty udzielanych świadczeń rehabilitacyjnych na pewno ulegną zmianie, aczkolwiek wielkość tej zmiany jest na chwilę obecną niemożliwa do oceny.

Z powodu braku informacji na temat stanu klinicznego pacjentów w wieku 0-18 lat, którzy są obecnie rehabilitowani w różnych warunkach systemu rehabilitacji nie można precyzyjnie ocenić jak będą wyglądać przepływy rehabilitowanych pacjentów między warunkami i świadczeniami rehabilitacji leczniczej po zmianach, które są proponowane w niniejszym opracowaniu, w stosunku do stanu obecnego. Na podstawie dostępnych przesłanek przewiduje się, że nastąpi przesunięcie pacjentów z warunków rehabilitacji stacjonarnej do warunków oddziału dziennego lub świadczeń ambulatoryjnych. Trudno natomiast powiedzieć, czy zwiększy się dopływ pacjentów z oddziałów fazy ostrej na rehabilitację. **Z pewnością najbardziej fundamentalnej zmianie ulegnie obszar rehabilitacji pulmonologicznej, z którego znikną świadczenia stacjonarne i dzienne, a zastąpione one będą fizjoterapią ambulatoryjną oraz domową. Drugim miejscem istotnych zmian będzie rehabilitacja stacjonarna skąd szereg pacjentów przesunie się do rehabilitacji dziennej.**

Opis zmian przyjętych do wyliczeń analizy wpływu na budżet.

Pakiet zmian (od 1 do 3) prognozowanych w rehabilitacji pediatrycznej wynika ze zmian będących skutkiem modyfikacji istniejących lub też stworzeniem nowych produktów dedykowanych pacjentom pediatrycznym.

Zmiana 1 Zmiany w obszarze rehabilitacji pulmonologicznej

Obecnie udzielane świadczenia rehabilitacji pulmonologicznej stacjonarnej i dziennej zostaną przekształcone na świadczenia rehabilitacji fizjoterapia ambulatoryjnej *Zmiana 1A* oraz fizjoterapii domowej *Zmiana 1B*.

Zmiana 1A świadczenia rehabilitacji pulmonologicznej w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej

Punktem odniesienia do wyliczeń jest tabela stanowiąca załącznik do świadczenia fizjoterapii pediatrycznej pulmonologicznej ambulatoryjnej. W tabeli tej znajdują się rozpoznania / grupy rozpoznań, które zgodnie z nową koncepcją rehabilitacji miałyby uprawniać do rehabilitacji pulmonologicznej. Każda z grup rozpoznań została rozpisana na poszczególne jednostki chorobowe, a następnie dla każdej z nich była ustalana liczba pacjentów. Szacowanie liczby pacjentów dokonane zostało w oparciu o najnowsze dostępne dane z 2018 r. z NFZ. Szacowanie zostało przeprowadzone w dwóch wariantach tj. dla całości pacjentów z danym rozpoznaniem w 2018 r. oraz nowych pacjentów z danym rozpoznaniem w 2018 r. tzn. tych pacjentów, którzy nie występowali w bazach danych NFZ z danym rozpoznaniem w latach 2015-2017. Liczba pacjentów z danym rozpoznaniem została ustalona w ten sposób, że zostali odszukani w bazie NFZ wszyscy pacjenci, którzy w roku 2018 skorzystali z jakiegokolwiek świadczenia finansowanego ze środków będących w dyspozycji NFZ i mieli sprawozdane jako rozpoznanie główne lub inne rozpoznanie z ww. tabeli. Dodatkowym utrudnieniem był fakt, że część pacjentów miała sprawozdane więcej niż 1 interesujące nas rozpoznanie, w związku z czym liczba unikalnych pacjentów z całego zbioru wziętych pod uwagę rozpoznań pulmonologicznych była mniejsza niż suma pacjentów w poszczególnych rozpoznaniach. Problem ten rozwiązano poprzez skorygowanie liczby pacjentów z poszczególnymi rozpoznaniem przy użyciu współczynnika będącego ilorazem liczby unikalnych pacjentów przez sumę liczby pacjentów z poszczególnymi rozpoznaniem. W wyniku tych wyliczeń uzyskano poniższe dane wyjściowe.

Tabela 55. Lb. pacjentów z rozpoznaniem uprawniającymi do fizjoterapii ambulatoryjnej pulmonologicznej

Rozpoznania / grupy rozpoznań	Liczba pacjentów w 2018 r.
Astma	410 280*
Choroby układu mięśniowego w znacznym stopniu upośledzające oddychanie	5 103
Cięższe płucne postacie gruźlicy (np. powikłane wysiękiem opłucnej).	532
Dysplazja oskrzelowo-płucna	2 727
Przebyte zapalenie opłucnej	70
Niewydolność oddychania	3 456
Mukowiscydoza	2 796
Nawracające infekcje dolnych dróg oddechowych	11 233
Rozstrzenia oskrzeli	290
Stany po powikłanych zapaleniach płuc np. ropniak opłucnej	152
Śródmiąższowe choroby płuc	763
Wady układu oddechowego (np. przepuklina przeponowa, hipoplazja płuca)	788
Razem	438 189*

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ I * Liczba pacjentów będących beneficjentami świadczeń będzie finalnie bardzo znacznie mniejsza, przede wszystkim będzie to miało miejsce w przypadku astmy, gdyż mamy do czynienia z nadrozpoznawalnością tej jednostki chorobowej, a dodatkowo tylko niewielka, najcieńsza grupa pacjentów z ww. rozpoznaniem będzie miała dostęp do świadczeń rehabilitacji pulmonologicznej. † Liczby pisane kursywą to nowe rozpoznania w 2018 r. pozostałe liczby to liczba pacjentów z daną jednostką chorobową w 2018 r.

Kolejnym etapem wyliczeń było ustalenie metodą ekspercką, dla pacjentów należących do wyżej wskazanych grup rozpoznań, dwóch grup współczynników:

- współczynników korzystania z górnego limitu, które oznaczają ile % z maksymalnego dostępnego limitu świadczeń wykorzystuje przeciętny pacjent korzystający ze świadczeń,
- współczynników pacjentów korzystających ze świadczeń, które oznaczają ile % pacjentów spośród wszystkich z danej grupy rozpoznań skorzystało, z dostępnych świadczeń.

Na podstawie limitów świadczeń oraz liczby pacjentów z rozpoznaniem / grupami rozpoznań umożliwiającymi rehabilitację pulmonologiczną została zaprognozowana liczba świadczeń, które zostaną udzielone pacjentom. Na końcu pojedynczym świadczeniom przyporządkowano ich koszt oraz wyliczono nakłady niezbędne do poniesienia w celu ich zakupu.

Wyliczono następujące liczby świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej pediatrycznej pulmonologicznej:

- liczba dni zabiegowych – **ok. 158,9 tys.**
- liczba indywidualnych sesji edukacyjnych – **ok. 108 tys.**

Na tej podstawie oraz w oparciu o koszt jednostkowy wyliczono koszt ww. świadczeń

- fizjoterapia ambulatoryjna (dni zabiegowe) = lb. dni zabiegowych x koszt jednego dnia zabiegowego = **158,9 tys. x 42,52⁶ zł = ok. 6,76 mln zł**
- indywidualnych sesje edukacyjne = lb. sesji x koszt 1 sesji = **108 tys. x 25 zł = ok. 2,7 mln zł**

Łączny koszt wyniesie: ok. 9,46 mln zł

⁶ Zakłada się średnio 3 świadczenia w dniu zabiegowym (średni koszt w 2017 r. to 10,63 zł czyli 4 x 10,63 = 42,52 zł)

Zmiana 1B fizjoterapia domowa pulmonologiczna

Wyliczenia kosztów fizjoterapii domowej pacjentów pulmonologicznych wykonano w kilku etapach. Najpierw w oparciu o zakładany profil pacjenta uprawnionego do świadczeń fizjoterapii pulmonologicznej pediatrycznej domowej z bazy RUM-NFZ z 2018 r. wyciągnięto liczbę pacjentów kwalifikujących się do rehabilitacji domowej, dane z bazy skonfrontowano z informacjami uzyskanymi od ekspertów z czego założono, że 90% rzeczywiście tę rehabilitację uzyska. Rzeczywista średnia liczba świadczeń w roku została zaproponowana przez ekspertów.

Tabela 56. Lb. pacjentów uprawnionych do fizjoterapii domowej i lb. świadczeń (część pulmonologiczna)

Grupa pacjentów	liczba pacjentów potrzebujących fizjoterapii domowej	90% liczby pacjentów *	Średnia liczba dni fizjoterapii domowej w roku w roku w przeliczeniu na 1 pacjenta	Liczba świadczeń (dni zabiegowych)
Niewydolność oddychania częściowa lub całkowita	500	450	25	11 250
Mukowiscydoza w 1 r.ż.	130	117	25	2 925
Stan po przeszczepieniu płuc	6	5	35	189
Dysplazja oskrzelowo-płucna o przebiegu ciężkim w 1 r. ż.	122	110	40	4 392
Razem	758	682	x	18 756

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych od ekspertów oraz przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ I * zakłada się, że z różnych przyczyn 10% uprawnionych do fizjoterapii domowej pacjentów nie skorzysta z niej

Liczba pacjentów, którzy będą korzystać ze świadczeń fizjoterapii domowej pulmonologicznej wyniosła zgodnie z zastosowaną metodologią 682 osoby.

Na podstawie danych za 2017 r. koszt jednego dnia zabiegowego fizjoterapii domowej wyniósł 24,7 zł.

W oparciu o ww. dane oraz koszt jednostkowy jednego dnia fizjoterapii domowej koszt fizjoterapii domowej pulmonologicznej ma wynieść **463,3 tys. zł**. Należy jednak spodziewać się, że w przyszłości wycena fizjoterapii domowej ulegnie zmianie.

Wyliczenie końcowe wpływu na budżet zmian w rehabilitacji pulmonologicznej

Wyliczenie wpływu na budżet zmian w ramach rehabilitacji pulmonologicznej pediatrycznej zostało dokonane poprzez odjęcie od dotychczas ponoszonych wydatków na rehabilitację zaprognozowanych wydatków przyszłych:

- **Wydatki na rehabilitację pulmonologiczną w 2017 r. wyniosły: 8,82 mln zł**
- **Zaprognozowane wydatki przyszłe:**
 - Zmiana 1A świadczenia rehabilitacji pulmonologicznej ambulatoryjnej (fizjoterapia ambulatoryjna) – **9,46 mln zł**
 - Zmiana 1B fizjoterapia domowa pulmonologiczna – **0,46 mln zł**.
- **Wynik końcowy: 9,92 mln**

Co oznacza podniesienie wydatków o ok. 1,10 mln zł (9,92 mln zł – 8,82 mln zł)

Zmiana 2 Przesunięcie się pacjentów z obszaru rehabilitacji stacjonarnej do dziennej

Wstępem do wyliczeń tej zmiany było ustalenie odsetka pacjentów, którzy skorzystali z różnych form rehabilitacji stacjonarnej i równocześnie wcześniej, w okresie nie dłuższym niż 182 dni poprzedzających rehabilitację, byli hospitalizowani i rozliczeni jednym ze świadczeń z kataogu JGP. Fakt hospitalizacji poprzedzającej rehabilitację

może być miarą ciężkości stanu pacjenta, a poza tym jest wymogiem, jaki został postawiony w nowej koncepcji rehabilitacji przed pacjentami, którym będą udzielane niektóre świadczenia rehabilitacji stacjonarnej.

Tabela 57. Rehabilitacja stacjonarna pacjentów w wieku 0-18 lat uprzednio hospitalizowanych

Sekcje grup JGP świadczeń rozliczonych w ramach hospitalizacji poprzedzającej rehabilitację stacjonarną	REHABILITACJA NEUROLOGICZNA	REHABILITACJA NEUROLOGICZNA DLA DZIECI	REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH	REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH DLA DZIECI	Suma końcowa
A - Choroby układu nerwowego	136	4	107	6	253
B - Choroby oczu	9		27		36
C - Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu	19		29	1	49
D - Choroby układu oddechowego	12		67	1	80
E - Choroby serca		1	31		32
F - Choroby przewodu pokarmowego	9		23	1	33
G - Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony	2		3		5
H - Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	78		569	5	652
J - Choroby piersi, skóry i oparzeń	1		19		20
K - Choroby układu dokrewnego	17		52	1	70
L - Choroby układu moczowo-płciowego	17	1	18	1	37
M - Choroby żeńskiego układu rozrodczego			1		1
N - Położnictwo i opieka nad noworodkami	15		1	2	18
P - Choroby dziecięce	128	1	274	6	409
Q - Choroby naczyń	3		1		4
S - Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne	6		11		17
T - Obrażenia, urazy	12		33		45
Suma hospitalizacji zakończonych rehabilitacją (od 07.17 do 12.18) w 2018 r.	464	7	1 266	24	1 761
Rehabilitacja razem w 2018 r	3 130	43	13 957	109	17 239
Odsetek rehabilitacji pacjentów uprzednio hospitalizowanych	15%	16%	9%	22%	10%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Jak widać tylko niewielka część pacjentów rehabilitowanych stacjonarnie (tylko 10%) była w okresie poprzedzającym tę rehabilitację hospitalizowana. Zakłada się, że w przyszłości po wdrożeniu proponowanych zmian odsetek ten istotnie wzrośnie. Do wyliczeń przyszłej liczby pacjentów rehabilitowanych stacjonarnie przyjęto założenie, że w przyszłości do rehabilitacji stacjonarnej będą przyjmowani pacjenci, którzy w 85% przypadków będą hospitalizowani i rozliczeni z użyciem grupy JGP zakresu leczenia szpitalne w okresie 182 dni poprzedzających rehabilitację oraz pacjenci lżejsi, wśród których odsetek ten wyniesie 10%. Dodatkowo proporcje ilości pacjentów z grupy 1 i grupy 2 będą wynosić jak 1:4. Przy założeniach tych odsetek uprzednich hospitalizacji wzrósłby do 25% ogółu pacjentów rehabilitowanych stacjonarnie, a łączna liczba pacjentów hospitalizowanych stacjonarnie w rehabilitacji stacjonarnej neurologicznej i ogólnoustrojowej spadłaby z 17 239 do 7044 pacjentów czyli o 10 195 pacjentów. Pacjenci ci zostaliby przesunięci z rehabilitacji stacjonarnej do dziennej.

Tabela 58. Rehabilitacja stacjonarna pacjentów uprzednio hospitalizowanych

Kategorie	REHABILITACJA NEUROLOGICZNA	REHABILITACJA NEUROLOGICZNA DLA DZIECI	REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH	REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH DLA DZIECI	Suma końcowa
Hospitalizacje zakończone rehabilitacją (od 07.17 do 12.18) w 2018 r.	464	7	1 266	24	1 761
Rehabilitacje stacjonarne przy założeniu 25% uprzedniej hospitalizacji	1 856	28	5 064	96	7 044
Redukcja liczby rehabilitacji stacjonarnej	1 274	15	8 893	13	10 195

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Zgodnie z przedstawioną powyższej wizją zmian, jakie przyniesie wprowadzenie zaproponowanych propozycji świadczeń w obszarze rehabilitacji stacjonarnej niepulmonologicznej przełożą się one na:

- zmniejszenie liczby świadczeń rehabilitacji stacjonarnej – spadek do 7044 (o 10 195) co przełoży się na oszczędności w wysokości – 42 mln zł (wyliczenia poniżej)

Tabela 59. Zestawienie założeń dotyczących przechodzenia pacjentów do fizjoterapii dziennej

Sekcje JGP	REHABILITACJA NEUROLOGICZNA	REHABILITACJA NEUROLOGICZNA DLA DZIECI	REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH	REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH DLA DZIECI	Suma końcowa
Redukcja liczby rehabilitacji stacjonarnej	1 274	15	8 893	13	10 195
Przeciętny koszt na 1 pacjenta w tys. zł	7,35	6,54	3,67	2,00	X
Redukcja wydatków na rehabilitację stacjonarną (w tys. zł)	9 370	98	32 654	26	42 148

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

zwiększenie liczby świadczeń rehabilitacji w warunkach oddziału dziennego wzrost o 10 195 co przełoży się na dodatkowe wydatki wynoszące 10 195 x 1,76 tys. zł na pacjenta = 17 934 tys. zł / ok. 18 mln zł

Łączna obniżenie wydatków wynikające ze zmiany nr 2 wyniesie ok. 24,21 mln zł

Zmiana 3 Fizjoterapia domowa niepulmonologiczna

W obszarze fizjoterapii domowej dla pacjentów niepulmonologicznych dokonano zmiany polegającej na dodefiniowaniu pacjentów, którym przysługuje ta fizjoterapia. Wyliczenia kosztów fizjoterapii domowej pacjentów niepulmonologicznych wykonano w kilku etapach. Najpierw w oparciu o zakładany profil pacjenta uprawnionego do świadczeń fizjoterapii niepulmonologicznej pediatrycznej domowej z bazy RUM-NFZ z 2018 r. wyciągnięto liczbę pacjentów kwalifikujących się do rehabilitacji domowej (w jednym przypadku tj. Zaburzenia neurorozwojowe ruchowe w wieku 0-3 z częstymi i nawracającymi infekcjami uniemożliwiającymi rehabilitację w warunkach dziennych lub ambulatoryjnych z powodu braku danych wartość została zaproponowana przez eksperta), następnie ustalono, że 90% pacjentów uprawnionych będzie korzystać ze świadczeń fizjoterapii domowej oraz, że na poziomie 80% będzie wykorzystany przez tych pacjentów limit dostępnych świadczeń.

Liczba pacjentów uprawnionych do ww. świadczeń wyniosła zgodnie z zastosowaną metodologią ok. 5,3 tys. wynosi liczba osób, które spełniają kwalifikację do uzyskania świadczeń a zakładana liczba pacjentów jest szacowana na ok. 4,8 tys. osób.

Tabela 60. Lb. pacjentów uprawnionych do fizjoterpii domowej i lb. świadczeń (część niepulmonologiczna)

Kod ICD-10	Nazwa rozpoznania	Liczba pacjentów	90% lp. pacjentów	Liczba udzielonych świadczeń
G80.0	Spastyczne czterokończynowe mózgowie porażenie dziecięce	3 530	3 177	203 328
G82.3	Wiotkie porażenie czterokończynowe	291	262	16 762
G82.4	Spastyczne porażenie czterokończynowe	676	608	38 938
G82.5	Porażenie czterokończynowe, nieokreślone	349	314	20 102
nie dotyczy	Zaburzenia neurorozwojowe ruchowe w wieku 0-3 z częstymi i nawracającymi infekcjami uniemożliwiającymi rehabilitację w warunkach dziennych lub ambulatoryjnych	500	450	28 800
Razem		5 346	4 811	307 930

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ I * Liczba pacjentów będących beneficjentami świadczeń będzie finalnie bardzo znacznie mniejsza, przede wszystkim będzie to miało miejsce w przypadku astmy, gdyż mamy do czynienia z nadrozpoznawalnością tej jednostki chorobowej, a dodatkowo tylko niewielka, najcieńsza grupa pacjentów z ww. rozpoznanem będzie miała dostęp do świadczeń rehabilitacji pulmonologicznej. I Liczby pisane kursywą to nowe rozpoznania w 2018 r. pozostałe liczby to liczba pacjentów z daną jednostką chorobową w 2018 r.

W oparciu o ww. dane oraz koszt jednostkowy jednego dnia fizjoterpii domowej wynoszący w 2017 r. 24,7 zł koszt fizjoterpii domowej niepulmonologicznej wyniósł ok. 7,61 mln zł.

Wydatki na fizjoterpię domową w 2017 r. wyniosły 316 tys. zł

Wpływ na budżet przedstawiać się będzie następująco:

- **Wydatki na fizjoterpię domową w 2017 r. wyniosły: 0,316 mln zł**
- **Zaprognozowane wydatki przyszłe wyniosą: 7,61 mln zł**
- **Wynik końcowy: 7,29 mln zł.**

W wyniku Zmiany 3 wzrost wydatków na rehabilitację wyniesie ok. 7,29 mln zł

Zestawienie zaproponowanych zmian i ich łączny wpływ na budżet

Tabela 61. Zestawienie zmian ujętych w analizie wpływu na budżet

Grupy zmian	Wpływ na wydatki z budżetu NFZ w mln zł
Zmiana 1 Zmiany w obszarze rehabilitacji pulmonologicznej	+ 1,10
Zmiana 2 Przesuniecie się pacjentów z obszaru rehabilitacji stacjonarnej do dziennej	- 24,21
Zmiana 3 Przesuniecie się pacjentów z obszaru rehabilitacji stacjonarnej do dziennej	+ 7,29
Razem	- 15,82

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Wpływ proponowanych zmian na budżet NFZ bez uwzględnienia potencjalnej rewaloryzacji wyceny świadczeń dałby oszczędności / obniżenie wydatków w wysokości 15,82 mln zł. **Potencjalna zmian wyceny mogłaby bardzo istotnie wpłynąć na wyniki wyliczeń z możliwością znacznego wzrostu wydatków na rehabilitację pediatryczną.**

8 Załączniki

8.1 Strategie wyszukiwania publikacji

Tabela 62. Strategia wyszukiwania w bazie Medline via PubMed data ostatniego wyszukiwania: 11.03.2019r.

Nr	Kwerenda	Wyniki
86	Search (((((((("Review Literature as Topic"[Mesh] OR Review[Publication Type])) OR ((Review*[Title/Abstract] AND (((((Multicase*[Title/Abstract] OR Literature*[Title/Abstract] OR Academic*[Title/Abstract] OR Systematic*[Title/Abstract] OR Case*[Title/Abstract]))) OR ((((((("Meta-Analysis" [Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh])) OR Meta-Analysis[Title/Abstract] OR Meta Analysis[Title/Abstract] OR MetaAnalysis[Title/Abstract] OR ((pooling*[Title/Abstract] AND data[Title/Abstract])) OR ((Clinical Trial*[Title/Abstract] AND Overview*[Title/Abstract]))) AND (((((((((((("Efficiency"[Mesh] OR "Morbidity"[Mesh] OR "Safety"[Mesh] OR "Mortality"[Mesh] OR "adverse effects" [Subheading] OR "Treatment Outcome"[Mesh] OR effectiveness*[Title/Abstract] OR safe*[Title/Abstract] OR efficacy*[Title/Abstract] OR efficient*[Title/Abstract] OR morbidit*[Title/Abstract] OR mortalit*[Title/Abstract] OR ((effect*[Title/Abstract] AND adverse[Title/Abstract]))) AND (((((((((((((((((((((((("Child, Preschool"[Mesh] OR "Infant, Newborn"[Mesh] OR "Puberty"[Mesh] OR "Adolescent"[Mesh] OR "Child"[Mesh] OR "Pediatrics"[Mesh] OR "Infant, Premature"[Mesh] OR "Infant, Extremely Premature"[Mesh] OR Pediatric*[Title/Abstract] OR Paediatric*[Title/Abstract] OR Child*[Title/Abstract] OR baby[Title/Abstract] OR babies[Title/Abstract] OR adolescen*[Title/Abstract] OR pubert*[Title/Abstract] OR neonat*[Title/Abstract] OR newborn*[Title/Abstract] OR infan*[Title/Abstract] OR toddler*[Title/Abstract] OR preadolescenc*[Title/Abstract] OR teen*[Title/Abstract] OR preschool*[Title/Abstract] OR preteen*[Title/Abstract] OR Premie*[Title/Abstract] OR Premie*[Title/Abstract] OR ((play[Title/Abstract] AND age[Title/Abstract])) OR ((play[Title/Abstract] AND aged[Title/Abstract])) OR (((elementar*[Title/Abstract] AND school*[Title/Abstract] AND age[Title/Abstract])) OR (((elementar*[Title/Abstract] AND school*[Title/Abstract] AND aged[Title/Abstract])) OR (((secondar*[Title/Abstract] AND school*[Title/Abstract] AND age[Title/Abstract])) OR (((secondar*[Title/Abstract] AND school*[Title/Abstract] AND aged[Title/Abstract])) OR prematur*[Title/Abstract] OR preterm*[Title/Abstract])) AND ((rehabilitation*[Title/Abstract] OR "Rehabilitation"[Mesh]))))))) Filters: Publication date from 2017/01/01 to 2019/03/11	491
85	Search (((((((("Review Literature as Topic"[Mesh] OR Review[Publication Type])) OR ((Review*[Title/Abstract] AND (((((Multicase*[Title/Abstract] OR Literature*[Title/Abstract] OR Academic*[Title/Abstract] OR Systematic*[Title/Abstract] OR Case*[Title/Abstract]))) OR ((((((("Meta-Analysis" [Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh])) OR Meta-Analysis[Title/Abstract] OR Meta Analysis[Title/Abstract] OR MetaAnalysis[Title/Abstract] OR ((pooling*[Title/Abstract] AND data[Title/Abstract])) OR ((Clinical Trial*[Title/Abstract] AND Overview*[Title/Abstract]))) AND (((((((((((("Efficiency"[Mesh] OR "Morbidity"[Mesh] OR "Safety"[Mesh] OR "Mortality"[Mesh] OR "adverse effects" [Subheading] OR "Treatment Outcome"[Mesh] OR effectiveness*[Title/Abstract] OR safe*[Title/Abstract] OR efficacy*[Title/Abstract] OR efficient*[Title/Abstract] OR morbidit*[Title/Abstract] OR mortalit*[Title/Abstract] OR ((effect*[Title/Abstract] AND adverse[Title/Abstract]))) AND (((((((((((((((((((((((("Child, Preschool"[Mesh] OR "Infant, Newborn"[Mesh] OR "Puberty"[Mesh] OR "Adolescent"[Mesh] OR "Child"[Mesh] OR "Pediatrics"[Mesh] OR "Infant, Premature"[Mesh] OR "Infant, Extremely Premature"[Mesh] OR Pediatric*[Title/Abstract] OR Paediatric*[Title/Abstract] OR Child*[Title/Abstract] OR baby[Title/Abstract] OR babies[Title/Abstract] OR adolescen*[Title/Abstract] OR pubert*[Title/Abstract] OR neonat*[Title/Abstract] OR newborn*[Title/Abstract] OR infan*[Title/Abstract] OR toddler*[Title/Abstract] OR preadolescenc*[Title/Abstract] OR teen*[Title/Abstract] OR preschool*[Title/Abstract] OR preteen*[Title/Abstract] OR Premie*[Title/Abstract] OR Premie*[Title/Abstract] OR ((play[Title/Abstract] AND age[Title/Abstract])) OR ((play[Title/Abstract] AND aged[Title/Abstract])) OR (((elementar*[Title/Abstract] AND school*[Title/Abstract] AND age[Title/Abstract])) OR (((elementar*[Title/Abstract] AND school*[Title/Abstract] AND aged[Title/Abstract])) OR (((secondar*[Title/Abstract] AND school*[Title/Abstract] AND age[Title/Abstract])) OR (((secondar*[Title/Abstract] AND school*[Title/Abstract] AND aged[Title/Abstract])) OR prematur*[Title/Abstract] OR preterm*[Title/Abstract])) AND ((rehabilitation*[Title/Abstract] OR "Rehabilitation"[Mesh]))))))) Filters: Publication date from 2016/01/01 to 2019/03/11	746
84	Search (((((((("Review Literature as Topic"[Mesh] OR Review[Publication Type])) OR ((Review*[Title/Abstract] AND (((((Multicase*[Title/Abstract] OR Literature*[Title/Abstract] OR Academic*[Title/Abstract] OR Systematic*[Title/Abstract] OR Case*[Title/Abstract]))) OR ((((((("Meta-Analysis" [Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh])) OR Meta-Analysis[Title/Abstract] OR Meta Analysis[Title/Abstract] OR MetaAnalysis[Title/Abstract] OR ((pooling*[Title/Abstract] AND data[Title/Abstract])) OR ((Clinical Trial*[Title/Abstract] AND Overview*[Title/Abstract]))) AND (((((((((((("Efficiency"[Mesh] OR "Morbidity"[Mesh] OR "Safety"[Mesh] OR "Mortality"[Mesh] OR "adverse effects" [Subheading] OR "Treatment Outcome"[Mesh] OR effectiveness*[Title/Abstract] OR safe*[Title/Abstract] OR efficacy*[Title/Abstract] OR efficient*[Title/Abstract] OR morbidit*[Title/Abstract] OR mortalit*[Title/Abstract] OR ((effect*[Title/Abstract] AND adverse[Title/Abstract]))) AND (((((((((((((((((((((((("Child, Preschool"[Mesh] OR "Infant, Newborn"[Mesh] OR "Puberty"[Mesh] OR "Adolescent"[Mesh] OR "Child"[Mesh] OR "Pediatrics"[Mesh] OR "Infant, Premature"[Mesh] OR "Infant, Extremely Premature"[Mesh] OR Pediatric*[Title/Abstract] OR Paediatric*[Title/Abstract] OR Child*[Title/Abstract] OR baby[Title/Abstract] OR babies[Title/Abstract] OR adolescen*[Title/Abstract] OR pubert*[Title/Abstract] OR neonat*[Title/Abstract] OR newborn*[Title/Abstract] OR infan*[Title/Abstract] OR toddler*[Title/Abstract] OR preadolescenc*[Title/Abstract] OR teen*[Title/Abstract] OR preschool*[Title/Abstract] OR preteen*[Title/Abstract] OR Premie*[Title/Abstract] OR Premie*[Title/Abstract] OR ((play[Title/Abstract] AND age[Title/Abstract])) OR ((play[Title/Abstract] AND aged[Title/Abstract])) OR (((elementar*[Title/Abstract] AND school*[Title/Abstract] AND age[Title/Abstract])) OR (((elementar*[Title/Abstract] AND school*[Title/Abstract] AND aged[Title/Abstract])) OR (((secondar*[Title/Abstract] AND school*[Title/Abstract] AND age[Title/Abstract])) OR (((secondar*[Title/Abstract] AND school*[Title/Abstract] AND aged[Title/Abstract])) OR prematur*[Title/Abstract] OR preterm*[Title/Abstract])) AND ((rehabilitation*[Title/Abstract] OR "Rehabilitation"[Mesh]))))))) Filters: Publication date from 2016/01/01 to 2019/03/11	1163

Nr	Kwerenda	Wyniki
	prematuur*[Title/Abstract]) OR preterm*[Title/Abstract]) AND ((rehabilitation*[Title/Abstract]) OR "Rehabilitation"[Mesh])) Filters: Publication date from 2014/01/01 to 2019/03/11	
83	Search (((((((("Review Literature as Topic"[Mesh]) OR Review[Publication Type])) OR ((Review*[Title/Abstract]) AND (((((Multicase*[Title/Abstract]) OR Literature*[Title/Abstract]) OR Academic*[Title/Abstract]) OR Systematic*[Title/Abstract]) OR Case*[Title/Abstract]))) OR (((((((("Meta-Analysis" [Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh])) OR Meta-Analysis[Title/Abstract]) OR Meta Analysis[Title/Abstract]) OR MetaAnalysis[Title/Abstract]) OR ((pooling*[Title/Abstract]) AND data[Title/Abstract])) OR ((Clinical Trial*[Title/Abstract]) AND Overview*[Title/Abstract]))) AND (((((((((((("Efficiency"[Mesh]) OR "Morbidity"[Mesh]) OR "Safety"[Mesh]) OR "Mortality"[Mesh]) OR "adverse effects" [Subheading]) OR "Treatment Outcome"[Mesh]) OR effectiveness*[Title/Abstract]) OR safe*[Title/Abstract]) OR efficac*[Title/Abstract]) OR efficien*[Title/Abstract]) OR morbidity*[Title/Abstract]) OR mortalit*[Title/Abstract]) OR ((effect*[Title/Abstract]) AND adverse[Title/Abstract])) AND (((((((((((((((((((("Child, Preschool"[Mesh]) OR "Infant, Newborn"[Mesh]) OR "Puberty"[Mesh]) OR "Adolescent"[Mesh]) OR "Child"[Mesh]) OR "Pediatrics"[Mesh]) OR "Infant, Premature"[Mesh]) OR "Infant, Extremely Premature"[Mesh]) OR Pediatric*[Title/Abstract]) OR Paediatric*[Title/Abstract]) OR Child*[Title/Abstract]) OR baby[Title/Abstract]) OR babies[Title/Abstract]) OR adolescen*[Title/Abstract]) OR pubert*[Title/Abstract]) OR neonat*[Title/Abstract]) OR newborn*[Title/Abstract]) OR infan*[Title/Abstract]) OR toddler*[Title/Abstract]) OR preadolescenc*[Title/Abstract]) OR teen*[Title/Abstract]) OR preschool*[Title/Abstract]) OR preteen*[Title/Abstract]) OR Premie*[Title/Abstract]) OR Premie*[Title/Abstract]) OR ((play[Title/Abstract]) AND age[Title/Abstract])) OR ((play[Title/Abstract]) AND aged[Title/Abstract])) OR (((elementar*[Title/Abstract]) AND school*[Title/Abstract]) AND age[Title/Abstract])) OR (((elementar*[Title/Abstract]) AND school*[Title/Abstract]) AND aged[Title/Abstract])) OR (((secondar*[Title/Abstract]) AND school*[Title/Abstract]) AND age[Title/Abstract])) OR (((secondar*[Title/Abstract]) AND school*[Title/Abstract]) AND aged[Title/Abstract])) OR prematuur*[Title/Abstract]) OR preterm*[Title/Abstract])) AND ((rehabilitation*[Title/Abstract]) OR "Rehabilitation"[Mesh]))	3610
82	Search (((("Review Literature as Topic"[Mesh]) OR Review[Publication Type])) OR ((Review*[Title/Abstract]) AND (((((Multicase*[Title/Abstract]) OR Literature*[Title/Abstract]) OR Academic*[Title/Abstract]) OR Systematic*[Title/Abstract]) OR Case*[Title/Abstract]))) OR (((((((("Meta-Analysis" [Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh])) OR Meta-Analysis[Title/Abstract]) OR Meta Analysis[Title/Abstract]) OR MetaAnalysis[Title/Abstract]) OR ((pooling*[Title/Abstract]) AND data[Title/Abstract])) OR ((Clinical Trial*[Title/Abstract]) AND Overview*[Title/Abstract]))	2972325
81	Search (((("Review Literature as Topic"[Mesh]) OR Review[Publication Type])) OR ((Review*[Title/Abstract]) AND (((((Multicase*[Title/Abstract]) OR Literature*[Title/Abstract]) OR Academic*[Title/Abstract]) OR Systematic*[Title/Abstract]) OR Case*[Title/Abstract]))	2907605
80	Search (Review*[Title/Abstract]) AND (((((Multicase*[Title/Abstract]) OR Literature*[Title/Abstract]) OR Academic*[Title/Abstract]) OR Systematic*[Title/Abstract]) OR Case*[Title/Abstract])	804205
79	Search (((((Multicase*[Title/Abstract]) OR Literature*[Title/Abstract]) OR Academic*[Title/Abstract]) OR Systematic*[Title/Abstract]) OR Case*[Title/Abstract])	4130662
78	Search Case*[Title/Abstract]	3269755
76	Search Systematic*[Title/Abstract]	404216
75	Search Academic*[Title/Abstract]	119420
74	Search Literature*[Title/Abstract]	771832
73	Search Multicase*[Title/Abstract]	349
72	Search Review*[Title/Abstract]	1908677
71	Search ("Review Literature as Topic"[Mesh]) OR Review[Publication Type]	2503095
70	Search Review[Publication Type]	2493312
69	Search "Review Literature as Topic"[Mesh]	11997
68	Search (((((((("Meta-Analysis" [Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh])) OR Meta-Analysis[Title/Abstract]) OR Meta Analysis[Title/Abstract]) OR MetaAnalysis[Title/Abstract]) OR ((pooling*[Title/Abstract]) AND data[Title/Abstract])) OR ((Clinical Trial*[Title/Abstract]) AND Overview*[Title/Abstract]))	168951
67	Search (Clinical Trial*[Title/Abstract]) AND Overview*[Title/Abstract]	6778
66	Search Clinical Trial*[Title/Abstract]	333498
65	Search Overview*[Title/Abstract]	149944
64	Search (pooling*[Title/Abstract]) AND data[Title/Abstract]	5836
63	Search pooling*[Title/Abstract]	11597

Nr	Kwerenda	Wyniki
62	Search data[Title/Abstract]	3395530
61	Search MetaAnalysis[Title/Abstract]	1572
60	Search Meta Analysis[Title/Abstract]	124243
59	Search Meta-Analysis[Title/Abstract]	124243
58	Search "Meta-Analysis" [Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh]	113954
57	Search (((((((((((("Efficiency"[Mesh]) OR "Morbidity"[Mesh]) OR "Safety"[Mesh]) OR "Mortality"[Mesh]) OR "adverse effects" [Subheading]) OR "Treatment Outcome"[Mesh]) OR effectiveness*[Title/Abstract]) OR safe*[Title/Abstract]) OR efficac*[Title/Abstract]) OR efficien*[Title/Abstract]) OR morbidit*[Title/Abstract]) OR mortalit*[Title/Abstract]) OR ((effect*[Title/Abstract]) AND adverse[Title/Abstract])) AND (((((((((((((((((((((((((((("Child, Preschool"[Mesh]) OR "Infant, Newborn"[Mesh]) OR "Puberty"[Mesh]) OR "Adolescent"[Mesh]) OR "Child"[Mesh]) OR "Pediatrics"[Mesh]) OR "Infant, Premature"[Mesh]) OR "Infant, Extremely Premature"[Mesh]) OR Pediatric*[Title/Abstract]) OR Paediatric*[Title/Abstract]) OR Child*[Title/Abstract]) OR baby[Title/Abstract]) OR babies[Title/Abstract]) OR adolescen*[Title/Abstract]) OR pubert*[Title/Abstract]) OR neonat*[Title/Abstract]) OR newborn*[Title/Abstract]) OR infan*[Title/Abstract]) OR toddler*[Title/Abstract]) OR preadolesc*[Title/Abstract]) OR teen*[Title/Abstract]) OR preschool*[Title/Abstract]) OR preteen*[Title/Abstract]) OR Premie*[Title/Abstract]) OR Premie*[Title/Abstract]) OR ((play[Title/Abstract]) AND age[Title/Abstract])) OR ((play[Title/Abstract]) AND aged[Title/Abstract])) OR (((elementar*[Title/Abstract]) AND school*[Title/Abstract]) AND age[Title/Abstract]) OR (((elementar*[Title/Abstract]) AND school*[Title/Abstract]) AND aged[Title/Abstract])) OR (((secondar*[Title/Abstract]) AND school*[Title/Abstract]) AND age[Title/Abstract]) OR (((secondar*[Title/Abstract]) AND school*[Title/Abstract]) AND aged[Title/Abstract])) OR prematur*[Title/Abstract]) OR preterm*[Title/Abstract])) AND ((rehabilitation*[Title/Abstract]) OR "Rehabilitation"[Mesh]))	23289
56	Search (((((((((((("Efficiency"[Mesh]) OR "Morbidity"[Mesh]) OR "Safety"[Mesh]) OR "Mortality"[Mesh]) OR "adverse effects" [Subheading]) OR "Treatment Outcome"[Mesh]) OR effectiveness*[Title/Abstract]) OR safe*[Title/Abstract]) OR efficac*[Title/Abstract]) OR efficien*[Title/Abstract]) OR morbidit*[Title/Abstract]) OR mortalit*[Title/Abstract]) OR ((effect*[Title/Abstract]) AND adverse[Title/Abstract])	5883612
55	Search (effect*[Title/Abstract]) AND adverse[Title/Abstract]	281010
54	Search effect*[Title/Abstract]	6417875
53	Search adverse[Title/Abstract]	447843
52	Search mortalit*[Title/Abstract]	691247
51	Search morbidit*[Title/Abstract]	356635
50	Search efficien*[Title/Abstract]	864010
49	Search efficac*[Title/Abstract]	765114
48	Search safe*[Title/Abstract]	778176
47	Search effectiveness*[Title/Abstract]	404147
46	Search "Treatment Outcome"[Mesh]	959173
45	Search "adverse effects" [Subheading]	2064005
44	Search "Mortality"[Mesh]	355189
43	Search "Safety"[Mesh]	74114
42	Search "Morbidity"[Mesh]	508299
41	Search "Efficiency"[Mesh]	33898
40	Search (((((((((((((((((((((((((((("Child, Preschool"[Mesh]) OR "Infant, Newborn"[Mesh]) OR "Puberty"[Mesh]) OR "Adolescent"[Mesh]) OR "Child"[Mesh]) OR "Pediatrics"[Mesh]) OR "Infant, Premature"[Mesh]) OR "Infant, Extremely Premature"[Mesh]) OR Pediatric*[Title/Abstract]) OR Paediatric*[Title/Abstract]) OR Child*[Title/Abstract]) OR baby[Title/Abstract]) OR babies[Title/Abstract]) OR adolescen*[Title/Abstract]) OR pubert*[Title/Abstract]) OR neonat*[Title/Abstract]) OR newborn*[Title/Abstract]) OR infan*[Title/Abstract]) OR toddler*[Title/Abstract]) OR preadolesc*[Title/Abstract]) OR teen*[Title/Abstract]) OR preschool*[Title/Abstract]) OR preteen*[Title/Abstract]) OR Premie*[Title/Abstract]) OR Premie*[Title/Abstract]) OR ((play[Title/Abstract]) AND age[Title/Abstract])) OR ((play[Title/Abstract]) AND aged[Title/Abstract])) OR (((elementar*[Title/Abstract]) AND school*[Title/Abstract]) AND age[Title/Abstract]) OR (((elementar*[Title/Abstract]) AND school*[Title/Abstract]) AND aged[Title/Abstract])) OR (((secondar*[Title/Abstract]) AND school*[Title/Abstract]) AND age[Title/Abstract]) OR (((secondar*[Title/Abstract]) AND school*[Title/Abstract]) AND aged[Title/Abstract])) OR	70798

Nr	Kwerenda	Wyniki
	school*[Title/Abstract] AND aged[Title/Abstract]) OR prematur*[Title/Abstract] OR preterm*[Title/Abstract]) AND ((rehabilitation*[Title/Abstract] OR "Rehabilitation"[Mesh])	
39	Search (rehabilitation*[Title/Abstract] OR "Rehabilitation"[Mesh])	386930
38	Search rehabilitation*[Title/Abstract]	151461
37	Search "Rehabilitation"[Mesh]	283524
36	Search (((((((((((((((((((((((("Child, Preschool"[Mesh]) OR "Infant, Newborn"[Mesh]) OR "Puberty"[Mesh]) OR "Adolescent"[Mesh]) OR "Child"[Mesh]) OR "Pediatrics"[Mesh]) OR "Infant, Premature"[Mesh]) OR "Infant, Extremely Premature"[Mesh]) OR Pediatric*[Title/Abstract] OR Paediatric*[Title/Abstract] OR Child*[Title/Abstract] OR baby[Title/Abstract] OR babies[Title/Abstract] OR adolescen*[Title/Abstract] OR pubert*[Title/Abstract] OR neonat*[Title/Abstract] OR newborn*[Title/Abstract] OR infan*[Title/Abstract] OR toddler*[Title/Abstract] OR preadolescenc*[Title/Abstract] OR teen*[Title/Abstract] OR preschool*[Title/Abstract] OR preteen*[Title/Abstract] OR Premie*[Title/Abstract] OR Premie*[Title/Abstract] OR ((play[Title/Abstract] AND age[Title/Abstract])) OR ((play[Title/Abstract] AND aged[Title/Abstract])) OR ((elementar*[Title/Abstract] AND school*[Title/Abstract] AND age[Title/Abstract]) AND age[Title/Abstract]) OR ((elementar*[Title/Abstract] AND school*[Title/Abstract] AND aged[Title/Abstract]) OR (((secondar*[Title/Abstract] AND school*[Title/Abstract] AND age[Title/Abstract])) OR (((secondar*[Title/Abstract] AND school*[Title/Abstract] AND aged[Title/Abstract])) OR prematur*[Title/Abstract] OR preterm*[Title/Abstract]	4075931
35	Search preterm*[Title/Abstract]	67699
34	Search prematur*[Title/Abstract]	137996
33	Search ((secondar*[Title/Abstract] AND school*[Title/Abstract] AND aged[Title/Abstract]	3193
32	Search ((secondar*[Title/Abstract] AND school*[Title/Abstract] AND age[Title/Abstract]	5819
31	Search secondar*[Title/Abstract]	622066
30	Search ((elementar*[Title/Abstract] AND school*[Title/Abstract] AND aged[Title/Abstract]	1715
29	Search ((elementar*[Title/Abstract] AND school*[Title/Abstract] AND age[Title/Abstract]	3509
28	Search school*[Title/Abstract]	262264
27	Search elementar*[Title/Abstract]	24633
26	Search (play[Title/Abstract] AND aged[Title/Abstract]	10590
25	Search (play[Title/Abstract] AND age[Title/Abstract]	47845
24	Search aged[Title/Abstract]	522681
23	Search age[Title/Abstract]	2073317
22	Search play[Title/Abstract]	619085
21	Search Premie*[Title/Abstract]	3459
20	Search Premie*[Title/Abstract]	126
19	Search preteen*[Title/Abstract]	298
18	Search preschool*[Title/Abstract]	26690
17	Search teen*[Title/Abstract]	28583
16	Search preadolescenc*[Title/Abstract]	2941
15	Search toddler*[Title/Abstract]	9811
14	Search infan*[Title/Abstract]	462399
13	Search newborn*[Title/Abstract]	167221
12	Search neonat*[Title/Abstract]	250557
11	Search pubert*[Title/Abstract]	36136

Nr	Kwerenda	Wyniki
10	Search adolescen*[Title/Abstract]	270182
9	Search babies[Title/Abstract]	34768
8	Search baby[Title/Abstract]	35849
7	Search Child*[Title/Abstract]	1331015
6	Search Paediatric*[Title/Abstract]	60383
5	Search Pediatric*[Title/Abstract]	270225
4	Search "Infant, Extremely Premature"[Mesh]	1832
3	Search "Infant, Premature"[Mesh]	52185
2	Search "Pediatrics"[Mesh]	54836
1	Search "Child"[Mesh]	1814035

Tabela 63. Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid data ostatniego wyszukiwania: 11.03.2019 r.

Nr	Kwerenda	Wyniki
1	exp preschool child/	507221
2	exp newborn/	494568
3	exp puberty/	38300
4	exp adolescent/	1406809
5	exp child/	2405887
6	exp pediatrics/	97326
7	exp prematurity/	92153
8	"Pediatric*".ab,kw,ti.	407518
9	"Paediatric*".ab,kw,ti.	103661
10	"Child*".ab,kw,ti.	1594588
11	baby.ab,kw,ti.	48984
12	babies.ab,kw,ti.	47635
13	"adolescen*".ab,kw,ti.	332564
14	"pubert*".ab,kw,ti.	47052
15	"neonat*".ab,kw,ti.	320402
16	"newborn*".ab,kw,ti.	181118
17	"infan*".ab,kw,ti.	470906
18	"toddler*".ab,kw,ti.	12620
19	"preadolescen*".ab,kw,ti.	3412
20	"teen*".ab,kw,ti.	38159
21	"preschool*".ab,kw,ti.	31178
22	"preteen*".ab,kw,ti.	359
23	"Preemie*".ab,kw,ti.	169
24	"Premie*".ab,kw,ti.	5401
25	play.ab,kw,ti.	773645
26	age.ab,kw,ti.	3176187
27	aged.ab,kw,ti.	695791
28	25 and 26	76596
29	25 and 27	15455
30	"elementar*".ab,kw,ti.	26524
31	"school*".ab,kw,ti.	311531
32	26 and 30 and 31	4575

33	27 and 30 and 31	2177
34	"secondar*".ab,kw,ti.	849171
35	26 and 31 and 34	7826
36	27 and 31 and 34	4067
37	"prematu*r".ab,kw,ti.	178620
38	"preterm*".ab,kw,ti.	94235
39	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 28 or 29 or 32 or 33 or 35 or 36 or 37 or 38	4057628
40	exp rehabilitation/	355048
41	"rehabilitation*".ab,kw,ti.	211755
42	40 or 41	468975
43	39 and 42	87015
44	exp productivity/	35440
45	exp morbidity/	332721
46	exp safety/	451184
47	exp mortality/	960053
48	exp adverse event/	552821
49	exp treatment outcome/	1466295
50	"effectivenes*".ab,kw,ti.	532201
51	"safe*".ab,kw,ti.	1158225
52	"efficac*".ab,kw,ti.	1102015
53	"efficien*".ab,kw,ti.	1003759
54	"morbidity*".ab,kw,ti.	528973
55	"mortality*".ab,kw,ti.	987306
56	adverse.ab,kw,ti.	686246
57	"effect*".ab,kw,ti.	7681209
58	56 and 57	414394
59	44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 58	6071995
60	43 and 59	26260
61	exp "systematic review"/	194342
62	"review*".ab,kw,ti.	2414691
63	"systematic*".ab,kw,ti.	486454
64	"academic*".ab,kw,ti.	199313
65	"literature*".ab,kw,ti.	971415
66	"multicase*".ab,kw,ti.	389
67	"case*".ab,kw,ti.	4146785
68	63 or 64 or 65 or 66 or 67	5230176
69	62 and 68	1047753
70	exp meta analysis/	157328
71	exp "meta analysis (topic)"/	39049
72	meta analysis.ab,kw,ti.	162330
73	meta-analysis.ab,kw,ti.	162330
74	MetaAnalysis.ab,kw,ti.	7630
75	data.ab,kw,ti.	4557494
76	"pooling*".ab,kw,ti.	15206
77	75 and 76	7873
78	"overview*".ab,kw,ti.	178288
79	"clinical trial*".ab,kw,ti.	476298
80	78 and 79	8512
81	70 or 71 or 72 or 73 or 74 or 77 or 80	253248

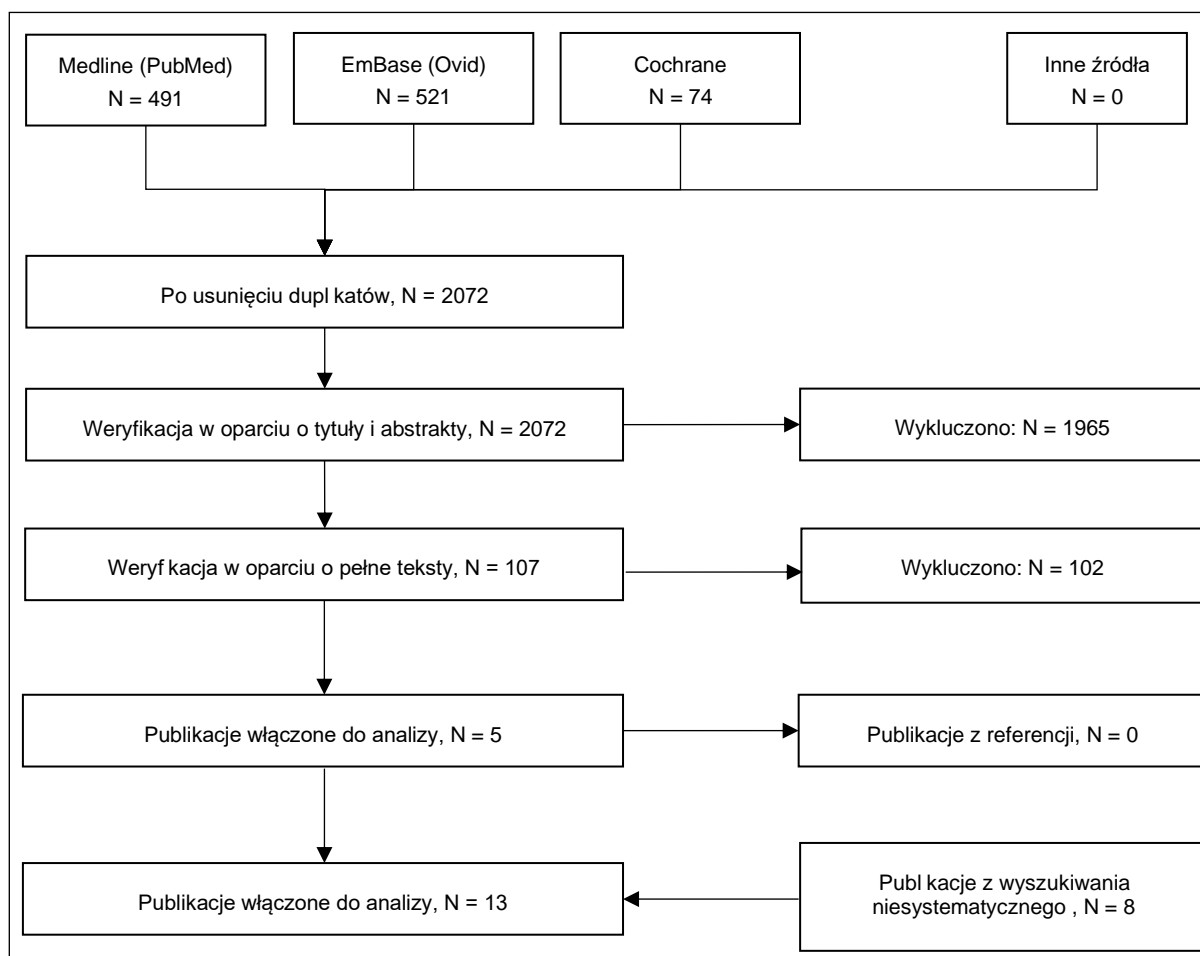
82	69 or 81	1203338
83	60 and 82	2596
84	limit 83 to (yr="2014 -Current")	1141
85	limit 84 to yr="2016 -Current"	748
86	limit 85 to yr="2017 -Current"	521

Tabela 64. Strategia wyszukiwania w bazie The Cochrane Library data ostatniego wyszukiwania: 11.03.2019 r.

Nr	Kwerenda	Wyniki
2	MeSH descriptor: [Infant, Newborn] explode all trees	14905
3	MeSH descriptor: [Puberty] explode all trees	356
4	MeSH descriptor: [Adolescent] explode all trees	98684
5	MeSH descriptor: [Child] explode all trees	1125
6	MeSH descriptor: [Pediatrics] explode all trees	620
7	MeSH descriptor: [Infant, Premature] explode all trees	3442
8	MeSH descriptor: [Infant, Extremely Premature] explode all trees	130
9	(Pediatric*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	20748
10	(Paediatric*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	4501
11	(Child*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	116688
12	(baby):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	5273
13	(babies):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	5252
14	(adolescen*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	121625
15	(pubert*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	1327
16	(neonat*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	15322
17	(newborn*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	22553
18	(infan*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	50534
19	(toddler*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	1150
20	(preadolescen*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	329
21	(teen*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	1836
22	(preschool*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	34458
23	(preteen*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	39
24	(Preemie*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	18
25	(Premie*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	1495
26	(play):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	19009
27	(age):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	518981
28	(aged):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	518930
29	#26 and #27	9312
30	#26 and #28	9312
31	(elementar*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	1451
32	(school*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	24729
33	#31 and #32 and #27	454
34	#31 and #32 and #28	454
35	(secondar*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	95362
36	#35 and #32 and #27	1711
37	#35 and #32 and #28	1711
38	(prematu*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	17715
39	(preterm*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	9810
40	#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #29 or #30 or #33 or #34 or #36 or #37 or #38 or #39	247367
41	MeSH descriptor: [Rehabilitation] explode all trees	31398
42	(Rehabilitation*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	36616

Nr	Kwerenda	Wyniki
43	#41 or #42	57395
44	#40 and #43	10058
45	MeSH descriptor: [Efficiency] explode all trees	427
46	MeSH descriptor: [Morbidity] explode all trees	14310
47	MeSH descriptor: [Safety] explode all trees	3656
48	MeSH descriptor: [Mortality] explode all trees	12525
49	MeSH descriptor: [Long Term Adverse Effects] explode all trees	20
50	MeSH descriptor: [Treatment Outcome] explode all trees	127565
51	(effectiveness*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	105599
52	(safe*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	185119
53	(efficac*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	247539
54	(efficien*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	21445
55	(morbidity*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	29401
56	(mortality*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	68363
57	(adverse):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	229718
58	(effect*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	724327
59	#57 and #58	207648
60	#45 or #46 or #47 or #48 or #49 or #50 or #51 or #52 or #53 or #54 or #55 or #56 or #59	585994
61	#44 and #60	6089
62	MeSH descriptor: [Review] explode all trees	3
63	(review*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	46726
64	(systematic*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	16260
65	(academic*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	8292
66	(literature*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	15895
67	(multicase*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	9
68	(case*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	97388
69	#64 or #65 or #66 or #67 or #68	129949
70	#63 and #69	18152
71	MeSH descriptor: [Meta-Analysis as Topic] explode all trees	285
72	(meta analysis):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	10452
73	(meta-analysis):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	9991
74	(metaanalysis):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	6452
75	(data):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	205313
76	(pooling*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	881
77	#75 and #76	669
78	(overview*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	1582
79	(clinical trial*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	462703
80	#78 and #79	840
81	#71 or #72 or #73 or #74 or #77 or #80	11735
82	#81 or #70	25268
83	#82 and #61 with Cochrane Library publication date Between Jan 2014 and Mar 2019	158
84	#82 and #61 with Cochrane Library publication date Between Jan 2016 and Mar 2019	112
85	#82 and #61 with Cochrane Library publication date Between Jan 2017 and Mar 2019	74

8.2 Diagram selekcji badań



8.3 Kryteria wykluczenia publikacji

Ze względu na duży udział wyszukiwania niesystematycznego w niniejszej analizie klinicznej, odstąpiono od zestawienia tabelarycznego obejmującego kryteria wykluczenia publikacji.

8.4 Wykaz publikacji

Publikacje włączone do Analizy klinicznej	
Gittings 2018	Gittings P. Resistance training for rehabilitation after burn injury: A systematic literature review & meta-analysis, Burns 2017
Jeng 2017	Jeng S.C. Exercise training on skill-related physical fitness in adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis, Disability and Health Journal 2016
Joschtel 2018	Joschtel B. Effects of exercise training on physical and psychosocial health in children with chronic respiratory disease: a systematic review and meta-analysis, Open Sport Exerc Med 2018;0
Linden 2016	Linden M. Technological aids for the rehabilitation of memory and executive functioning in children and adolescents with acquired brain injury Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 7. Art. No.: CD011020.
Miyahara 2017	Miyahara M. Task-oriented interventions for children with developmental co-ordination disorder, Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD010914.
Munoz 2018	Munoz I. Physical therapy treatments for low back pain in children and adolescents: a meta-analysis, BMC Musculoskeletal Disorders 2013, 14:55
Park 2018	Park J.H. Effects of the Schroth exercise on idiopathic scoliosis: a meta-analysis, Eur J Phys Rehabil Med 2018;54:440-9.

Romano 2012	Romano M. Exercises for adolescent idiopathic scoliosis, Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No.: CD007837.
Ryan 2016	Ryan J.M. Exercise interventions for cerebral palsy, Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6. Art. No.: CD011660.
Tachibana 2017	Tachibana Y. A systematic review and meta-analysis of comprehensive interventions for pre-school children with autism spectrum disorder (ASD), PLoS ONE 12(12): e0186502
Tikkanen 2012	Tikkanen A.U. Paediatric cardiac rehabilitation in congenital heart disease: a systematic review, Cardiology in the Young (2012), 22, 241–250
Valentin 2017	Valentin M. Treadmill interventions in children under six years of age at risk of neuromotor delay, Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD009242.
Yu 2018	Yu J. Motor Skill Interventions in Children with Developmental Coordination Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation 2018
Pozostale publikacje	
Timothy 2016	Timothy T. Classifications In Brief: American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale, Clin Orthop Relat Res (2017) 475:1499–1504
Harvey 2011	Harvey A. Reliability of the Functional Mobility Scale for Children with Cerebral Palsy, Physical & Occupational Therapy in Pediatrics, Vol. 30(2), 2010
Dominic 2016	Dominic A. Performance of the Pediatric Glasgow Coma Scale Score in the Evaluation of Children With Blunt Head Trauma, Acad Emerg Med. 2016 Aug;23(8):878-84
Cochrane	https://poland.cochrane.org/pl/jak-interpretowa%C4%87-prze%C4%85dy-systematyczne dostęp: 12.08.2019

Spis załączników

Załącznik 1. Warunki realizacji i opis świadczeń obowiązujących i proponowanych w rehabilitacji pediatrycznej

Załącznik 2. Wykaz procedur stosowanych w poszczególnych profilach interwencji

Załącznik 3. Lista rozpoznań wg ICD-10 kwalifikująca do kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej

Załącznik 4. Skale medyczne zastosowane jako kryteria kwalifikacji do świadczeń rehabilitacji pediatrycznej

Spis tabel

Tabela 1. Schemat rodzaju zabiegów, ze stopniowaniem od najmniej do najbardziej wymagających (również pod względem obciążenia) (VB)	17
Tabela 2. Podsumowanie publikacji włączonych do analizy klinicznej.	20
Tabela 3. Klasyfikacja potrzeb rehabilitacyjnych na potrzeby projektowania świadczeń	27
Tabela 4. Klasyfikacja potrzeb rehabilitacyjnych w zależności od poziomów opieki	27
Tabela 5. Liczba pacjentów w wieku od 0–18 r.ż., którym udzielono świadczeń w ramach rehabilitacji leczniczej z uwzględnieniem badań bilansowych w latach 2017 r.	30
Tabela 6. Liczba pacjentów powyżej 18 r.ż. w poszczególnych przedziałach rocznikowych w zakresie rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym w 2017 r.	32
Tabela 7. Liczba pacjentów z wybranych rozpoznań i ich procentowy udział w ogólnej liczbie pacjentów z zakresu rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym	33
Tabela 8. Struktura korzystania z poszczególnych zakresów rehabilitacji leczniczej w grupach rocznikowych w 2017 r.	34
Tabela 9. Odsetek pacjentów w poszczególnych zakresach i grupach wiekowych w stosunku do sumy wszystkich korzystających z rehabilitacji leczniczej w 2017 r.	35
Tabela 10. Istotne rozpoznania w rodzaju rehabilitacji leczniczej w 2017 r.	39
Tabela 11. Liczba pacjentów i wartość zrealizowana istotnych rozpoznań w wybranych zakresach rehabilitacji leczniczej w 2017 r.	42
Tabela 12. Podstawowe informacje o świadczeniodawcach/MUS przekazujących dane o liczbie osób oczekujących.....	46
Tabela 13. Kategorie medyczne dla Polski	47
Tabela 14. Kategorie medyczne w podziale na województwa	48
Tabela 15. Województwo rehabilitacji pacjentów w stosunku do województwa ich zamieszkania (liczba pacjentów – całość rehabilitacji).....	51
Tabela 16. Województwo rehabilitacji pacjentów w stosunku do województwa ich zamieszkania (odsetek pacjentów – całość rehabilitacji).....	53
Tabela 17. Województwo rehabilitacji pacjentów w stosunku do województwa ich zamieszkania (odsetek pacjentów – rehabilitacja stacjonarna i dzienna)	54
Tabela 18. Województwo rehabilitacji pacjentów w stosunku do województwa ich zamieszkania (odsetek pacjentów – rehabilitacja stacjonarna i dzienna)	55
Tabela 19. Województwo rehabilitacji pacjentów w stosunku do województwa ich zamieszkania (liczba pacjentów – rehabilitacja stacjonarna)	56
Tabela 20. Województwo rehabilitacji pacjentów w stosunku do województwa ich zamieszkania (odsetek pacjentów – rehabilitacja stacjonarna)	57
Tabela 21. Liczba interwencji rehabilitacyjnych	58
Tabela 22. Procent interwencji rehabilitacyjnych	58
Tabela 23. Charakterystyka populacji docelowej ze względu na poziomy opieki	60

Tabela 24. Wyodrębnione w rehabilitacji pediatrycznej interwencje usystematyzowane pod kątem profili (grup zawodowych realizujących czynności terapeutyczne/medyczne w ramach swoich kompetencji)	62
Tabela 25. Specyfikacja interwencji realizowanych w poszczególnych poziomach opieki.....	63
Tabela 26. Specyfikacja interwencji realizowanych w poszczególnych świadczeniach dedykowanych dla rehabilitacji pediatrycznej	64
Tabela 27. Rekomendacje dotyczące rehabilitacji w mózgowym porażeniu dziecięcym	69
Tabela 28. Rekomendacje dotyczące rehabilitacji oddechowej	72
Tabela 29. Rekomendacje dotyczące rehabilitacji skolioz i wad postawy	76
Tabela 30. Rekomendacje dotyczące rehabilitacji ortopedycznej	79
Tabela 31. Rekomendacje dotyczące rehabilitacji neurologicznej	80
Tabela 32. Schemat rodzaju zabiegów, ze stopniowaniem od najmniej do najbardziej wymagających (również pod względem obciążenia) (VB)	93
Tabela 33. Świadczenia dla dzieci w zakresie rehabilitacji stacjonarnej	97
Tabela 34. Świadczenia dla dzieci w zakresie rehabilitacji dziennej	105
Tabela 35. Świadczenia w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej.....	115
Tabela 36. Struktura wieku i rozpoznań pacjentów, którym udzielono świadczenia rehabilitacji pulmonologicznej stacjonarnej.....	125
Tabela 37. Struktura wieku i rozpoznań pacjentów, którym udzielono świadczenia rehabilitacji pulmonologicznej dziennej	127
Tabela 38. Kryteria włączenia publikacji do przeglądu.	130
Tabela 39. Wyniki dotyczące skuteczności interwencji rehabilitacji pediatrycznej u pacjentów z MPD w ocenianych punktach końcowych.....	131
Tabela 40. Wyniki dotyczące skuteczności interwencji rehabilitacji pediatrycznej u pacjentów z wadami postawy w ocenianych punktach końcowych.	136
Tabela 41. Wyniki dotyczące skuteczności interwencji rehabilitacji pediatrycznej u pacjentów kardiologicznych w ocenianych punktach końcowych.	139
Tabela 42. Wyniki dotyczące skuteczności interwencji rehabilitacji pediatrycznej u pacjentów pulmonologicznych w ocenianych punktach końcowych.	141
Tabela 43. Wyniki dotyczące skuteczności interwencji rehabilitacji pediatrycznej w subpopulacji pacjentów, u których stwierdzono brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju w ocenianych punktach końcowych.	144
Tabela 44. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w analizowanych punktach końcowych.	149
Tabela 45. Wyniki dotyczące skuteczności interwencji rehabilitacji pediatrycznej (populacja mieszana) w ocenianych punktach końcowych.....	150
Tabela 46. Podsumowanie publikacji włączonych do analizy klinicznej.	162
Tabela 47. Zestawienie skal i testów zastosowanych w publikacjach w analizie klinicznej.	171
Tabela 48. Szacunkowy wpływ ekonomiczny na rok przed i rok po rehabilitacji przewlekłego bólu u pacjentów pediatrycznych.	176
Tabela 49. Opinie ekspertów w zakresie zasadności finansowania proponowanych świadczeń.....	179
Tabela 50. Opinie ekspertów w zakresie stosowania proponowanych skal medycznych	181
Tabela 51. Opinie ekspertów w zakresie wymaganego w propozycjach świadczeń personelu	184
Tabela 52. Opinie ekspertów w zakresie proponowanego wyposażenia i pomieszczeń	186
Tabela 53. Opinie ekspertów w zakresie proponowanych interwencji terapeutycznych	188
Tabela 54. Propozycje ekspertów w zakresie wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego... ..	195
Tabela 55. Lb. pacjentów z rozpoznaniem uprawniającymi do fizjoterapii ambulatoryjnej pulmonologicznej	199

Tabela 56. Lb. pacjentów uprawnionych do fizjoterpii domowej i lb. świadczeń (część pulmonologiczna)	200
Tabela 57. Rehabilitacja stacjonarna pacjentów w wieku 0-18 lat uprzednio hospitalizowanych	201
Tabela 58. Rehabilitacja stacjonarna pacjentów uprzednio hospitalizowanych	202
Tabela 59. Zestawienie założeń dotyczących przechodzenia pacjentów do fizjoterpii dziennej	202
Tabela 60. Lb. pacjentów uprawnionych do fizjoterpii domowej i lb. świadczeń (część niepulmonologiczna)	203
Tabela 61. Zestawienie zmian ujętych w analizie wpływu na budżet	203
Tabela 62. Strategia wyszukiwania w bazie Medline via PubMed data ostatniego wyszukiwania: 11.03.2019r.	204
Tabela 63. Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid data ostatniego wyszukiwania: 11.03.2019 r.	208
Tabela 64. Strategia wyszukiwania w bazie The Cochrane Library data ostatniego wyszukiwania: 11.03.2019 r.	210

Tabela 22. Wyodrębnione w rehabilitacji pediatrycznej interwencje usystematyzowane pod kątem profili (grup zawodowych realizujących czynności terapeutyczne/medyczne w ramach swoich kompetencji)	62
---	----

Spis wykresów

Wykres 1. Liczba pacjentów w wieku od 0–18 r.ż. w podziale na płeć, którym udzielono świadczeń w rodzaju rehabilitacji leczniczej w latach 2015-2017	29
Wykres 2. Liczba pacjentów w wieku od 0–18 r.ż. oraz współczynnik korzystania ze świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w 2017 r. w układzie rocznikowym.....	30
Wykres 3. Struktura wiekowa pacjentów w wieku od 0 – 18 r.ż. w rodzaju rehabilitacja lecznicza.....	31
Wykres 4. Udział pacjentów od 0–18 r.ż. i powyżej 18 lat w rehabilitacji leczniczej w podziale na grupy zakresów w 2017 r.....	32
Wykres 5. Liczba pacjentów w wieku od 0 – 18 r.ż., którym udzielono świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w poszczególnych OW NFZ w 2017 r.	36
Wykres 6. Liczba pacjentów w wieku od 0–18 lat, którym udzielono świadczeń z rehabilitacji leczniczej według zakresów w poszczególnych OW NFZ w 2017 r.....	37

Spis rysunków

Rysunek 1. Liczba świadczeniodawców w rodzaju rehabilitacja lecznicza w poszczególnych OW NFZ*	45
--	----