



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej

**Zmiana technologii medycznych w zakresie
rehabilitacji neurologicznej**

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

Opracowanie analityczne AOTMiT

Nr: AOTMiT-WS.431.5.2018

Data ukończenia: 24 kwietnia 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	4
Wykaz wybranych skrótów	5
Streszczenie wykonawcze.....	7
1. Przedmiot i historia zlecenia	22
2. Problem decyzyjny.....	25
2.1. Problem zdrowotny	25
2.2. Oceniane technologie medyczne	33
2.3. Rekomendacje i wytyczne kliniczne	48
2.3.1. Opis metodyki	48
2.3.2. Zestawienie projektów świadczeń rehabilitacji neurologicznej z wytycznymi praktyki klinicznej	48
2.3.3. Ograniczenia analizy	80
2.4. Charakterystyka rehabilitacji neurologicznej w systemie ochrony zdrowia w Polsce - stan obecny	81
2.4.1. Regulacje formalno-prawne	81
2.4.2. Analiza kolejek	83
2.4.3. Analiza liczby i rodzaju udzielonych świadczeń	86
2.5. Projekty świadczeń	106
2.5.1. Poziom opieki stacjonarny – kompleksowa rehabilitacja stacjonarna	107
2.5.2. Poziom opieki dzienny – kompleksowa rehabilitacja dzienna	131
2.5.3. Poziom opieki ambulatoryjny – fizjoterapia ambulatoryjna	136
2.5.4. Poziom opieki domowy – fizjoterapia domowa	139
3. Analiza skuteczności i bezpieczeństwa profili interwencji w rehabilitacji neurologicznej	145
3.1. Wczesna rehabilitacja neurologiczna	145
3.2. Profil interwencji psychologicznych	149
3.3. Profil interwencji dietetycznych.....	154
3.4. Profil interwencji terapii zajęciowej	154
3.5. Profil interwencji logopedycznych	164
3.6. Opóźniona rehabilitacja neurologiczna	174
3.7. Podsumowanie	176
4. Opinie ekspertów w sprawie zasadności zmiany technologii medycznych w zakresie rehabilitacji leczniczej	178
5. Ocena skutków regulacji.....	196
6. Źródła	200
7. Dodatkowe informacje dotyczące strategii wyszukiwania publikacji	205
7.1. Profil interwencji psychologicznych	205
7.1.1. Strategie wyszukiwania publikacji	205
7.1.2. Diagram selekcji badań	206
7.1.3. Publikacje wykluczone	206
7.2. Profil interwencji dietetycznych.....	207
7.2.1. Strategie wyszukiwania publikacji	207
7.2.2. Diagram selekcji badań	209
7.2.3. Publikacje wykluczone	209
7.3. Profil interwencji terapii zajęciowej	210
7.3.1. Strategie wyszukiwania publikacji	210
7.3.2. Diagram selekcji badań	212
7.3.3. Kryteria wykluczenia publikacji.....	212
7.4. Profil interwencji logopedycznych	213
7.4.1. Strategie wyszukiwania publikacji	213
7.4.2. Diagram selekcji badań	215
7.4.3. Kryteria wykluczenia publikacji.....	215
7.5. Rozpoznania neurologiczne przyjęte do analiz świadczeń udzielnych w innych niż rehabilitacja neurologiczna stacjonarna zakresach rehabilitacji leczniczej	216

Podstawowe informacje o zleceniu

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

08-05-2018 r.

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

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
CAL	Dziennik Aktywności Komunikacyjnej (ang. Communicative Activity Log)
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
FIM	Pomiar Niezależności Funkcjonalnej (ang. The Functional Independence Measure)
GMFCS	Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy
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
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
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)
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.)
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.

Streszczenie wykonawcze

Proponowane w niniejszym opracowaniu projekty świadczeń w zakresie rehabilitacji neurologicznej (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 neurologicznej 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 neurologicznej polega na wyodrębnieniu projektów świadczeń poprzez:

- a) zdefiniowanie profilu pacjenta za pomocą kryteriów kwalifikacji,
- b) zdefiniowaniu profilu i rodzaju interwencji,
- c) dobór profilu i rodzajów interwencji do poziomów opieki (miejsc udzielania świadczeń).

Dla rehabilitacji neurologicznej zgodnie z koncepcją zmian wypracowanych przez Agencję zaproponowano szereg nowych świadczeń znacznie różniących się od obecnych.

Poziom opieki	Świadczenia aktualnie obowiązujące	Świadczenia zaprojektowane przez AOTMiT
Stacjonarny	Świadczenia w zakresie rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: 1) Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – kategoria I 2) Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – kategoria II 3) Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych – kategoria I 4) Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych – kategoria II 5) Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe – kategoria I 6) Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe – kategoria II 7) Rehabilitacja neurologiczna przewlekła	Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: 1) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I 2) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu - faza II 3) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia i korzeni nerwowych – faza I 4) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia i korzeni nerwowych – faza II 5) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I 6) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II
Dzienny	Świadczenia w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/ oddziale dziennym	1) Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego
Ambulatoryjny	1) Wizyta fizjoterapeutyczna, 2) Zabiegi fizjoterapeutyczne w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej	1) Fizjoterapia ambulatoryjna neurologiczna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego

Poziom opieki	Świadczenia aktualnie obowiązujące	Świadczenia zaprojektowane przez AOTMiT
Domowy	1) Porada lekarska lub 2) Wizyta fizjoterapeutyczna 3) Zabiegi fizjoterapeutyczne w zakresie fizjoterapii domowej	1) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego (w ramach POF)

POPULACJA DOCELOWA

Populacja docelowa w rehabilitacji neurologicznej może być zdefiniowana poprzez 3 podstawowe profile pacjentów, którym odpowiadają różnego rodzaju zaburzenia funkcjonalne. Oczywiście możliwe jest występowanie mieszanych wariantów tych podstawowych profili pacjenta.

Profil pacjenta	Zaburzenia funkcjonalne (występujące razem lub osobno)
Pacjent z zaburzeniami funkcjonalnymi na poziomie mózgu	niedowłady lub porażenia spastyczne (porażenia jednokończynowe, hemiplegia, tetraplegia)
	zaburzeniach dotyczące czynności życia codziennego
	zaburzenia połykania
	zaburzenia mowy
	zaburzenia funkcji poznawczych (m.in. dotyczące pamięci, nauki, języka i wnioskowania), zaburzenia emocjonalne i behawioralne
Pacjent z zaburzeniami funkcjonalnymi na poziomie rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych	niedowłady lub porażenia spastyczne lub wiotkie (porażenia jednokończynowe, paraplegia, tetraplegia)
	zaburzeniach dotyczące czynności życia codziennego
	zaburzenia emocjonalne i behawioralne
	zaburzenia zwieraczy
Pacjent z zaburzeniami funkcjonalnymi na poziomie obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych	niedowłady lub porażenia wiotkie (mononeuropatia, polineuropatia), zaniki mięśniowe
	zaburzeniach dotyczące czynności życia codziennego
	zaburzenia emocjonalne i behawioralne
	zaburzenia zwieraczy

ZIDENTYFIKOWANE PROBLEMY W RAMACH REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ I PROPONOWANE SPOSOBY ICH ROZWIĄZANIA

1. Długie czasy oczekiwania na uzyskanie świadczeń rehabilitacyjnych. Wskazywała na to w swoim raporcie Najwyższa Izba Kontroli. W grudniu 2017 r., w porównaniu do 2016 r., największy wzrost wartości mediany czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia dla przypadków stabilnych w rehabilitacji leczniczej odnotowano: o 72 dni – w oddziale rehabilitacji neurologicznej (ze 131 do 203 dni)¹.

Rozwiązanie: W proponowanej koncepcji zdefiniowano obiektywne i przejrzyste kryteria kwalifikacji pacjentów na oddział rehabilitacji neurologicznej zapewniających rehabilitację dla pacjentów, którzy jej rzeczywiście potrzebują.

2. Między poszczególnymi województwami istnieją duże dysproporcje w dostępie do świadczeń rehabilitacji neurologicznej. Problem ten uwiadamia się poprzez duże różnice pomiędzy średnim czasem oczekiwania na przyjęcie na oddział rehabilitacji neurologicznej dla przypadków pilnych² w różnych województwach od 23,1 dni w Lubelskim OW NFZ do 0,9 dnia w Opolskim OW NFZ oraz różnice w poziomie zaspokojenia potrzeb pacjentów (10% pacjentów po udarach ma rehabilitację neurologiczną w Lubelskim OW NFZ vs. 37% w Opolskim OW NFZ).

¹ Realizacja Zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku Informacja o wynikach kontroli KZD.430.004.2018 Nr ewid. 156/2018/P/18/055/KZD https://www.nik.gov.pl/plik/id,18687_vp,21286.pdf

² średni ważony czas oczekiwania na świadczenie w grupie wiekowej dorośli – wyliczenia własne AOTMiT na podstawie danych z NFZ

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

3. Wysoki 40% odsetek pacjentów, którzy nie byli hospitalizowani przed stacjonarną rehabilitacją neurologiczną świadczy o przewlekłym charakterze znacznej części pacjentów aktualnie rehabilitowanych neurologicznie.

Rozwiązanie: Jednym z wymogów niezbędnych do rehabilitacji neurologicznej wg. koncepcji Agencji jest uprzednia hospitalizacja na oddziale fazy ostrej (od tej zasady są wyjątki zapewniające zarówno elastyczność jak i szczelność rozwiązania).

4. Znaczna część oddziałów tzw. fazy ostrej, które dzisiaj najczęściej leczą pacjentów zanim są oni rehabilitowani neurologicznie nie jest zlokalizowana w tym samym podmiocie działalności leczniczej, który posiada oddział rehabilitacji neurologicznej (44% łóżek na oddziałach udarowych jest w szpitalach, gdzie nie ma oddziałów rehabilitacji neurologicznej)

Rozwiązanie: W ramach proponowanej koncepcji rehabilitacji neurologicznej zakłada się wprowadzenie tzw. rehabilitacji stacjonarnej I fazy, dla której warunkiem koniecznym jest funkcjonowanie oddziału rehabilitacji neurologicznej w lokalizacji oddziału leczenia ostrej fazy choroby (choroby stanowiącej kryterium włączenia do rehabilitacji).

5. 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.

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

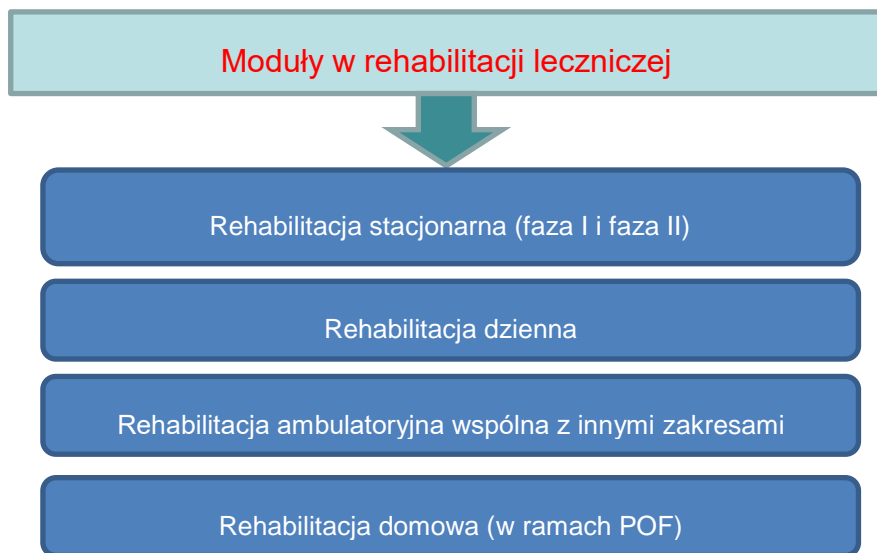
Rozwiązanie: Ustalono precyzyjne kryteria sprzętowe, lokalowe czy też dotyczące kwalifikacji członków zespołu rehabilitacyjnego.

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:

- Będą zasoby opisujące potencjał świadczeniodawcy będą dodatkowo uzupełniane pod kątem specyfiki udzielanych świadczeń np. w rehabilitacji neurologicznej pacjentów po udarze o personel realizujący interwencje logopedyczne.
- wskazane moduły w ramach których będą realizowane świadczenia,

W rehabilitacji neurologicznej dedykowane są cztery moduły rehabilitacji: stacjonarny, dzienny, ambulatoryjny i domowy (w ramach POF). Założenia dotyczące POF zostały zaakceptowane przez Radę Przejrzystości w Opinii nr 362/2018 z dnia 20 grudnia 2018 roku w sprawie oceny koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Rada uznała za zasadną implementację modelu Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej (POF) pod warunkiem uwzględnienia zgłoszonych przez uwagi, a także oceny następstw wdrożenia modelu w kontrolowanym programie pilotażowym.



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

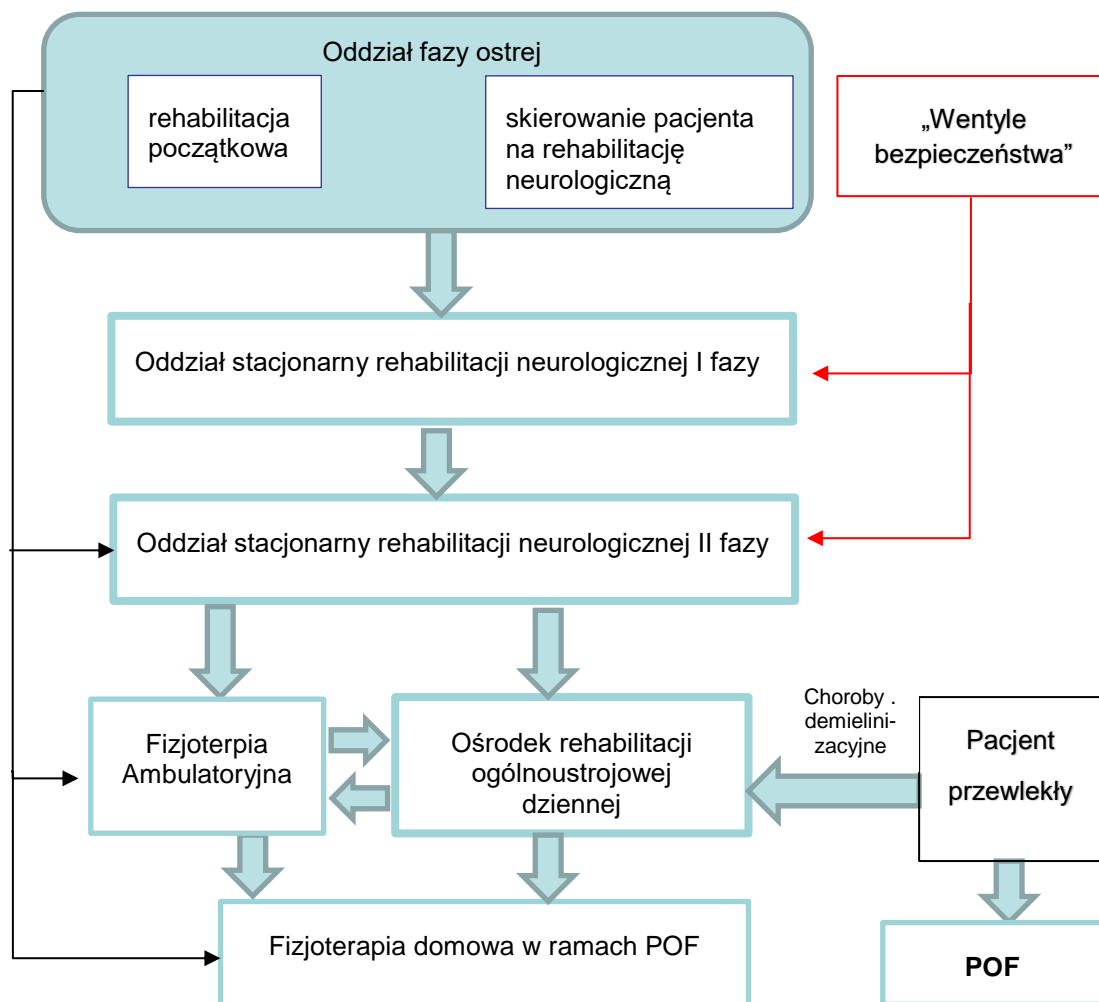
Cechą charakterystyczną podejścia modułowego w rehabilitacji neurologicznej jest również:

- 1) Wskazanie minimalnych wymogów dotyczących personelu:
 - a) odejście od etatowości personelu – to kierownik oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej 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 kardiologicznej fizjoterapeuta – musi posiadać umiejętności rozpoznawania u pacjenta zaburzeń w EKG, rytmu serca, niedokrwienia lub innych zaburzeń ze strony układu sercowo-naczyniowego, związanych z wykonywanym wysiłkiem fizycznym.
- 2) Wskazanie minimalnej liczby i czasu trwania interwencji terapeutycznych, z zastrzeżeniem że dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – 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 tracheostomią 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 neurologicznej 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 neurologicznej



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE O ZMIANACH W PORÓWNANIU Z POPRZEDNIĄ WERSJĄ RAPORTU

W porównaniu z poprzednią wersją raportu z 20.03.2019 r. w niniejszym raporcie wprowadzono istotne zmiany. Znaczna część z nich wynikała z uwag zawartych w Opini nr 78/2019 z dnia 25 marca 2019 r. w sprawie zasadności wprowadzonych zmian w opracowaniu analitycznym pod kątem zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji neurologicznej tj.:

- zestawienie dowodów dotyczących skuteczności rehabilitacji w schorzeniach neurologicznych – zestawienie dla głównych grup schorzeń neurologicznych – (główna część Raportu), w szczególności w odniesieniu do rehabilitacji późnej oraz fizjoprofilaktyki POF – (główna część Raportu),
- uzupełniono przeglądy na temat zasadności rehabilitacji późnej (po 12 miesiącu po incydencie ostrym),
- pomiar wyników – proponowane skale oceny pacjenta – nawiązanie do nich znajduje się w szeregu miejscach opracowania najszerzej w dedykowanym skalom załączniku nr str. 6 oraz załączniku nr 1,

- wskazanie do przyjęcia na poszczególne szczeble rehabilitacji – załącznik nr 1,
- kompetencje personelu dla realizacji poszczególnych typów rehabilitacji (profilu interwencji) – załącznik nr 1 lp. 4,
- ścieżki wejścia do rehabilitacji dziennej i ambulatoryjnej dla pacjentów przebywających w domu (Agencja stworzyła je i uwzględniła w opisie świadczeń – patrz załącznik nr 1).
- rozszerzono informacje o skalach medycznych stosowanych w rehabilitacji medycznej ze szczególnym uwzględnieniem skal użytych w proponowanych przez Agencję świadczeniach rehabilitacyjnych,
- dokonano istotnych zmian w konstrukcji świadczeń rehabilitacji dziennej oraz domowej (zmiana liczby i kwalifikacji do tych świadczeń), tj.

Modyfikacja świadczenia nr 1: stworzenie w obszarze rehabilitacji dziennej jednego świadczenia pod nazwą **Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego**. Świadczenie to zastępowało proponowane w dotychczasowej koncepcji rozwiązania obszaru rehabilitacji neurologicznej dziennej trzy świadczenia tj.:

- Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii,
- Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu,
- Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN.

Uzasadnienie:

- Potrzeby pacjentów neurologicznych z tym samym rozpoznaniem wyjściowym mogą być bardzo różne,
- Sytuacja, że pacjent ma tylko 1 rodzaj zaburzenia tj. albo kognitywno-behawioralne potrzeby, albo tylko porażenia / niedowłady nie są częste. Wydaje się, że trafiający na oddział dzienny pacjenci będą mieli mieszane potrzeby rehabilitacyjne,
- Dla oddziału dziennego została ustalona grupa terapeutów (profilu interwencji), którzy mają być dostępni dla pacjentów w oddziale / ośrodku dziennym i spośród nich w zależności od indywidualnych potrzeb pacjentów będą dobierane odpowiednie interwencje terapeutyczne. Celowi temu służy wizyta kwalifikacyjna oceniająca czy pacjent potrzebuje co najmniej 3 różne interwencje i która definiuje które i o jakim natężeniu są danemu pacjentowi potrzebne,
- Poprzez wprowadzenie czasowego kryterium uprawnienia do tego świadczenia tj. okres 1 roku od incydu ostrego będącego przyczyną wyjściową rehabilitacji uległa ograniczeniu grupa pacjentów tylko do tych rokujących na poprawę stanu zdrowia (potencjał rehabilitacyjny kończy się z upływem 1 roku – są na to dowody naukowe przedstawione w niniejszym raporcie), z jednym wyjątkiem od tej zasady są pacjenci z chorobami demielinizacyjnymi, bowiem w ich przypadku rzuty i zaostrzenia dają możliwość wejścia na oddział dzienny bez uprzedniej hospitalizacji.

Sugeruje się by płatnik publiczny po wprowadzeniu świadczenia na bieżąco monitorował korzystanie z różnych procedur medycznych przez pacjentów o poszczególnych rozpoznaniach. Może to stanowić w przyszłości materiał analityczny do ewentualnego wyróżnienia świadczeń szczegółowych w ramach rehabilitacji neurologicznej dziennej.

Modyfikacja świadczenia nr 2: stworzenie w obszarze rehabilitacji domowej jednego świadczenia pod nazwą **Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego**. W obszarze świadczeń domowych dla pacjentów neurologicznych Agencja proponowała dotychczas podział na dwa świadczenia tj.:

- Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu
- Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego (CUN)

Uzasadnienie:

W obu pierwotnie zaproponowanych świadczeniach pacjent będzie miał mieć do dyspozycji jedną profil interwencji tj. fizjoterapeutę w ramach POF, więc bez względu na to czy u pacjenta będzie uszkodzenie ogniskowe i czy występują problemy poznawczo-behawioralne, czy tylko będą obecne porażenia

i niedowład o różnej etiologii to fizjoterapeuta będzie udzielał świadczeń o profilu fizjoterapeutycznym. W W związku z powyższym nie wydaje się zasadny podział na dwa świadczenia. Propozycja usunięcia z nazwy słowa „centralnego” wynika z faktu, że może występować obwodowa przyczyna uszkodzenia nerwu i taki pacjent nie kwalifikowałby się do fizjoterapii. Usunięcie słowa „ciężkie” wynika z faktu trudnego do obiektywnego zinterpretowania określenia „ciężkie” bez dodatkowej definicji. Równocześnie dając ograniczenie czasowe 1 roku od wystąpienia choroby oraz ograniczenie dotyczące stanu ogólnego pacjenta i tak skutecznie ograniczamy grupę pacjentów.

Szczegółowy opis omówionych powyżej świadczeń znajduje się w załączniku nr 1. Wyżej przedstawiona koncepcja zmian w obszarze świadczeń została pozytywnie zaopiniowana przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej.

- wprowadzono szereg mechanizmów, które uelastyczniają system rehabilitacji zarówno pod względem zakresu i intensywności rehabilitacji jak i pod względem możliwości wejścia do rehabilitacji pacjentów nie spełniających wszystkich wymogów formalnych umożliwiających dostęp do świadczeń.
- zmieniono także formę streszczenia zarządczego umieszczając w nim więcej informacji.

WYNIKI PRZEGLĄDU REKOMENDACJI I WYTYCZNYCH KLINICZNYCH

W dniach 23 listopada – 16 grudnia 2018 r. przeszukano strony internetowe polskich oraz zagranicznych i międzynarodowych towarzystw naukowych, organizacji i instytucji zajmujących się rehabilitacją oraz chorobami układu nerwowego, a także strony internetowe wybranych organizacji zajmujących się HTA i EBM w celu odnalezienia dokumentów zawierających aktualne zalecenia dotyczące rehabilitacji neurologicznej oraz zasadności oceny funkcjonalnej, wyznaczania celu terapii, pomiaru efektów terapii (za pomocą skal medycznych). Ze względu na ograniczoną ilość wytycznych dotyczących rehabilitacji neurologicznej, wyszukiwaniem objęto także zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w poszczególnych schorzeniach o podłożu neurologicznym.

Wszystkie z odnalezionych dokumentów rekomendują przeprowadzenie oceny stanu pacjenta przed zakwalifikowaniem go do świadczenia rehabilitacji, określenie celów rehabilitacji oraz przygotowanie planu terapii. W odnalezionych dokumentach pojawiają się znaczne różnice w określeniu specjalizacji osoby udzielającej porady kwalifikacyjnej. Część dokumentów wskazuje, iż świadczenia udzielić powinien lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz rehabilitacji medycznej lub fizjoterapeuta. Jednocześnie, 13 dokumentów zaleca przeprowadzenie porady kwalifikacyjnej przez zespół multidyscyplinarny, w którego skład wchodzić powinni m.in.: neuropsycholog, logopeda, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta, dietetyk. (Szczegółowe zalecenia dotyczące składu zespołu mogą różnić się pomiędzy poszczególnymi dokumentami.)

Odnaleziono 5 dokumentów (BSRM 2003, AANSCNS 2013, NICE 2013, LCA 2014, RCP 2016) zalecających wykorzystanie narzędzi pomiarowych w celu oceny stanu pacjenta, z kolei w trzech dokumentach zaproponowano konkretne nazwy skal:

- AANSCNS 2013: The American Spinal Injury Association international standards, The Spinal Cord Independence Measure III, The International Spinal Cord Injury Basic Pain Data Set,
- NICE 2013: National Institutes of Health Stroke Scale oraz Barthel Index,
- LCA 2014: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Zakres projektowanych świadczeń rehabilitacji neurologicznej w większości znajduje potwierdzenie w odnalezionych wytycznych praktyki klinicznej. Należy jednak zaznaczyć, iż większość zaleceń referencyjnych wskazuje na szerszy zakres świadczeń rehabilitacyjnych u pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi niż proponowany w projektowanych świadczeniach. W szczególności dotyczy to zapewnienia opieki multidyscyplinarnej na każdym etapie opieki rehabilitacyjnej.

WYNIKI PRZEGLĄDU PROFILI INTERWENCJI

W ramach analizy klinicznej wykonano niezależne wyszukiwania systematyczne, włączając ostatecznie 4 przeglądy systematyczne i 1 badanie pierwotne, w zakresie czterech profili interwencji: psychologicznych (Wang 2018), logopedycznych (Mitchell 2017), terapeuty zajęciowego (Stewart 2018 oraz Legg 2017),

dietetycznych (nie odnaleziono badań spełniających kryteria włączenia) oraz 1 badanie pierwotne w zakresie profilu logopedycznych (Woldag 2016). Ponadto przeprowadzono jednocześnie wyszukiwanie niesystematyczne pod kątem oceny zasadności wczesnego rozpoczęcia rehabilitacji (włączając 1 przegląd systematyczny Langhorne 2018) oraz późnego rozpoczęcia rehabilitacji (włączając 1 badanie pierwotne Green 2002). Ogółem do analizy klinicznej włączono 5 opracowań wtórnych oraz 2 badania pierwotne RCT.

Aby publikacje zostały włączone do niniejszej analizy, musiały spełniać następujące kryteria: obejmować populację pacjentów neurologicznych poddanych dowolnej interwencji z zakresu rehabilitacji neurologicznej (w zależności od analizowanego profilu interwencji) w porównaniu do dowolnego komparatora; publikacje musiały oceniać skuteczność i bezpieczeństwo powyższych interwencji.

W poniższych tabelach przedstawiono zestawienie najważniejszych wyników zawartych w publikacjach włączonych do analizy klinicznej.

Tabela 1. Wyniki istotne statystycznie (i.s.) zawarte w odnalezionych przeglądach systematycznych z metaanalizą.

Populacja	Interwencja vs Komparator	Punkt końcowy	Wyniki i statystyka			Ocena	Badanie
			Podgrupy	Wynik [95%CI]	p, I ²		
Profil interwencji psychologicznych							
depresja poudarowa	(I) terapia poznawczo-behawioralna lub terapia poznawczo-behawioralną w połączeniu z antydepresantami (K) placebo lub stosowanie antydepresantów takich jak w grupie interwencyjnej	Punkty końcowe I-rzędowe					Wang 2018 1 972 pacjentów, 23 RCT (2009–2018)
		objawy depresji	pacjenci niestosujący antydepresantów	SMD= -0,76 [-1,22; -0,29]	p=0,001 I ² =91%	I>K i.s.	
			pacjenci stosujący antydepresanty	SMD= -0,95 [-1,20; -0,71]	p<0,0001 I ² =69%	I>K i.s.	
			wynik łączny	SMD= -0,83 [-1,05; -0,60]	p<0,00001 I ² =82%	I>K i.s.	
		Punkty końcowe II-rzędowe					
		objawy niepokoju	wynik łączny	SMD= -0,49 [-0,79; -0,19]	p=0,001 I ² =55%	I>K i.s.	
		zaburzenia funkcji neurologicznych	wynik łączny	SMD= -1,22 [-1,80; -0,64]	p<0,001 I ² =84%	I>K i.s.	
wykonywanie czynności codziennych (ADL)	wynik łączny	SMD= 0,78 [0,15; 1,41]	p=0,01 I ² =82%	I>K i.s.			
Wczesna rehabilitacja							
pacjenci po udarze	(I) wczesna interwencja polegająca na mobilizacji pacjenta (udzielona jak najwcześniej, jednak nie później niż 48 godzin od pierwszych objawów) (K) standardowa, nieokreślona opieka (standardowa praktyka mobilizacji pacjenta)	Punkty końcowe I-rzędowe					Langhorne 2018 2 958 pacjentów, 9 RCT (2008–2016)
		brak i.s. punktów końcowych	–				
		Punkty końcowe II-rzędowe					
		wykonywanie czynności codziennych (ADL)	wynik łączny	MD=1,94 [0,75; 3,13]	p=0,001 I ² =93%	I>K i.s.	
	długość pobytu w szpitalu (dni)	wynik łączny	MD= -1,44 [-2,28; -0,6]	p=0,0008 I ² =26%	I>K i.s.		
Profil terapii zajęciowej							
pacjenci po udarze	(I) terapia zajęciowa prowadzona przez terapeutę zajęciowego lub pod jego nadzorem,	Punkty końcowe I-rzędowe					Legg 2017 994 pacjentów 9 RCT (1996–2007)
		wydajność podczas czynności życia codziennego (ADL)	wynik łączny	SMD= 0,17 [0,03; 0,31]	p=0,021 I ² =0,0%	I>K i.s.	
	zgon lub złe wyniki (pogorszenie wyników lub	wynik łączny	OR= 0,71 [0,52; 0,96]	p=0,025 I ² =0,0%	I>K i.s.		

Populacja	Interwencja vs Komparator	Punkt końcowy	Wyniki i statystyka			Ocena	Badanie
			Podgrupy	Wynik [95%CI]	p, I ²		
	(K) standardowy (nieokreślony) model opieki lub brak interwencji	niesamodzielnosc fizyczna)					
Punkty końcowe II-rzędowe							
		wydajność w rozszerzonych czynnościach życia codziennego (EADL)	wynik łączny	SMD= 0,22 [0,07; 0,37]	p=0,0047 I ² =19%	I>K i.s.	
Profil interwencji logopedycznych							
pacjenci z dyzartrią po urazie mózgu (udar; uraz mózgu),	(I) interwencje mające na celu zmniejszenie dyzartrii lub jej wpływu na jakość życia tych osób (K) kontrola uwagi lub podstawowa (nieokreślona) opieka nad pacjentami	Punkty końcowe I-rzędowe					Mitchell 2017
		brak i.s. punktów końcowych	-				
		Punkty końcowe II-rzędowe					234 pacjentów, 5 RCT (2010–2015)
		Interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą: natychmiastowe efekty, poziom zaburzenia	wynik łączny	SMD= 0,47 [0,02; 0,92]	p= 0,039	I>K i.s.	

I>K i.s. – wyniki istotne statystycznie na korzyść grupy interwencyjnej

Tabela 2. Wyniki istotne statystycznie (i.s.) zawarte w odnalezionych przeglądach systematycznych bez metaanalizy i w badaniach pierwotnych.

Populacja	Interwencja vs Komparator	Punkt końcowy	Wyniki i statystyka		Ocena	Badanie	
			Wynik	p			
Profil terapii zajęciowej – przegląd systematyczny bez metaanalizy							
dorośli ≥65 r.ż. po udarze mózgu	(I) terapia zajęciowa wpływająca na codzienną aktywność osób po udarze mózgu (K) brak terapii zajęciowej lub tradycyjna (nieokreślona) terapia zajęciowa	pomiar niezależności funkcjonalnej (badanie Chui 2004)	(I) M=11,4 [SD=4,2] (K) M=7,0 [SD=3,7]	0,001	I>K i.s.	Stewart 2018	
		aktywność życia codziennego (ADL) po 8 tygodniach terapii (badanie Landi 2006)	(I) M=13,2 [SD=9,9] (K) M=10,3 (SD=11,5)	0,02	I>K i.s.	1 632 pacjentów, 12 RCT (1989–2004)	
		wynik w skali Barthel po 6 miesiącach terapii (badanie Walker 1999)	(I) Me=20 [IQR: 18–20] (K) Me=18 [IQR: 16–20] MD=1,0 [95%CI: 0; 1]	0,002	I>K i.s.		
		rozszerzone czynności życia codziennego (NeADL) po 6 miesiącach terapii (badanie Walker 1999)	(I) Me=16 [IQR: 11–18,75] (K) Me=12 [IQR: 6–17] MD=3,0 [95%CI: 1,4]	0,009	I>K i.s.		
		różnica w skali Barthel (badanie Donkervoort 2001)	(I) M=2,44 [SD=3,14] (K) M=1,15 [SD=2,53] MD=1,30 [0,36; 2,24]	<0,01	I>K i.s.		
Profil interwencji logopedycznych – wyniki randomizowanego badania pierwotnego							
pacjenci z afazją poudarową	(I) terapia CIAT (terapia afazji indukowanej ograniczeniami) (K1) terapia konwencjonalna za pomocą komunikacji bez ograniczeń (CTG) (K2) terapia indywidualna (CG)	Punkty końcowe I-rzędowe					Woldag 2016
		test Tokena (ocena stopnia nasilenia afazji za pomocą Aachener Aphasia Test (AAT))	CIAT: pretest M=50,2 [SD=9,7] MD*=3,8 [95%CI: 1,4; 6,2] CG: pretest M=47,6 [SD=7,7] MD*=2,6 [95%CI: 1,0; 4,3]	0,004	-		
			CTG: pretest M=50,3 [SD= 7,8] MD*=3,7 [95%CI: 1,1; 6,3]	0,007	-	60 pacjentów	
		*średnia różnica pretest/posttest					
		Punkty końcowe II-rzędowe					

Populacja	Interwencja vs Komparator	Punkt końcowy	Wyniki i statystyka		Ocena	Badanie
			Wynik	p		
		wartości dla języka pisanego jako podtestu AAT	CIAT: pretest M=48,9 [SD=6,7] MD*=3,7 [95%CI: 0,9; 6,6]	0,012	–	
			CG: pretest M=45,7 [SD=9,2] MD*=4,0 [95%CI: 2,4; 5,6]	<0,001	–	
			CTG pretest: M=50,4 [SD=11,0] MD*=3,8 [1,8; 5,7]	<0,001	–	
		wartości dla nazywania jako podtestu AAT	CIAT pretest M=49,6 [SD= 8,3] MD*=2,8 [95%CI: 0,4; 5,3]	0,025	–	
			CG pretest M=43,4 [SD=8,8] MD*=4,0 [95%CI: 2,2; 5,8]	<0,001	–	
			CTG pretest M=47,4 [SD=7,3] MD*=4,2 [95%CI: 1,6; 6,9]	0,004	–	
		wartości dla zrozumienia jako podtestu AAT	CIAT pretest M=47,2 [SD= 8,3] MD*=4,1 [95%CI: 0,8; 7,5]	0,019	–	
			CG pretest M=45,7 [SD=11,7] MD*=3,6 [95%CI: 1,0; 6,2]	0,009	–	
			CTG pretest M=47,7 [SD=6,5] MD*= 4,1 [95%CI: 0,7; 7,5]	0,02	–	
		wartości ilościowe dla dziennika aktywności komunikacyjnej (CAL, ang. Communicative Activity Log)	CIAT pretest M=37,8 [SD= 17,6] MD*=11,8 [95%CI: 7,2; 16,4]	<0,001	–	
			CG pretest M=39,5 [SD=23,8] MD*=8,6 [95%CI: 4,4; 12,9]	<0,001	–	
			CTG pretest M=44,0 [SD=14,2] MD*=6,0 [95%CI: 0,8; 11,1]	0,025	–	
*średnia różnica pretest/posttest						
Późna rehabilitacja						
pacjenci >50r.ż po udarze,	(I) fizjoterapia pacjentów po przebytych udarze, wprowadzona minimum rok po zdarzeniu (K) brak leczenia	brak i.s. punktów końcowych	–			Green 2002 170 pacjentów

I>K i.s. – wyniki istotne statystycznie na korzyść grupy interwencyjnej; I – interwencja; K – komparator; M – średnia; Me – mediana; AAT – Aachener Aphasia Test; NeADL – Nottingham Extended Activities of Daily Living, rozszerzone czynności życia codziennego; EADL – Extended Activities of Daily Living, rozszerzone czynności życia codziennego.

Tabela 3. Wyniki n.s. zawarte w odnalezionych publikacjach (przeglądy systematyczne z metaanalizą, przeglądy systematyczne bez metaanalizy, badania pierwotne).

Populacja	Interwencja vs Komparator	Nieistotne statystycznie punkty końcowe	Badanie
Pacjenci po udarze mózgu lub z powikłaniami po udarze mózgu			
pacjenci po udarze mózgu	(I) wczesna interwencja polegająca na	I-rzędowe: zgon lub wystąpienie negatywnego punktu końcowego w chwili zaplanowanego badania follow-up.	Langhorne 2018

Populacja	Interwencja vs Komparator	Nieistotne statystycznie punkty końcowe	Badanie
	<p>mobilizacji pacjenta (udzielona jak najwcześniej, jednak nie później niż 48 godzin od pierwszych objawów),</p> <p>(K) standardowa opieka (nieokreślona standardowa praktyka mobilizacji pacjenta)</p>	<p>II-rzędowe: zgon w chwili zaplanowanego badania follow-up, zgon lub występowanie niesamodzielności pacjenta (skala MRS) w chwili zaplanowanego badania follow-up, zgon lub konieczność prowadzenia opieki nad pacjentem w opiece instytucjonalnej w chwili zaplanowanego badania follow-up, występowanie powikłań (dowolne powikłania) w chwili zaplanowanego badania follow-up, subiektywna ocena jakości życia przy pomocy skali AQoL w chwili zaplanowanego badania follow-up, możliwość samodzielnego poruszania się pacjenta w chwili zaplanowanego badania follow-up, ocena mobilności pacjenta za pomocą uznanej skali oceny mobilności w chwili zaplanowanego badania follow-up, ocena nastroju pacjenta za pomocą uznanej skali oceny nastroju w chwili zaplanowanego badania follow-up.</p>	<p>2 958 pacjentów, 9 RCT (2008–2016)</p>
pacjenci po udarze mózgu	<p>(I) terapia zajęciowa wpływająca na codzienną aktywność osób po udarze mózgu,</p> <p>(K) brak terapii zajęciowej lub tradycyjna terapia zajęciowa</p>	<p>wydajności życia codziennego (rozszerzone czynności życia codziennego NeADL, Skala Barthel).</p>	<p>Stewart 2018</p> <p>1 632 pacjentów, 12 RCT (1995–2006)</p>
pacjenci po udarze mózgu	<p>(I) terapia zajęciowa prowadzona przez terapeutę zajęciowego lub pod jego nadzorem</p> <p>(K) standardowy model opieki lub brak interwencji</p>	<p>zgon na koniec okresu obserwacji, zgon lub opieka instytucjonalna przed zakończeniem okresu obserwacji, zgon lub niesamodzielność fizyczna przed zakończeniem okresu obserwacji, samopoczucie uczestników po zakończeniu okresu obserwacji.</p>	<p>Legg 2017</p> <p>994 pacjentów, 9 RCT (1995–2007)</p>
pacjenci po udarze >50 r.ż.	<p>(I) fizjoterapia dopasowana do indywidualnych potrzeb pacjenta, wprowadzona co najmniej rok po udarze mózgu</p> <p>(K) brak leczenia</p>	<p>I-rzędowe: zmiana wyników skali: Rivermead mobility index.</p> <p>II-rzędowe: prędkość chodu, zmiana wyników skal (barthel index, hospital anxiety and depression scale, general health questionnaire 28, Frenchay activity index), liczba upadków.</p>	<p>Green 2002</p> <p>150 pacjentów, 1 RCT (2002)</p>
depresja poudarowa wg dowolnych kryteriów diagnostycznych	<p>(I) terapia poznawczo-behawioralna lub terapia poznawczo-behawioralna w połączeniu z antydepresantami,</p> <p>(K) placebo lub te same antydepresanty co w grupie interwencyjnej</p>	<p>I-rzędowe: objawy depresji w populacji, gdzie część pacjentów stosowała antydepresanty (standaryzowana średnia różnica dla zmiany wyników skal: HAMD, SDS, HADS-D, WDI).</p> <p>II-rzędowe: niepokój (ang. anxiety) (skala SAS) u populacji częściowo stosującej antydepresanty, Wykonywanie codziennych czynności (ang. activities of daily living) (skala: ADL, Barthel index, EADL) u populacji bez antydepresantów i stosującej antydepresanty.</p>	<p>Wang 2018</p> <p>1 972 pacjentów, 23 RCT (2003–2018)</p>
pacjenci z afazją poudarową	<p>(I) terapia CIAT (terapia afazji indukowanej ograniczeniami)</p> <p>(K1) terapia konwencjonalna za pomocą komunikacji bez ograniczeń (CTG)</p> <p>(K2) terapia indywidualna (CG)</p>	<p>II-rzędowe: wartości dla powtarzania, jako podtestu AAT dla CIAT oraz CTG; wartości dla poziomu profilu, jako podtestu AAT dla CIAT; wartości jakościowe dla dziennika aktywności komunalnej, CAL dla CTG.</p>	<p>Woldag 2016</p> <p>60 pacjentów, 1 RCT (2016)</p>
Pacjenci po nabytym urazie mózgu			
niepostępująca dyzartria po nabytym urazie mózgu (głównie udarze mózgu i urazowym uszkodzeniu mózgu),	<p>(I) interwencje mające na celu zmniejszenie dyzartrii lub jej wpływu na jakość życia tych osób,</p> <p>(K) inne interwencje; kontrola uwagi; placebo; brak interwencji</p>	<p>I-rzędowe: interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą: trwałe efekty, poziom aktywności; interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą: poziom aktywności; prawidłowe ukrycie kodu alokacji / właściwe zaślepienie.</p> <p>II-rzędowe: interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą: trwałe efekty, poziom utraty wartości; interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą: trwałe efekty, poziom uczestnictwa; interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą: poziom aktywności; prawidłowe ukrycie kodu alokacji / właściwe zaślepienie; interwencja dyzartryczna w porównaniu z kontrolą uwagi, placebo lub brakiem interwencji; trwałe efekty, poziom aktywności; interwencja dyzartryczna w porównaniu z</p>	<p>Mitchell 2017</p> <p>234 pacjentów, 5 RCT (2010–2015)</p>

Populacja	Interwencja vs Komparator	Nieistotne statystycznie punkty końcowe	Badanie
		dowolną kontrolą dla podgrupy udaru: trwałe efekty, poziom aktywności; interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą: natychmiastowe efekty, poziom aktywności; interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą: natychmiastowe efekty, poziom uczestnictwa; porównanie interwencji dyzartrycznej A z interwencją dyzartryczną B: trwałe efekty, poziom aktywności; porównanie interwencji dyzartrycznej A z interwencją dyzartryczną B: trwałe efekty, poziom uczestnictwa.	

Przegląd systematyczny dotyczący interwencji dietyka u pacjentów objętych rehabilitacją neurologiczną.

Nie odnaleziono publikacji oceniających skuteczność i bezpieczeństwo udzielania świadczeń z zakresu dietyki/żywienia udzielonych przez dietyka w populacji pacjentów objętych rehabilitacją neurologiczną.

Podsumowanie

Podsumowując, w ramach wyszukiwań systematycznych i niesystematycznych dotyczących skuteczności rehabilitacji u pacjentów neurologicznych odnaleziono łącznie 6 publikacji: 5 opracowań wtórnych (4 przeglądy systematyczne z metaanalizą: Wang 2018, Langhorne 2018, Legg 2017, Mitchell 2017; 1 przegląd systematyczny bez metaanalizy: Stewart 2018) oraz 2 badania pierwotne RCT (Woldag 2016, Green 2002) dotyczące skuteczności i bezpieczeństwa wybranych profili interwencji w ramach rehabilitacji neurologicznej (profile interwencji wybrane w sposób pokrywające, możliwie najszerszej, profile interwencji zawarte w modelach świadczeń zawartych w niniejszym Raporcie. Wybrano profile: psychologiczny, logopedyczny oraz dietetyczny, terapii zajęciowej, a także – stosowania wczesnej oraz opóźnionej rehabilitacji.

We włączonych do analizy publikacjach populacja obejmowała pacjentów po przebytych udarze (Wang 2018, Langhorne 2018, Stewart 2018, Legg 2017, Mitchell 2017, Woldag 2016, Green 2002) oraz w jednym opracowaniu (Mitchell 2017) również pacjentów po urazie mózgu.

W wyżej wskazanej populacji pacjentów osiągnięto i.s. wyniki na korzyść grupy interwencyjnej podczas:

- stosowania interwencji psychologicznych w zakresie zmniejszenia objawów depresji u pacjentów z depresją poudarową (Wang 2018),
- wczesnego rozpoczęcia rehabilitacji w zakresie poprawy wykonywania czynności życia codziennego i skrócenia długości pobytu w szpitalu u pacjentów po pierwszym epizodzie dowolnej aktywności fizycznej po udarze (Langhorne 2018),
- stosowania interwencji terapii zajęciowej w zakresie poprawy wykonywania czynności życia codziennego (Stewart 2018, Legg 2017), poprawy wykonywania rozszerzonych czynności życia codziennego (Stewart 2018, Legg 2017), zmniejszenia ryzyka złego wyniku (ang. bad outcome, zgon, pogorszenie się wyników, niesamodzielność pacjenta) (Legg 2017) oraz poprawy niezależności funkcjonalnej (Stewart 2018),
- stosowania interwencji logopedycznych w zakresie redukcji zaburzeń dyzartycznych tuż po interwencji u pacjentów z dyzartią (Mitchell 2017) oraz wartości testu Tokena w grupie interwencyjnej (Woldag 2016) u pacjentów z afazją.

W odnalezionym w ramach przeglądu niesystematycznego dotyczącym opóźnionej rehabilitacji neurologicznej (minimum 1 rok) badaniu RCT (Green 2002) nie stwierdzono istotnego statystycznie korzystnego wpływu opóźnionych interwencji fizjoterapeutycznych u pacjentów po udarze w porównaniu do braku fizjoterapii.

Szczegółowe wyniki dotyczące skuteczności i bezpieczeństwa stosowanych interwencji oraz komparatorów zawarto w treści niniejszego Raportu w rozdziale dotyczącym Analizy skuteczności i bezpieczeństwa.

WYNIKI PRZEGLĄDU SKAL ZASTOSOWANYCH DO KONSTRUKCJI ŚWIADCZEŃ

Istotnym tematem przeglądów wykonanych przez Agencję, były przeglądy skal medycznych zastosowanych do konstrukcji świadczeń rehabilitacji neurologicznej, tj.: Barthel (BI), Glasgow Coma Scale (GCS), Medical Research Council Scale (MRC) oraz modyfikowanej skali Rankin (mRS).

Wspomniane wyżej przeglądy przeprowadzono dwuetapowo: w pierwszym etapie dokonano przeglądu wcześniej znalezionych wytycznych rehabilitacji chorób neurologicznych, a w drugim wykonano przegląd niesystematyczny w przypadku skali MRC.

Na podstawie analizy dostępnych publikacji (9 wytycznych oraz 1 badanie walidacyjne) nie odnaleziono informacji, że skale Barthel Index, Glasgow Coma Scale (GSC), Medical Research Council (MRC) Muscle Scale, Rankin, a także narzędzia do oceny zaburzeń funkcji poznawczo-behawioralnych oraz motorycznych zaburzeń czynności mowy i połykania stanowią podstawę procesu kwalifikacji pacjentów z dysfunkcjami układu nerwowego do ściśle zdefiniowanych świadczeń rehabilitacji leczniczej stwierdzono następujące ograniczenia odnośnie publikacji włączonych do przedmiotowej analizy:

- trudno odnaleźć zalecenia, które bezpośrednio odnoszą się do proponowanych modeli świadczeń w zakresie jednoczesnego omówienia takich parametrów jak: populacja, faza rehabilitacji, zakres interwencji, warunki udzielania świadczeń, kwalifikacja lub zakończenie leczenia na podstawie wyników skali oceny stanu funkcjonalnego;
- w zakresie oceny zaburzeń funkcji poznawczo-behawioralnych oraz motorycznych zaburzeń czynności mowy oraz połykania w wielu wytycznych najczęściej określano jedynie, że u pacjentów neurologicznych powinna być dokonana ocena stanu funkcjonalnego, bez wskazywania konkretnych narzędzi oceny;
- w kontekście rehabilitacji neurologicznej w wytycznych nie określano w jaki sposób element oceny (np. wartość progowa uzyskana w danej skali lub inny punkt odcięcia w skalach opisowych) determinowałyby dalsze postępowanie z pacjentem w procesie kwalifikacji lub zakończenia rehabilitacji neurologicznej. Jeżeli odnoszono się w wytycznych do informacji na temat progów punktowych, to najczęściej we fragmentach omawiających cechy skal, w których przedstawiano informacje dotyczące ogólnej charakterystyki skal, a niekiedy również zakresów punktowych (lub innych progów odcięcia) pozwalających na przypisanie chorych do odpowiednich grup pacjentów pod względem ciężkości stanu funkcjonalnego;
- brak badań porównujących skalę MRC do innych skal oceny funkcjonalnej u pacjentów z dysfunkcjami układu nerwowego, w których stosowano dowolne interwencje z zakresu rehabilitacji neurologicznej.

Niejednoznaczne wyniki wcześniejszych przeglądów postanowiono jeszcze uzupełnić niesystematycznym wyszukiwaniem aktualizacyjnym, dotyczącym skal: Barthel, Glasgow Coma Scale, Medical Research Council Scale oraz modyfikowanej skali Rankin, celem odnalezienia informacji na temat skuteczności, wiarygodności diagnostycznej oraz wykorzystania skal w systemach opieki zdrowotnej na świecie. W jego wyniku odnaleziono:

- Skala Barthel (Bathel scale; Barthel ADL Index) – dowody naukowe opisujące parametry diagnostyczne skali (czułość, swoistość, wartości predykcyjne, AUC) oraz optymalnego momentu oceny i proggu odcięcia predykcji niesamodzielnosci pacjenta (Kwakkel 2011); efekt sufitu/podłogi, zdolności reagowania oraz stosowności skali (Houlden 2005) oraz pomiaru korelacji wyników (Kuźmich 2008). Odnaleziono również informacje na temat szerokiego zastosowania powyższej skali w systemie opieki zdrowotnej w Australii;
- Glasgow Coma Scale (GCS) – dowody naukowe opisujące parametry diagnostyczne skali (czułość, swoistość, wartości predykcyjne, AUC; Sapahvand 2016) oraz efekt podłogi/sufitu (Reith 2017). Odnaleziono informacje, iż skala ta 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;
- Medical Research Council Scale – dowody naukowe oceniające poziom wiarygodności wewnętrznej i zewnętrznej skali walidacja oryginalnej i zmodyfikowanej skali MRC (Paternostro-Sluga 2008), badanie, którego celem było udokumentowanie wiarygodności testu MMT (manual muscle test) z wykorzystaniem skali MRC; badanie weryfikujące hipotezę zwiększonej zgodności klinicystów za pomocą modyfikacji skali MRC w zakresie stosowania opcji „4+” (O’Neill 2017);

- zmodyfikowana skala Rankin – dowody naukowe dotyczące UW-mRS (ang. Utility-weighted modified Rankin Scale) mające na celu zbadanie walidacji UW-mRS i analizy jej zgodności statystycznej oraz opisanie parametrów diagnostycznych (AUC; Rethnam 2019).

Odnalezione dowody naukowe włączone do analizy zdają się wskazywać na szerokie zastosowanie i użyteczność powyższych skal w ocenie pacjentów neurologicznych.

Ponadto przeprowadzono analizę rejestru *UK Rehabilitation Outcomes Collaborative* (UKROC) w kierunku identyfikacji skal stosowanych w Wielkiej Brytanii w obszarze specjalistycznej rehabilitacji leczniczej. Zidentyfikowano łącznie 9 skal, tj.: The Rehabilitation Complexity Scale (RCS), Medical Activity Assessment (MAA), The Patient Categorisation Tool (PCAT), The Northwick Park Dependency Scales (and Care Needs Assessment) (NPDS/NPCNA), The Northwick Park Therapy Dependency Assessment (NPTDA), The Neurological Impairment Scale, The UK Functional Independence measure (FIM) + Functional Assessment Measure (FAM), The Barthel Index (BI) oraz Goal Attainment Scaling (GAS).

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 Lzydorczyk	Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej

Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej wskazał, iż wszystkie zaproponowane profile interwencji tj. profil lekarski, fizjoterapeutyczny, dietetyczny, logopedyczny, psychologiczny, terapii zajęciowej, pedagogiczny oraz pielęgniarstwa należy zastosować do wszystkich świadczeń „kompleksowych” realizowanych w warunkach stacjonarnych oraz dziennych. Ponadto interwencje z profilu fizjoterapeutycznego oraz porada lekarska powinny znaleźć się także w przypadku świadczeń „fizjoterapii” zarówno ambulatoryjnej jak i domowej. Natomiast opieka lekarska rehabilitacyjna wymaga w opinii Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej konsultacji lekarskiej, a także porady i opieki lekarskiej.

Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów dla świadczeń „kompleksowych” jako niezbędne określił wszystkie interwencje z profilu lekarskiego, fizjoterapeutycznego, logopedycznego i psychologicznego. Do świadczeń „kompleksowych” stacjonarnych należy w opinii Prezesa KRF również uwzględnić opiekę pielęgniarstwa. W przypadku świadczeń „fizjoterapii” ambulatoryjnej jak i domowej ekspert ten wskazał następujące interwencje z profilu fizjoterapeutycznego: konsultacja, kwalifikacja wstępna, wizyta kwalifikacyjna oraz fizjoterapia indywidualna. Funkcjonalny trening medyczny natomiast oznaczony został przez eksperta, jako konieczny w przypadku świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej. Opieka lekarska rehabilitacyjna według eksperta wymaga konsultacji lekarskiej oraz porady lekarskiej.

Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej, jako niezbędną w przypadku świadczeń „kompleksowych” zarówno realizowanych w warunkach stacjonarnych jak i dziennych uznał konsultację psychologiczną, jako cykl spotkań niezbędnych do diagnozy neuropsychologicznej i prowadzenia terapii neuropsychologicznej.

WYNIKI ANALIZY WPLYWU NA BUDŻET

W analizie wpływu na budżet wzięto pod uwagę pakiet 3 prognozowanych zmian w rehabilitacji neurologicznej, jako rezultatu rozwiązań proponowanych w niniejszym raporcie. Zmiany te dotyczą przepływu dorosłych pacjentów rehabilitowanych w rehabilitacji neurologicznej, będących skutkiem modyfikacji istniejących oraz stworzeniem nowych produktów dedykowanych pacjentom neurologicznym. Zgodnie z proponowaną w nowym podejściu do rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej zmianą profilu rehabilitowanego pacjenta (przyjmowanie wyłącznie pacjentów w stanie ciężkim) założono, że część pacjentów leczonych dzisiaj w rehabilitacji neurologicznej przejdzie do rehabilitacji ogólnoustrojowej oraz część z nich przejdzie do rehabilitacji na oddziale dziennym. Dodatkowo stworzenie produktów fizjoterapii ambulatoryjnej dedykowanych pacjentom neurologicznym umożliwi przesunięcie niewielkiej części pacjentów z rehabilitacji neurologicznej do fizjoterapii neurologicznej ambulatoryjnej. Szacuje się, iż łączny wpływ powyższych zmian zamyka się w kwocie

oszczędności dla budżetu NFZ w wysokości ok. 10,2 mln zł. Należy podkreślić, iż założenia i wyliczenia szczegółowo zaprezentowane w dalszej części niniejszego opracowania mają charakter hipotetyczny i są szacunkowe.

1. 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 „*Koncepcji 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 neurologicznej 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 4. 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 5. 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 neurologicznej polega na:

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

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

1. Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:

- 1) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I;
- 2) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II;
- 3) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I;
- 4) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza II;
- 5) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I;
- 6) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II.

2. Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej:

- 1) Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego

3. Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej:

- 1) Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego

4. Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w zakresie fizjoterapii domowej:

- 1) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego;

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.

2. Problem decyzyjny

2.1. Problem zdrowotny

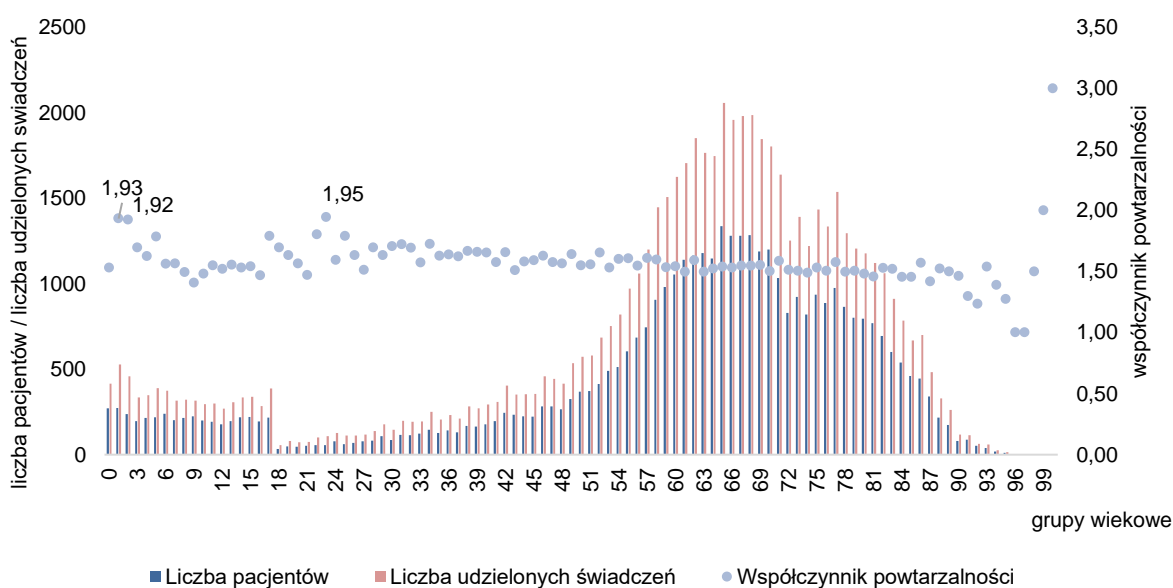
Charakterystyka populacji

Profil demograficzny pacjenta

W 2017 r. najwięcej świadczeń z zakresów rehabilitacja neurologiczna i rehabilitacja neurologiczna dla dzieci udzielono pacjentom w 65 r. ż. Jednocześnie pacjenci w tym wieku byli grupą wiekową, której udzielono największą liczbę świadczeń z zakresu rehabilitacja neurologiczna. Pacjenci powyżej 93 r.ż. oraz osoby w wieku 18 lat stanowili najmniej liczną grupę wiekową. Pacjentom w tych grupach wiekowych udzielano także najmniejszą liczbę świadczeń. Analizując grupę wiekową poniżej 18 lat, najwięcej świadczeń udzielono pacjentom w grupie wiekowej 1 r.ż.

Przez współczynnik powtarzalności określamy średnią liczbę świadczeń udzielonych jednemu pacjentowi. Współczynnik ten jest ilorazem liczby świadczeń oraz liczby pacjentów w danej grupie wiekowej. Najwyższy współczynnik powtarzalności odnotowano wśród pacjentów w wieku 23 lat (1,9), a wśród osób poniżej 18 r. ż. najwyższy współczynnik dotyczył pacjentów w wieku 1 i 2 lat (1,8). W analizie współczynnika powtarzalności ze względu na małą liczbę pacjentów pominięto osoby powyżej 90 r. ż.

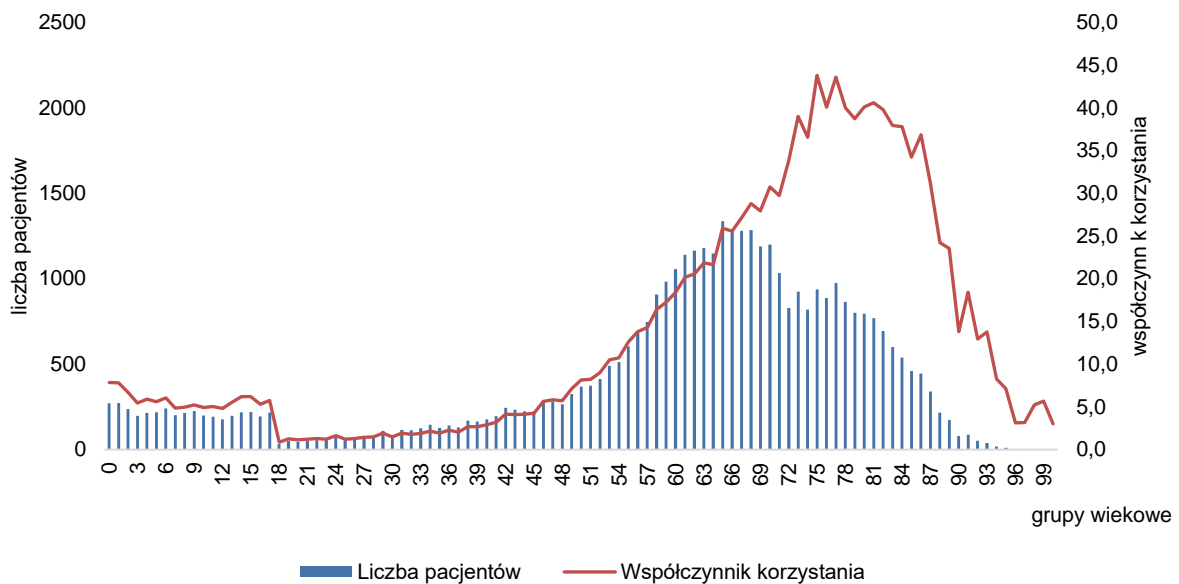
Wykres 1. Liczba pacjentów i liczba zrealizowanych świadczeń (krotność) z zakresu rehabilitacja neurologiczna oraz współczynnik powtarzalności w 2017 r. w poszczególnych grupach wiekowych



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

W analizie uwzględniono również współczynnik korzystania ze świadczeń w grupach wiekowych, rozumiany, jako liczbę przedstawicieli danego rocznika przypadającą na 10 tys. należących do niego osób, którzy w danym roku skorzystali z rehabilitacji neurologicznej. W układzie rocznikowym najczęściej korzystającymi z rehabilitacji neurologicznej były osoby w przedziale wiekowym 65–70 lat, natomiast wartość współczynnika korzystania ze świadczeń była najwyższa dla przedziału 75–81 lat, dla którego wynosił on ponad 40% (oznacza to, że 40 na 10 tys. osób z tych roczników skorzystało w 2017 roku ze świadczeń rehabilitacji neurologicznej).

Wykres 2. Liczba pacjentów oraz współczynniki korzystania ze świadczeń z zakresu rehabilitacja neurologiczna w poszczególnych grupach rocznikowych w 2017 r.



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

W 2017 roku populacja kobiet stanowiła 45% całkowitej liczby osób, którym udzielono świadczeń w zakresie rehabilitacja neurologiczna i rehabilitacja neurologiczna dla dzieci. W populacji kobiet najwięcej pacjentów odnotowano w wieku poprodukcyjnym powyżej 60 r.ż., jednocześnie w tym przedziale wiekowym udzielono najwięcej świadczeń z zakresu rehabilitacja neurologiczna, podczas gdy największy współczynnik powtarzalności odnotowano w grupie wiekowej 0–18 lat. Wśród pacjentów populacji męskiej, najwięcej pacjentów oraz udzielonych świadczeń odnotowano w grupie wiekowej 19–65 lat. Współczynnik powtarzalności dla mężczyzn był najwyższy również w grupie wiekowej 0–18 lat i wynosił 1,63. W populacji ogólnej, podobnie jak w przypadku populacji kobiet największa liczba pacjentów oraz udzielonych świadczeń przypadła na osoby powyżej 60 i 65 roku życia, zaś współczynnik powtarzalności był najwyższy w grupie wiekowej 0–18 lat i wyniósł 1,62 dla wszystkich analizowanych grup wiekowych.

Tabela 6. Liczba pacjentów i liczba zrealizowanych świadczeń (krotność) z zakresu rehabilitacja neurologiczna oraz współczynnik powtarzalności w podziale na płeć i grupy wiekowe w 2017 r.

Grupy wiekowe	Kobiety			Mężczyźni			Razem		
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Współczynnik powtarzalności	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Współczynnik powtarzalności	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Współczynnik powtarzalności
0-18	1 670	2 671	1,60	2 270	3 700	1,63	3 940	6 371	1,62
19-60/65	4 220	6 690	1,59	11 213	17 630	1,57	15 433	24 320	1,58
> 60/65	12 520	18 956	1,51	9 295	14 192	1,53	21 815	33 148	1,52
Ogółem	18 410	28 317	1,54	22 778	35 522	1,56	41 188	63 839	1,55

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

Wśród kobiet najwięcej pacjentów, a także największą liczbę udzielonych świadczeń odnotowano pomiędzy 71 a 80 r.ż. oraz 61 a 70 r.ż. Pacjentom z tych dwóch przedziałów wiekowych (9 448 osób) udzielono łącznie 14 412 świadczeń. Najmniej pacjentów odnotowano w przedziałach 91–100 lat oraz 21–30 lat. W tych przedziałach udzielono również najmniejszą liczbę świadczeń. Najwyższy współczynnik powtarzalności wśród kobiet odnotowano w przedziale 31–40 lat. Wśród mężczyzn największą liczbę pacjentów oraz najwięcej udzielonych świadczeń odnotowano w przedziale wiekowym 61–70 lat. Podobnie jak wśród kobiet, najmniej pacjentów oraz najmniej udzielonych świadczeń odnotowano w przedziałach 91–100 lat oraz 21–30 lat. Jednocześnie w tym przedziale zaobserwowano najwyższy współczynnik powtarzalności. Łączna liczba pacjentów była najwyższa

w przedziale wiekowym 61–70 lat. W tym przedziale udzielono również największą liczbę świadczeń z zakresu rehabilitacja neurologiczna.

Tabela 7. Liczba pacjentów i liczba zrealizowanych świadczeń (krotność) z zakresu rehabilitacja neurologiczna oraz współczynnik powtarzalności w podziale na płeć i 10-letnie przedziały wiekowe w 2017 r.

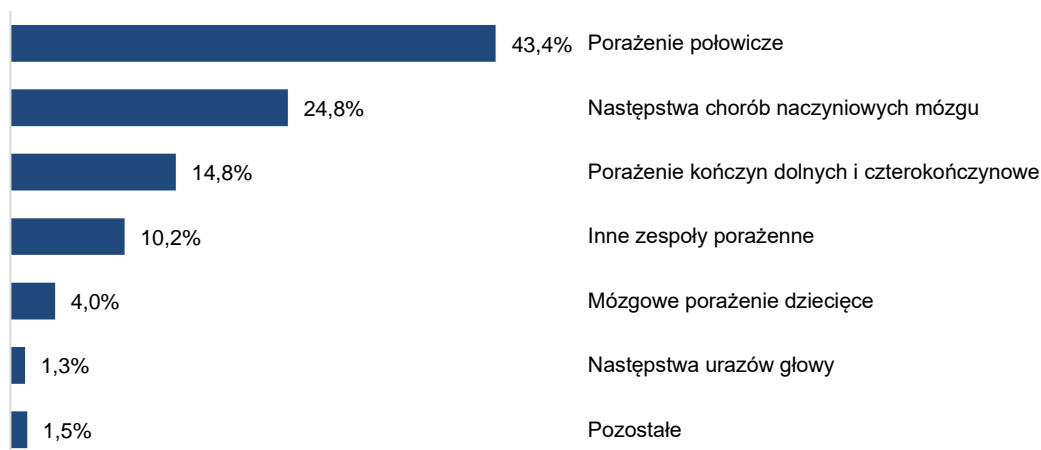
Grupy wiekowe	Kobiety			Mężczyźni			Razem		
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Współczynnik powtarzalności	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Współczynnik powtarzalności	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Współczynnik powtarzalności
0-10	1 055	1 731	1,64	1 437	2 365	1,65	2 492	4 096	1,64
11-20	650	1 000	1,54	893	1 427	1,60	1 543	2 427	1,57
21-30	242	386	1,60	484	827	1,71	726	1 213	1,67
31-40	514	852	1,66	891	1 478	1,66	1 405	2 330	1,66
41-50	1 059	1 647	1,56	1 586	2 553	1,61	2 645	4 200	1,59
51-60	2 370	3 745	1,58	4 399	6 904	1,57	6 769	10 649	1,57
61-70	4 690	7 204	1,54	7 513	11 504	1,53	12 203	18 708	1,53
71-80	4 758	7 208	1,51	4 113	6 283	1,53	8 871	13 491	1,52
81-90	2 912	4 334	1,49	1 407	2 103	1,49	4 319	6 437	1,49
91-100	160	210	1,31	55	78	1,42	215	288	1,34
Ogółem	18 410	28 317	1,54	22 778	35 522	1,56	41 188	63 839	1,55

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

Profil kliniczny pacjenta

W 2017 r. największy udział wśród kategorii rozpoznań sprawozdanych w ramach rehabilitacji neurologicznej stanowiło porażenie połowicze z udziałem 43,3%. Blisko ¼ udziału w omawianym zakresie obejmowały następstwa chorób naczyniowych mózgu. Wraz z kategorią porażenie kończyn dolnych i czterokończynowe te trzy kategorie stanowiły łącznie ponad 80% udziału.

Wykres 3. Udział kategorii rozpoznań głównych ICD-10 zrealizowanych w ramach zakresu rehabilitacja neurologiczna w 2017 r. – w ujęciu liczby zrealizowanych rozpoznań (krotność)



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

Wśród pojedynczych rozpoznań sprawozdanych w zakresie rehabilitacji neurologicznej ponad ¼ udziału stanowi spastyczne porażenie połowicze, a średnio, co 5 rozpoznania obejmowało następstwa zawału mózgu. Wśród rozpoznań określonych, jako „pozostałe”, największy udział stanowiły następstwa krwotoku śródmózgowego (2,2%) oraz porażenie jednej kończyny dolnej oraz spastyczne porażenie kończyny dolnej (po 2,1%).

Tabela 8. Wykaz istotnych rozpoznań głównych ICD-10 (w ujęciu krotności) zrealizowanych w ramach zakresu rehabilitacja neurologiczna w 2017 r.

Rozpoznanie ICD-10	Liczba zrealizowanych rozpoznań	Udział rozpoznania w liczbie rozpoznań ogółem
Spastyczne porażenie połowicze	17 436	27,3%
Następstwa zawału mózgu	13 479	21,1%
Porażenie połowicze, nieokreślone	8 502	13,3%
Inne określone zespoły porażenne	3 000	4,7%
Spastyczne porażenie czterokończynowe	2 259	3,5%
Wiotkie porażenie połowicze	1 742	2,7%
Porażenie czterokończynowe, nieokreślone	1 690	2,6%
Porażenie kończyn dolnych, nieokreślone	1 589	2,5%
Wiotkie porażenie kończyn dolnych	1 502	2,4%
Pozostałe	12 640	20,0%

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

Profil populacji docelowej

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

- a) choroby zakaźne np. kiła,
- b) nowotwory np. mózgu,
- c) choroby układu krążenia np. udar mózgu, zawał mózgu,
- d) choroby układu mięśniowo-szkieletowego np. choroby kręgosłupa i krążków międzykręgowych,
- e) urazy - okołoporodowe, układu nerwowego, wielonarządowe
- f) wady wrodzone np. przepuklina rdzeniowa.

Poniżej zaprezentowano obraz kliniczny pacjentów rehabilitowanych neurologicznie^{3 4}, zaś w dalszej części niniejszego podrozdziału zgrupowano dysfunkcje pod kątem jednorodnego obrazu klinicznego pacjenta.

Rehabilitacja neurologiczna u konkretnego pacjenta zależy od występujących u niego zaburzeń oraz czasu, jaki upłynął od wystąpienia ich przyczyny. Zaburzenia neurologiczne najczęściej prowadzą do przemijających lub trwałych trudności w wykonywaniu czynności życia codziennego, a także zaburzeń złożonych aktywności intelektualnych lub psychicznych. Możliwie najwcześniejsze rozpoczęcie rehabilitacji neurologicznej oraz odpowiedni dobór rodzaju i częstości terapii decyduje o uzyskiwanych efektach rehabilitacji, a w konsekwencji o późniejszej jakości życia pacjenta i jego rodziny.

U pacjentów neurologicznych powszechnie występują zaburzenia pod postacią: niedowładów i porażenia, zaburzeń połykania, zaburzenia mowy, zaburzenia czynności poznawczych oraz zaburzeń zwieraczy. Istotnym działaniem wspierającym rehabilitację i uzyskanie długotrwałego efektu leczenia u znacznej części pacjentów jest poradnictwo dietetyczne.

Wyodrębnione na podstawie literatury, najczęstsze dysfunkcje układu nerwowego, które wymagają rehabilitacji to:

- **niedowłady i porażenia**

Jednym z najczęstszych powodów zaburzeń neurologicznych jest uszkodzenie neuronów ruchowych unerwiających mięśnie poprzecznie prążkowane, których skurcze są zależne od woli. Impuls nerwowy biegnący z mózgu do mięśni poprzecznie prążkowanych rozpoczyna się w neuronie ruchowym górnym znajdującym się w

³ Neurologia tom III str. 567-575, praca zbiorowa pod redakcją A. Stępiaka, Medical Tribune Polska, Wydanie I Warszawa 2015

⁴ Neurologia Merritta edycja 11, tom III str. 1227-1230, praca zbiorowa pod redakcją L. P. Rowland, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008

polu ruchowym kory mózgu, a następnie dochodzi on do kolejnego neuronu ruchowego – neuronu ruchowego dolnego, który znajduje się w tzw. jądrach nerwów czaszkowych lub w rogach przednich rdzenia kręgowego.

Przy uszkodzeniach neuronów ruchowych górnych mamy do czynienia z niedowładem lub z porażeniem spastycznym. Objawia się ono wzrostem napięcia mięśniowego mięśni unerwionych przez neurony, które uległy uszkodzeniu. W rehabilitacji dotyczącej niedowładów czy porażień spastycznych stosuje się przede wszystkim ćwiczenia bierne i czynne, terapię złożeniową, stymulację eksteroceptywną i propioceptywną, ćwiczenia oporowe, a także ćwiczenia przy muzyce i treningi relaksujące. Zabiegi fizyoterapeutyczne mają na celu wspomaganie kinezyterapii oraz ułatwienie pielęgnacji i należą do nich ciepłolecznictwo (leczenie ciepłem i zimnem), wibracja mechaniczna oraz elektroterapia.

W przypadku uszkodzenia neuronów ruchowych dolnych dochodzi do niedowładów lub porażenia wiotkiego. W tym przypadku napięcie mięśni unerwionych przez uszkodzone neurony ulega obniżeniu. Brak pobudzeń nerwowych prowadzi do prawdziwego zaniku mięśni. W rehabilitacji tych zaburzeń największe znaczenie ma kinezyterapia, wspomagająco stosuje się elektrostymulację oraz leczenie ciepłem, duże znaczenie ma leczenie ortopedyczne.

Rehabilitacją związaną z pojawieniem się niedowładów czy też porażień zajmują się fizjoterapeuci.

Niezwykle istotna jest także w obu przypadkach niedowładów i porażień odpowiednia pielęgnacja polegająca na odpowiednim ułożeniu pacjentów oraz zapobieganiu wystąpieniu odleżyn.

- **zaburzenia dotyczące czynności dnia codziennego**

U pacjentów neurologicznych bardzo często dochodzi do zaburzenia lub też utracenia szeregu ważnych funkcji życiowych. Ich odzyskiwanie dokonuje się poprzez ćwiczenia czynności manualnych oraz trening zachowania w różnych sytuacjach życiowych. Działanie te są realizowane w ramach terapii zajęciowej. Terapia zajęciowa powinna się rozpoczynać jako tzw. terapia przyłóżkowa a następnie powinna być kontynuowana w pracowniach terapii zajęciowej oraz w środowisku zamieszkania. W ramach terapii zajęciowej są uzyskiwane umiejętności pielęgnacyjne (higiena osobista i obsługa w toalecie), umiejętności ubierania się, spożywania posiłków, korzystania z telefonu, właściwego reagowania na zagrożenie itp.

- **zaburzenia połykania**

Rehabilitacja pacjentów, u których występują zaburzenia połykania (dysfagia) w wyniku uszkodzenia OUN jest trudna i długotrwała. Niezwykle istotne jest jej bardzo szybkie jej rozpoznanie, bowiem nierozpoznana dysfagia może prowadzić do zarzucania treści pokarmowej do dróg oddechowych i w konsekwencji wywołać zachyłkowe zapalenie płuc. Do leczenia dysfagii stosuje się różne metody między innymi: stymulację termiczną, aplikację dotykowo-termiczną, techniki połykania oraz zmiany postawy ciała, a także zmiany w nawykach żywieniowych (unikanie pewnych pokarmów oraz zagęszczanie pokarmów). Terapią zaburzeń połykania zajmuje się logopeda.

- **zaburzeń mowy**

Zaburzenia mowy od częściowej do całkowitej utraty funkcji mowy (od dysfazji do afazji) występują stosunkowo często u pacjentów ze zmianami chorobowymi umiejscowionymi w ośrodkowym układzie nerwowym. Terapia zaburzeń mowy jest niezwykle ważna, ponieważ zaburzenia te mają bardzo niekorzystny wpływ na funkcjonowanie pacjenta w społeczeństwie. Zajęcia logopedyczne należy poprzedzić rozpoznaniem innych zaburzeń występujących u pacjenta. Terapia logopedyczna polega między innymi na nawiązaniu kontaktu z pacjentem za pomocą gestów, pokazywania obrazków, przedmiotów i wypowiedzania ich nazw. Powinna ona być łączona z ćwiczeniami oddechowymi. W przypadku wypadnięcia funkcji krtani odpowiednio wykwalifikowany neurologopeda może nauczyć pacjenta mowy przetykowej.

- **zaburzenia czynności poznawczych i behawioralnych**

U chorych z uszkodzeniem mózgu mogą pojawić się zaburzenia funkcji poznawczych (dotyczące pamięci, nauki, języka i wnioskowania), zaburzenia postrzeżeniowe polegające na integracji informacji pochodzących ze otoczenia a także zaburzenia emocjonalne i behawioralne. Przed rozpoczęciem rehabilitacji czynności poznawczych niezbędne jest ustalenie rozpoznania neuropsychologicznego, a jego brak może niekorzystnie wpływać na wyniki terapii. W terapii stosuje się między innymi różnego rodzaju terapie indywidualne i grupowe oraz treningi relaksacyjne. Niezwykle ważna jest uzyskanie u pacjenta stanu akceptacji położenia wynikającego z choroby przy jednoczesnej chęci do aktywnego uczestniczenia w rehabilitacji.

- **zaburzeniach zwieraczy**

Zaburzenia te dotyczą przede wszystkim oddawania moczu a rzadziej oddawania stolca. Przyczyna tych zaburzeń mogą być różne stany chorobowe wymagające różnej terapii w związku z tym przed rozpoczęciem rehabilitacji zaburzeń zwieraczy niezbędna jest diagnoza ich przyczyny. Jako metody rehabilitacyjne stosuje się terapię behawioralną, ćwiczenia mięśni dna miednicy, ćwiczenia metodą biologicznego sprzężenia zwrotnego. W leczeniu bardzo istotną rolę odgrywa odpowiednia pielęgnacja pacjenta. W obszarze tych zaburzeń niezwykle istotną rolę pełnią pielęgniarki oraz fizjoterapeuci.

- **zaburzenia odżywiania**

Często źródłem problemów neurologicznych czy też istotnym czynnikiem mającym wpływ na ich wystąpienie jest niewłaściwe odżywianie chorego, mające chociażby wpływ na procesy miażdżycowe, czy też nadwaga lub otyłość stanowiące istotny element utrudniający uzyskanie optymalnego i długotrwałego efektu rehabilitacji. Odżywianie ma także bardzo duży wpływ na choroby neurodegeneracyjne (choroba Alzheimera, choroba Parkinsona⁵, stwardnienie rozsiane). W związku z powyższym w ramach zmian w obszarze rehabilitacji neurologicznej postulowane jest włączenie także dietetyka do interdyscyplinarnego zespołu rehabilitacji neurologicznej.

Mając na uwadze powyższe, grupy dysfunkcji pod kątem jednorodnego obrazu klinicznego podzielono na:

- 1) zaburzenia funkcji nerwów obwodowych,
- 2) zaburzenia funkcji mózgu
- 3) zaburzenia funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych



Rysunek 1. Grupy świadczeń w ramach rehabilitacji neurologicznej

Tabela 9. Opis profili pacjenta w oparciu o zaburzenia funkcjonalne

Profil pacjenta	Zaburzenia funkcjonalne (występujące razem lub osobno)
Pacjent z zaburzeniami funkcjonalnymi na poziomie mózgu	niedowłady lub porażenia spastyczne (porażenia jednokończynowe, hemiplegia, tetraplegia)
	zaburzeniach dotyczące czynności życia codziennego
	zaburzenia połykania
	zaburzenia mowy
	zaburzenia funkcji poznawczych (m.in. dotyczące pamięci, nauki, języka i wnioskowania),
	zaburzenia emocjonalne i behawioralne
Pacjent z zaburzeniami funkcjonalnymi na poziomie	zaburzenia zwieraczy
	niedowłady lub porażenia spastyczne lub wiotkie (porażenia jednokończynowe, paraplegia, tetraplegia)
	zaburzeniach dotyczące czynności życia codziennego

⁵Dostęp: <https://ncez.pl/choroba-a-dieta/choroby-neurodegeneracyjne> Pobrano: 14.01.2019 r.

Profil pacjenta	Zaburzenia funkcjonalne (występujące razem lub osobno)
rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych	zaburzenia emocjonalne i behawioralne zaburzenia zwieraczy
Pacjent z zaburzeniami funkcjonalnymi na poziomie obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych	niedowłady lub porażenia wiotkie (mononeuropatia, polineuropatia), zaniki mięśniowe zaburzeniach dotyczące czynności życia codziennego zaburzenia emocjonalne i behawioralne zaburzenia zwieraczy

Źródło: opracowanie AOTMiT

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 10. Charakterystyka populacji docelowej ze względu na poziomy opieki

POZIOM OPIEKI	Profil pacjenta	
	CZĘŚCI WSPÓLNE	RÓŻNICE
Opieka stacjonarna	1) Zaburzenia funkcjonalne: <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 emocjonalne i behawioralne zaburzenia zwieraczy 	Wymóg całodobowej opieki medycznej: <ul style="list-style-type: none"> stan zdrowia pacjenta wymagający całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, osoba niepełnosprawna w bardzo ciężkim stopniu - całkowicie zależna od otoczenia, konieczna stała pomoc drugiej osoby (zmodyfikowana skala Rankina - 4-5 stopień, skala Barthel ADL 0-6 pkt), 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 (zmodyfikowana skala Rankina - 3-4 stopień, skala Barthel ADL 7-14 pkt), zaburzenia co najmniej jednej funkcji w stopniu ciężkim uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w sytuacjach codziennych rozpoznania zgodnie z Załącznikiem 1.
Opieka w ośrodku dziennym		2) Stan zdrowia pacjenta wymagający udziału w procesie rehabilitacji minimum trzech członków zespołu terapeutycznego (w tym lekarza i fizjoterapeuty) - na podstawie kwalifikacji wstępnej
Opieka fizjoterapeutyczna ambulatoryjna	Zaburzenia funkcjonalne: <ol style="list-style-type: none"> niedowłady lub porażenia spastyczne, zaburzenia dotyczące czynności życia codziennego 	Nie wymaga całodobowej opieki medycznej: <ul style="list-style-type: none"> w stanach pourazowych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, lub w stanach pooperacyjnych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, lub w sytuacjach mających na celu przygotowanie do zaplanowanych zabiegów chirurgicznych lub neurochirurgicznych.
Opieka w ramach fizjoterapii domowej		Nie wymaga całodobowej opieki medycznej (zabezpieczenia świadczeń pielęgniarskich): <ul style="list-style-type: none"> osoba niepełnosprawna w bardzo ciężkim stopniu - całkowicie zależna od otoczenia, konieczna stała pomoc drugiej osoby (zmodyfikowana skala Rankina - 5 stopień, 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 (zmodyfikowana skala Rankina - 4 stopień) brak możliwości samodzielnego poruszania się i dotarcia na fizjoterapię, pacjent do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia układu nerwowego

Źródło: opracowanie AOTMiT

2.2. Oceniane technologie medyczne

Proponowana zmiana technologii medycznej w zakresie rehabilitacji neurologicznej polega na:

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

Wyodrębnione profile interwencji na potrzeby rehabilitacji neurologicznej obejmują:

- 1) **profil dietetyczny** – obejmuje następujące interwencje realizowane przez dietetyka:
 - a) konsultację dietetyczną,
 - b) edukację 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) funkcjonalny trening medyczny - 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, zgodnie 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 pielęgniarski** – obejmuje opiekę pielęgniarską – 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.).

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 „neurologicznego”, czyli z objawami neurologicznymi kwalifikującymi do rehabilitacji neurologicznej oraz w oparciu o dostępne dowody naukowe, należy założyć, iż liczba i rodzaj interwencji terapeutycznych będzie obejmowała zindywidualizowane podejście do rehabilitacji pacjenta.

Tabela 11. Wyodrębnione w rehabilitacji neurologicznej interwencje usystematyzowane pod kątem profili (grup zawodowych realizujących czynności terapeutyczne/medyczne w ramach swoich kompetencji)

Interwencje medyczne w rehabilitacji neurologicznej	
profile interwencji	rodzaj interwencji
lekarski	konsultacja lekarska
	porada kwalifikacyjna
	porada lekarska
	opieka lekarska
fizjoterapeutyczny	konsultacja fizjoterapeutyczna
	wizyta fizjoterapeutyczna
	wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna
	fizjoterapia indywidualna
	funkcjonalny trening medyczny
dietetyczny	konsultacja dietetyka
	edukacja dietetyczna (interwencja nie jest stosowana w rehabilitacji neurologicznej)
logopedyczny	konsultacja logopedyczna
	terapia logopedyczna
psychologiczny	konsultacja psychologiczna
	terapia psychologiczna
terapeuty zajęciowego	konsultacja terapeuty zajęciowego
	terapia zajęciowa
pielęgniarski	opieka pielęgniarska

Źródło: opracowanie AOTMIT

Poniższa tabela prezentuje profile pacjenta neurologicznego:

- a) z zaburzeniami funkcjonalnymi na poziomie mózgu,
- b) z zaburzeniami funkcjonalnymi na poziomie rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych,
- c) z zaburzeniami funkcjonalnymi na poziomie obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych.

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 12. Profile pacjenta neurologicznego

Profil pacjenta	Zaburzenia funkcjonalne - występujące razem lub osobno	Profil interwencji terapeutycznych	Nazwa świadczenia
Pacjent z zaburzeniami funkcjonalnymi na poziomie mózgu	niedowłady lub porażenia spastyczne (porażenia jednokończynowe, hemiplegia, tetraplegia)	profil fizjoterapeutyczny	Świadczenia stacjonarne: <ul style="list-style-type: none"> Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu faza I Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu faza II Świadczenia dzienne <ul style="list-style-type: none"> Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego Świadczenia ambulatoryjne <ul style="list-style-type: none"> Fizjoterapia ambulatoryjna neurologiczna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego Świadczenia domowe <ul style="list-style-type: none"> Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego
	zaburzeniach dotyczące czynności życia codziennego	profil terapeuty zajęciowego profil fizjoterapeutyczny profil pielęgniarstwa	
	zaburzenia połykania	profil logopedyczny	
	zaburzenia mowy	profil logopedyczny	
	zaburzenia funkcji poznawczych (m.in. dotyczące pamięci, nauki, języka i wnioskowania), zaburzenia emocjonalne i behawioralne	profil psychologiczny	
zaburzenia zwieraczy	profil fizjoterapeutyczny profil pielęgniarstwa		
Pacjent z zaburzeniami funkcjonalnymi na poziomie rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych	niedowłady lub porażenia spastyczne lub wiotkie (porażenia jednokończynowe, paraplegia, tetraplegia)	profil fizjoterapeutyczny	Świadczenia stacjonarne: <ul style="list-style-type: none"> Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia i korzeni nerwowych faza I Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia i korzeni nerwowych faza II Świadczenia dzienne <ul style="list-style-type: none"> Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego
	zaburzeniach dotyczące czynności życia codziennego	profil terapeuty zajęciowego profil fizjoterapeutyczny profil pielęgniarstwa	
	zaburzenia emocjonalne i behawioralne	profil psychologiczny	
	zaburzenia zwieraczy	profil fizjoterapeutyczny profil pielęgniarstwa	

Profil pacjenta	Zaburzenia funkcjonalne - występujące razem lub osobno	Profil interwencji terapeutycznych	Nazwa świadczenia
			Świadczenia ambulatoryjne <ul style="list-style-type: none"> Fizjoterapia ambulatoryjna neurologiczna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego
			Świadczenia domowe <ul style="list-style-type: none"> Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego
Pacjent z zaburzeniami funkcjonalnymi na poziomie obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych	niedowłady lub porażenia wiotkie (mononeuropatia, polineuropatia), zaniki mięśniowe	profil fizjoterapeutyczny	Świadczenia stacjonarne: <ul style="list-style-type: none"> Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych faza I Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych faza II
	zaburzeniach dotyczące czynności życia codziennego	profil terapeuty zajęciowego profil fizjoterapeutyczny profil pielęgniarstwa	
	zaburzenia emocjonalne i behawioralne	profil psychologiczny	
	zaburzenia zwieraczy	profil fizjoterapeutyczny profil pielęgniarstwa	
			Świadczenia dzienne <ul style="list-style-type: none"> Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego
			Świadczenia ambulatoryjne <ul style="list-style-type: none"> Fizjoterapia ambulatoryjna neurologiczna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego
			Świadczenia domowe <ul style="list-style-type: none"> Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego

Tabela 13 Profile pacjenta neurologicznego w podziale na świadczenia

Nazwa świadczenia	Profil pacjenta – zaburzenia mogą występować opcjonalnie	Charakterystyka populacji docelowej
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zaburzenia funkcji mózgu: <ol style="list-style-type: none"> a) niedowład lub porażenia spastyczne (porażenia jednokończynowe, hemiplegia, tetraplegia) b) zaburzenia dotyczące czynności życia codziennego c) zaburzenia połykania d) zaburzenia mowy e) zaburzenia funkcji poznawczych (m.in. dotyczące pamięci, nauki, języka i wnioskowania), f) zaburzenia emocjonalne i behawioralne g) zaburzenia zwieraczy 2. wymaga całodobowej opieki medycznej 	<p>potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej oraz</p> <p>zmodyfikowana skala Rankina - 4-5 stopień - Osoba niepełnosprawna w bardzo ciężkim stopniu, całkowicie zależny od otoczenia, Konieczna stała pomoc drugiej osoby</p> <p>oraz</p> <p>Skala Barthel ADL 0-6 pkt. – stan ciężki, pacjent całkowicie niesamodzielny, wymagający opieki przez całą dobę przy wszystkich czynnościach życia codziennego</p> <p>lub</p> <p>zaburzenie co najmniej jednej funkcji w stopniu ciężkim uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w sytuacjach codziennych: Zaburzenia mowy, lub językowe, lub komunikacji interpersonalnej, lub systemów uwagi, lub funkcji pamięciowych, lub apraksje, lub agnozje, lub programowania i kontroli świadomych zachowań celowych, lub emocjonalno – osobowościowe, lub połykania</p> <p>oraz</p> <p>pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub wypisu po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych lub z zakładu realizującego program zdrowotny – leczenie dorosłych chorych ze śpiączką.</p>
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zaburzenia funkcji mózgu: <ol style="list-style-type: none"> a) niedowład lub porażenia spastyczne (porażenia jednokończynowe, hemiplegia, tetraplegia) b) zaburzenia dotyczące czynności życia codziennego c) zaburzenia połykania d) zaburzenia mowy e) zaburzenia funkcji poznawczych (m.in. dotyczące pamięci, nauki, języka i wnioskowania), f) zaburzenia emocjonalne i behawioralne g) zaburzenia zwieraczy 2. wymaga całodobowej opieki medycznej 	<p>potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej oraz</p> <p>zmodyfikowana skala Rankina - 3-4 stopień - Osoba niepełnosprawna w dość ciężkim stopniu. Objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie. Nie jest konieczna ciągła opieka i pomoc osoby drugiej lub Osoba niepełnosprawna w bardzo ciężkim stopniu. Świadczenioborca całkowicie zależny od otoczenia. Konieczna stała pomoc drugiej osoby</p> <p>oraz</p> <p>skala Barthel ADL - liczba punktów 7-14 – stan pacjenta “średnio ciężki”, częściowo potrzebuje pomocy przy niektórych czynnościach życia codziennego</p> <p>lub</p> <p>skala MRC – ocena stanu funkcjonalnego - stopień <5, gdzie 5 oznacza pacjenta, który wymaga wsparcia w chodzeniu na odległość 5 m; ma wyraźne upośledzenie motoryki i czucia, 4 - ciężką niepełnosprawność; pacjent jest w stanie chodzić na odległość > 10 m przy pomocy np. laski, kuli; siła mięśni osłabiona wg MRC - stopień 4 oceny siły mięśni (skurcz mięśni może nadal poruszać stawem przeciw oporowi) i upośledzenie czucia, 3 – to umiarkowana niepełnosprawność; pacjent pokonuje dystans na odległość > 50 m bez pomocy; umiarkowane osłabienie siły mięśniowej wg MRC - stopień 4 oceny siły mięśni i upośledzenie czucia, 2 - to niewielka niepełnosprawność; pacjent pokonuje dystans na odległość > 200 m; łagodne osłabienie jednej lub więcej kończyn i upośledzenie czucia</p> <p>oraz</p>

Nazwa świadczenia	Profil pacjenta – zaburzenia mogą występować opcjonalnie	Charakterystyka populacji docelowej
		<p>zaburzenia funkcji w umiarkowanym nasileniu zakłócające wyraźnie codzienne funkcjonowanie; lub zaburzenie funkcji w stopniu ciężkim uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w sytuacjach codziennych oraz</p> <p>pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od:</p> <ol style="list-style-type: none"> wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub wypisu po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych, lub bezpośrednio po zakończeniu kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I, lub wypisu z zakładu realizującego program zdrowotny – leczenie dorosłych chorych ze śpiączką.
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I	<ol style="list-style-type: none"> Zaburzenia funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych: <ol style="list-style-type: none"> niedowład lub porażenia spastyczne lub wiotkie (porażenia jednokończynowe, paraplegia, tetraplegia) zaburzenia dotyczące czynności życia codziennego zaburzenia emocjonalne i behawioralne zaburzenia zwieraczy wymaga całodobowej opieki medycznej 	<p>potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej oraz</p> <p>zmodyfikowana skala Rankina - 4-5 stopień - Osoba niepełnosprawna w bardzo ciężkim stopniu, całkowicie zależny od otoczenia, Konieczna stała pomoc drugiej osoby oraz</p> <p>skala Barthel ADL 0-6 pkt. – stan ciężki, pacjent całkowicie niesamodzielny, wymagający opieki przez całą dobę przy wszystkich czynnościach życia codziennego oraz</p> <p>pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu:</p> <ol style="list-style-type: none"> z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych.
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza II	<ol style="list-style-type: none"> Zaburzenia funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych: <ol style="list-style-type: none"> niedowład lub porażenia spastyczne lub wiotkie (porażenia jednokończynowe, paraplegia, tetraplegia) zaburzenia dotyczące czynności życia codziennego zaburzenia emocjonalne i behawioralne zaburzenia zwieraczy wymaga całodobowej opieki medycznej 	<p>potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej oraz</p> <p>zmodyfikowana skala Rankina - 3-4 stopień –</p> <ul style="list-style-type: none"> osoba niepełnosprawna w średnim stopniu. objawy znacznie zmieniają dotychczasowy tryb życia i uniemożliwiają całkowicie niezależne funkcjonowanie, lub osoba niepełnosprawna w dość ciężkim stopniu. objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie. nie jest konieczna ciągła opieka i pomoc osoby drugiej lub osoba niepełnosprawna w bardzo ciężkim stopniu. Świadczeniobiorca całkowicie zależny od otoczenia. Konieczna stała pomoc drugiej osoby <p>oraz</p> <p>skala Barthel ADL - liczba punktów 7-14 – stan pacjenta “średnio ciężki”, częściowo potrzebuje pomocy przy niektórych czynnościach życia codziennego stan, oraz</p>

Nazwa świadczenia	Profil pacjenta – zaburzenia mogą występować opcjonalnie	Charakterystyka populacji docelowej
		<p>skala MRC – ocena stanu funkcjonalnego - stopień 5 – 8, gdzie 5 oznacza pacjenta, który wymaga wsparcia w chodzeniu na odległość 5 m; ma wyraźne upośledzenie motoryki i czucia, 6 - pacjenta który nie może chodzić na odległość 5 m, może stać bez wsparcia i być w stanie przenieść się na wózek inwalidzki, zdolny do samodzielnego jedzenia, 7 - pacjent obłożnie chory, ciężki niedowład czterokończynowy, maksymalna siła mięśniowa wg MRC - stopień 3 oceny siły mięśni (mięśnie osłabione, zdolne do wykonania ruchu przeciwko grawitacji), 8 – pacjent pod respiratorem i / lub ciężki niedowład czterokończynowy, mięśnie wykonują minimalny ruch w warunkach odciążenia</p> <p>oraz</p> <p>pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od:</p> <ol style="list-style-type: none"> wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub wypisu po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych, lub po zakończeniu kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I.
<p>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I</p>	<ol style="list-style-type: none"> Zaburzenia funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych: <ol style="list-style-type: none"> niedowład lub porażenia wiotkie (mononeuropatia, polineuropatia), zaniki mięśniowe zaburzenia dotyczące czynności życia codziennego zaburzenia emocjonalne i behawioralne zaburzenia zwieraczy wymaga całodobowej opieki medycznej 	<p>potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej</p> <p>oraz</p> <p>zmodyfikowana skala Rankina - 4-5 stopień - Osoba niepełnosprawna w bardzo ciężkim stopniu, całkowicie zależny od otoczenia, Konieczna stała pomoc drugiej osoby</p> <p>oraz</p> <p>skala Barthel ADL 0-6 pkt. – stan ciężki, pacjent całkowicie niesamodzielny, wymagający opieki przez całą dobę przy wszystkich czynnościach życia codziennego</p> <p>oraz</p> <p>pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu:</p> <ol style="list-style-type: none"> z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych
<p>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II</p>	<ol style="list-style-type: none"> Zaburzenia funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych: <ol style="list-style-type: none"> niedowład lub porażenia wiotkie (mononeuropatia, polineuropatia), zaniki mięśniowe zaburzenia dotyczące czynności życia codziennego zaburzenia emocjonalne i behawioralne zaburzenia zwieraczy wymaga całodobowej opieki medycznej 	<p>potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej</p> <p>oraz</p> <p>zmodyfikowana skala Rankina - 3-4 stopień</p> <ul style="list-style-type: none"> osoba niepełnosprawna w średnim stopniu. objawy znacznie zmieniają dotychczasowy tryb życia i uniemożliwiają całkowicie niezależne funkcjonowanie, lub osoba niepełnosprawna w dość ciężkim stopniu. Objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie. nie jest konieczna ciągła opieka i pomoc osoby drugiej lub osoba niepełnosprawna w bardzo ciężkim stopniu. Świadczeniobiorca całkowicie zależny od otoczenia. Konieczna stała pomoc drugiej osoby <p>oraz</p> <p>skala Barthel ADL - liczba punktów 7-14 – stan pacjenta “średnio ciężki”, częściowo potrzebuje pomocy przy niektórych czynnościach życia codziennego stan,</p> <p>oraz</p>

Nazwa świadczenia	Profil pacjenta – zaburzenia mogą występować opcjonalnie	Charakterystyka populacji docelowej
		<p>skala MRC – ocena stanu funkcjonalnego - stopień 5 – 8, gdzie 5 oznacza pacjenta, który wymaga wsparcia w chodzeniu na odległość 5 m; ma wyraźne upośledzenie motoryki i czucia, 6 - pacjenta, który nie może chodzić na odległość 5 m, może stać bez wsparcia i być w stanie przenieść się na wózek inwalidzki, zdolny do samodzielnego jedzenia, 7 - pacjent obłożnie chory, ciężki niedowład czterokończynowy, maksymalna siła mięśniowa wg MRC - stopień 3 oceny siły mięśni (mięśnie osłabione, zdolne do wykonania ruchu przeciwko grawitacji), 8 – pacjent pod respiratorem i / lub ciężki niedowład czterokończynowy, mięśnie wykonują minimalny ruch w warunkach odciążenia, liczba punktów 5 – 8 suma w poszczególnych grupach mięśniowych, siła mięśni umożliwiająca np. ruch w odciążeniu, siła badanych mięśni nieprawidłowa oraz</p> <p>pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od:</p> <ol style="list-style-type: none"> wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub wypisu po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych, lub po zakończeniu kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I.
Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	<ol style="list-style-type: none"> Zaburzenia układu nerwowego: <ol style="list-style-type: none"> niedowłady lub porażenia spastyczne lub wiotkie zaburzenia dotyczące czynności życia codziennego zaburzenia emocjonalne i behawioralne, zaburzenia zwieraczy nie wymaga całodobowej opieki medycznej 	<ol style="list-style-type: none"> Pacjenci spełniający łącznie 4 kryteria: <ol style="list-style-type: none"> potrzeba realizacji rehabilitacji w ośrodku dziennym potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z ośrodka rehabilitacji dziennej, rozpoznanie medyczne wg ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń rehabilitacji neurologicznej w ramach kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej (zawarta w tabeli poniżej), porażenia lub niedowłady będące skutkiem uszkodzeń układu nerwowego lub zaburzenia funkcji poznawczo – behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania – po nabytych uszkodzeniach mózgu - co najmniej jedno zaburzenie funkcji w stopniu ciężkim uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w sytuacjach codziennych na poziomie 3-4, pacjent bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od dnia zakończenia leczenia - po przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego: <ol style="list-style-type: none"> w oddziale leczenia ostrej fazy choroby, lub w rehabilitacji stacjonarnej – w ramach kontynuacji leczenia, lub wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby, lub dotatkowo w przypadku pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi lub podobnymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego po zaostrzeniu / rzucie choroby.
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	<ol style="list-style-type: none"> Zaburzenia układu nerwowego: <ol style="list-style-type: none"> niedowłady lub porażenia spastyczne lub wiotkie, neuropatie, zaburzenia dotyczące czynności życia codziennego 	<ol style="list-style-type: none"> w stanach pourazowych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, lub w stanach pooperacyjnych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, lub w sytuacjach mających na celu przygotowanie do zaplanowanych zabiegów chirurgicznych lub neurochirurgicznych.

Nazwa świadczenia	Profil pacjenta – zaburzenia mogą występować opcjonalnie	Charakterystyka populacji docelowej
Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zaburzenia układu nerwowego: <ol style="list-style-type: none"> c) niedowłady lub porażenia spastyczne d) zaburzenia dotyczące czynności życia codziennego 2. Nie wymaga całodobowej opieki medycznej, 3. Brak możliwości samodzielnego poruszania się i dotarcia na rehabilitację 	<ol style="list-style-type: none"> 1. zmodyfikowana skala Rankina - 4-5 stopień, <ol style="list-style-type: none"> a) Osoba niepełnosprawna w dość ciężkim stopniu. Objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie. Nie jest konieczna ciągła opieka i pomoc osoby drugiej, lub b) Osoba niepełnosprawna w bardzo ciężkim stopniu. Świadczeniobiorca całkowicie zależny od otoczenia. Konieczna stała pomoc drugiej osoby 2. Pacjent z uszkodzeniem układu nerwowego o różnej etiologii, 3. Pacjent do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia układu nerwowego.

Źródło: Opracowanie AOTMiT

Tabela 14. Specyfikacja interwencji realizowanych w poszczególnych poziomów opieki

Interwencje w rehabilitacji neurologicznej		Miejsca udzielania świadczeń w rehabilitacji neurologicznej		
Profile	Rodzaj interwencji	Oddział kompleksowej rehabilitacji stacjonarnej neurologicznej	Ośrodek kompleksowej rehabilitacji dziennej	Pracownia fizjoterapii
Lekarski	Konsultacja lekarska	✓	✓	
	Porada kwalifikacyjna	✓	✓	
	Porada lekarska	✓	✓	
	Opieka lekarska	✓	✓	
Fizjoterapeutyczny	Konsultacja fizjoterapeutyczna	✓	✓	✓
	Wizyta fizjoterapeutyczna	✓	✓	✓
	Wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna			✓
	Fizjoterapia indywidualna	✓	✓	✓
	Funkcjonalny trening medyczny	✓	✓	✓
Dietetyczny	Konsultacja dietetyka	✓	✓	
	Edukacja dietetyczna			
Logopedyczny	Konsultacja logopedyczna	✓	✓	
	Terapia logopedyczna	✓	✓	
Psychologiczny	Konsultacja psychologiczna	✓	✓	
	Terapia psychologiczna	✓	✓	
Terapeuty zajęciowego	Konsultacja terapeuty zajęciowego	✓	✓	
	Terapia zajęciowa	✓	✓	
Pielęgniarski	Opieka pielęgniarska	✓	✓	

Interwencje w rehabilitacji neurologicznej		Miejsca udzielania świadczeń w rehabilitacji neurologicznej		
Profile	Rodzaj interwencji	Oddział kompleksowej rehabilitacji stacjonarnej neurologicznej	Ośrodek kompleksowej rehabilitacji dziennej	Pracownia fizjoterapii
Poziom opieki: Całodobowa opieka lekarska i pielęgniarska		✓		

Źródło: Opracowanie AOTMiT

Tabela 15. Specyfikacja interwencji realizowanych w poszczególnych świadczeniach dedykowanych dla rehabilitacji neurologicznej

Interwencje w rehabilitacji neurologicznej		Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej				Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej	Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej	Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej	
Profile	Rodzaj interwencji	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu		Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia i korzeni nerwowych		Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych	Kompleksowa rehabilitacja dziennej dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	Fizjoterapia ambulatoryjna neurologiczna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego
		Faza I	Faza II	Faza I	Faza II	Faza I	Faza II		
Lekarski	Konsultacja lekarska	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
	Porada kwalifikacyjna	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
	Porada lekarska	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
	Opieka lekarska	✓	✓	✓	✓		✓		
Fizjoterapeutyczny	Konsultacja fizjoterapeutyczna	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Wizyta fizjoterapeutyczna	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna							✓	✓
	Fizjoterapia indywidualna	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Funkcjonalny trening medyczny	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Dietetyczny	Konsultacja dietetyka	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
	Edukacja dietetyczna								
Logopedyczny	Konsultacja logopedyczna	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
	Terapia logopedyczna	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Psychologiczny	Konsultacja psychologiczna	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
	Terapia psychologiczna	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

Interwencje w rehabilitacji neurologicznej		Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej						Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej	Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej	Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej
Profile	Rodzaj interwencji	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu		Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia i korzeni nerwowych		Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych		Kompleksowa rehabilitacja dziennej dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	Fizjoterapia ambulatoryjna neurologiczna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego
		Faza I	Faza II	Faza I	Faza II	Faza I	Faza II			
Terapeuty zajęciowego	Konsultacja terapeuty zajęciowego	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
	Terapia zajęciowa	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Pielęgniarski	Opieka pielęgniarska	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Całodobowa opieka lekarska i pielęgniarska		✓	✓	✓	✓	✓	✓			

Źródło: Opracowanie AOTMiT

Opis proponowanych skal medycznych

Skale medyczne lub inne klasyfikacje w poszczególnych poziomach opieki:

1) Rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:

a) **Skala dla typowych czynności dnia codziennego - Barthel ADL** – jest jedną ze skal ADL (Activities of Daily Living Index - Aktywności Życia Codziennego), to międzynarodowa skala stosowana do oceny sprawności ruchowej chorych, pomaga określić i opisać, jakie czynności chory może wykonywać sam i w jakim zakresie potrzebuje pomocy. Ocenia ona 10 czynności:

- 1) kontrola zwieraczy odbytu
- 2) kontrola zwieraczy pęcherza
- 3) dbałość o własną osobę
- 4) korzystanie z toalety
- 5) jedzenie
- 6) przesiadanie się
- 7) poruszanie się
- 8) ubieranie się
- 9) chodzenie po schodach
- 10) kąpiel

przypisując im odpowiednie wartości, pozwala na określenie stopnia samodzielności pacjenta.

Na skalę Barthel składa się dziesięć czynności dnia codziennego. Przy każdej z czynności przyznaje się punkty (można wybrać tylko jedną opcję), które na koniec należy zliczyć. Opracowano ją ponad 50 lat temu w celu oceny klinicznej wyników leczenia osób, które doznały udaru. Obecnie stosowana jest w wielu innych schorzeniach, np. u osób z chorobami neurologicznymi oraz chorobami układu kostnowęzowego.

Na potrzeby rehabilitacji przyjęto 20-punktową skalę, gdzie wartość:

0-6 pkt. – określa stan pacjenta, jako ciężki, pacjent całkowicie niesamodzielny, wymagający opieki przez całą dobę przy wszystkich czynnościach życia codziennego, np. to pacjent leżący, wymaga pomocy przy jedzeniu lub wymaga pomocy przy przesiadaniu się na wózek.

7-14 pkt. - stan pacjenta "średnio ciężki", częściowo potrzebuje pomocy przy niektórych czynnościach życia codziennego, np. chodzi z pomocą drugiej osoby, korzysta z toalety z pomocą, może jeść samodzielnie, potrafi samodzielnie korzystać z wózka, nie chodzi po schodach, wymaga pomocy przy kąpiel, ubieraniu się i jedzeniu.

pow. 14 pkt. - nie potrzebuje pomocy przy czynnościach życia codziennego, lub wymaga niewielkiej pomocy np. asekuracja innej osoby przy chodzeniu po schodach, kąpiel.

Do rehabilitacji kwalifikuje stan pacjenta oceniany od 0-6 pkt. oraz od 7-14 pkt.

b) **Skala Glasgow GCS (Glasgow Coma Scale)** - jest używana w medycynie w celu oceny poziomu i stanu świadomości chorych po urazach mózgu. Oceniane jest otwieranie oczu, kontakt słowny oraz reakcja ruchowa.

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

Do rehabilitacji kwalifikuje stan pacjenta oceniany powyżej 8 pkt.

c) **Skala MRC (Medical Research Council Scale)** - jest to skala składająca się z dwóch części. Jedna z nich określa ocenę siły mięśniowej w 6 - stopniowej skali, a drugą część stanowi 10 - poziomowa

kliniczna skala stosowana do oceny funkcjonalnej. Poziom 0 oznacza stan normalny (bez zaburzeń), poziom 9 oznacza pacjentów z respiratorem i porażeniem czterokończynowym, a poziom 10 śmierć.

Kliniczna skala oceny stanu funkcjonalnego pacjenta od 0 do 10 stopni:

Stopień 0: prawidłowy.

Stopień 1: brak niepełnosprawności; niewielkie zaburzenia czucia lub arefleksja.

Stopień 2: niewielka niepełnosprawność; pacjent pokonuje dystans na odległość > 200 m; łagodne osłabienie jednej lub więcej kończyn i upośledzenie czucia.

Stopień 3: umiarkowana niepełnosprawność; pacjent pokonuje dystans na odległość > 50 m bez pomocy; umiarkowane osłabienie siły mięśniowej wg MRC - stopień 4 oceny siły mięśni i upośledzenie czucia.

Stopień 4: ciężka niepełnosprawność; pacjent jest w stanie chodzić na odległość > 10 m przy pomocy np. laski, kuli; motoryka osłabiona wg MRC - stopień 4 oceny siły mięśni i upośledzenie czucia.

Stopień 5: wymaga wsparcia w chodzeniu na odległość 5 m; wyraźne upośledzenie motoryki i czucia.

Stopień 6: nie może chodzić na odległość 5 m, może stać bez wsparcia i być w stanie przenieść się na wózek inwalidzki, zdolny do samodzielnego jedzenia.

Stopień 7: obłożnie chory, ciężki niedowład czterokończynowy, maksymalna siła mięśniowa wg MRC - stopień 3 oceny siły mięśni.

Stopień 8: respirator i / lub ciężki niedowład czterokończynowy; maksymalna wytrzymałość mięśni wg MRC - stopień 2 oceny siły mięśni.

Stopień 9: respirator i tetraplegia.

Stopień 10: śmierć.

Ocena siły mięśniowej w skali od 0 do 5:

Stopień 5: Mięśnie kurczą się normalnie przeciwko pełnemu oporowi.

Stopień 4: Siła mięśni jest zmniejszona, ale skurcz mięśni może nadal poruszać stawem przeciw oporowi.

Stopień 3: Wytrzymałość mięśni jest dodatkowo zmniejszona, zdolny do wykonania ruchu w zachowanym zakresie ruchu, przeciwko sile grawitacji, bez oporu. Przykładowo, łokieć można przesunąć z pełnego przedłużenia do pełnego zgięcia zaczynając od zwisającego z boku ramienia.

Stopień 2: Mięśnie mogą poruszać się tylko wtedy, gdy opór grawitacji zostanie usunięty. Na przykład, łokieć można całkowicie zgiąć tylko wtedy, gdy ramię jest utrzymywane w płaszczyźnie poziomej.

Stopień 1: Widoczny lub odczuwany jest tylko ślad lub migotanie mięśni lub widoczne są drgania w mięśniach.

Stopień 0: Nie obserwuje się ruchu.

Do rehabilitacji kwalifikuje stan pacjenta oceniany na 5 – 8 stopień lub poniżej 5 stopnia oceny stanu funkcjonalnego (w zależności od świadczeń).

- d) **Skala oparta na skali Rankina** - pozwala na ocenę stopnia niepełnosprawności pacjenta w 5 stopniowej skali, dotyczy głównie funkcji lokomocji i stopnia zależności od osób trzecich, gdzie 5 oznacza osobę z niepełnosprawnością w bardzo ciężkim stopniu, a 0 pacjenta, który nie zgłasza skarg. Skala jest mało czuła, ale bardzo prosta w użyciu i przydatna we wstępnej, ogólnej ocenie chorego.

Do rehabilitacji kwalifikuje stan pacjenta oceniany na 3 lub 4 lub 5 stopień (w zależności od świadczeń).

- e) **Zaburzenia funkcji poznawczo – behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania – po nabytych uszkodzeniach mózgu** – jest to klasyfikacja określająca typ dysfunkcji i skalę głębokości zaburzenia pacjentów dorosłych, zastosowana w zarządzeniu Prezesa NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w celu kwalifikowania zakończonej hospitalizacji do jednej z grup JGP w rehabilitacji neurologicznej, pozwala określić w 4-stopniowej skali nasilenia objawów związanych m.in. z zaburzeniami mowy, języka, komunikacji, funkcji pamięciowych itp.

Skala opisu głębokości deficytu:

0 – brak zaburzeń;

- 1 - śladowe zaburzenia funkcji, ale niewpływające zasadniczo na funkcjonowanie w codziennych sytuacjach życiowych;
- 2 – lekkie zaburzenia funkcji wpływające na funkcjonowanie w codziennych sytuacjach życiowych;
- 3 – zaburzenia funkcji w umiarkowanym nasileniu zakłócające wyraźnie codzienne funkcjonowanie;
- 4 – zaburzenie funkcji w stopniu ciężkim uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w sytuacjach codziennych.

Do rehabilitacji kwalifikuje stan pacjenta oceniany na skali na 4 w co najmniej jednym zaburzeniu.

2) W fizjoterapii domowej:

a) Skala oparta na skali Rankina.

Do rehabilitacji kwalifikuje stan pacjenta oceniany na 4-5 stopień.

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. 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 rozpoznaniami 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. Odzwierciedleniem takiego podejścia koszykowego jest również brak wyodrębnionych świadczeń pod kątem potrzeb rehabilitacyjnych pacjenta np. inne jest zapotrzebowanie na świadczenia dla osoby po udarze lub po endoprotezoplastyce profilu.

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. Rozpoznanie zasadnicze będą określały wyjściową przyczynę hospitalizacji pozwalając na śledzenie ścieżki pacjenta od oddziału fazy ostrej do rehabilitacji. Natomiast zrezygnowano z dwóch pozostałych kategorii rozpoznań, przy czym rozpoznaniu współistniejącym z tzw. listy chorób współistniejących dla rehabilitacji stacjonarnej, które uznano za w większości przypadków niepowiązane z rzeczywistymi wyższymi kosztami hospitalizacji pacjenta postanowiono zastąpić świadczeniami do sumowania, które odnoszą się do precyzyjnie zdefiniowanych, obiektywnych czynników mających wpływ na koszt pobytu pacjenta (szerzej na ten temat będzie mowa w pkt Produkty do sumowania).

W ramach przygotowania nowego podejścia do rozpoznań eksperci wyselekcjonowali bardzo szeroką listę rozpoznań, które zostały poddane analizie pod kątem potrzeby rehabilitacji neurologicznej pacjentów cierpiących na daną jednostkę chorobową. Proces selekcji rozpoznań był prowadzony w formie kilku wielogodzinnych dyskusji podczas, których każde z potencjalnych rozpoznań było analizowane przez kilkusobowy zespół klinicystów z wieloletnim doświadczeniem w rehabilitacji neurologicznej. Rozpoznanie były przyporządkowane do następujących grup: rozpoznania mózgowe, rdzeniowe, obwodowe, pediatryczne oraz rozpoznania dla rehabilitacji ogólnoustrojowej. Dodatkowo rozpoznania były analizowane pod względem tego czy rehabilitacja w danym przypadku może dotyczyć tylko I fazy, tylko II fazy lub obu faz albo ewentualnie tylko rehabilitacji w oddziale stacjonarnym rehabilitacji ogólnoustrojowej.

Końcowym wynikiem prowadzonych prac jest lista rozpoznań przyporządkowanych do poszczególnych grup rehabilitowanych neurologicznie pacjentów (Załącznik 1).

Procedury medyczne wg ICD-9

Procedury medyczne ICD-9, podobnie jak w rozpoznania medyczne, stanowią zbiór różnych procedur np. fizjoterapeutycznych, psychologicznych, diagnostycznych, wskazany dla rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie rehabilitacji leczniczej. Tutaj również zostały ICD-9 posegregowane na potrzeby NFZ do poszczególnych produktów rozliczeniowych.

W pozostałych zakresach świadczeń stacjonarnych czy dziennych, koszyk nie wskazuje procedur ICD-9 dla poszczególnych profili terapeutycznych.

W ramach ustalania kształtu świadczeń gwarantowanych z rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej oraz pozostałych zakresach świadczeń, w których realizowano leczenie pacjentów „neurologicznych”, przeanalizowano procedury, które są obecnie wymagane do rozliczania świadczeń z rehabilitacji neurologicznej w produktach z grupy JGP: RNM, RNR, RNO, a także RON i ROC oraz innych produktach rozliczeniowych np. osobodniach w zakresach dziennych, ambulatoryjnych i domowych. Procedury te zostały przeanalizowane przez przedstawicieli lekarzy, fizjoterapeutów, psychologów klinicznych, neurologopedów, terapeutów zajęciowych. W wyniku tego procesu usunięto z listy szereg procedur, które zostały uznane za niecelowe dla pacjentów rehabilitowanych neurologicznie, a równocześnie dodano szereg innych procedur, które uznano za niezbędne. Znaczna część zaproponowanych procedur nie ma swoich odpowiedników w istniejącym obecnie wykazie procedur ICD – 9, w związku z powyższym jednym z postulatów projektu będzie propozycja rozszerzenia listy ICD-9 o nowe procedury. Największe zmiany są postulowane w zakresie procedur psychologicznych i diagnostycznych, ale także neurologopedycznych, terapii zajęciowej oraz procedur fizykoterapeutycznych.

Uznano, że procedury nie będą przyporządkowywane do poszczególnych świadczeń, lecz będą mogły być wykonywane w zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta we wszystkich realizowanych świadczeniach (Załącznik 3).

2.3. Rekomendacje i wytyczne kliniczne

2.3.1. Opis metodyki

W dniach 23 listopada – 6 grudnia 2018 r. przeszukano strony internetowe polskich oraz zagranicznych i międzynarodowych towarzystw naukowych, organizacji i instytucji zajmujących się rehabilitacją oraz chorobami układu nerwowego, a także strony internetowe wybranych organizacji zajmujących się HTA i EBM w celu odnalezienia dokumentów zawierających aktualne zalecenia dotyczące rehabilitacji neurologicznej. Ze względu na ograniczoną ilość wytycznych dotyczących rehabilitacji neurologicznej, wyszukiwaniem objęto także zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w poszczególnych schorzeniach o podłożu neurologicznym.

Przeprowadzono również wyszukiwanie wolnotekstowe z wykorzystaniem słów kluczowych: „*neurological rehabilitation*”, „*rehabilitation*”, „*physiotherapy*”, „*neurorehabilitation*”, „*guidelines*”, „*recommendations*” oraz nazwy poszczególnych chorób neurologicznych.

Wyszukiwaniem objęto lata 2003–2018, uwzględniając wyłącznie publikacje w językach polskim i angielskim. Wyszukiwanie przeprowadziło 6 analityków, w kolejnym etapie prace były poddawane szczegółowej analizie, a w kwestiach wątpliwych dążono do konsensusu lub zasięgnięto opinii osoby trzeciej.

W wyniku prac znaleziono 81 dokumentów, z których w 23 nie zidentyfikowano informacji odnośnie do rehabilitacji pacjentów. W opracowaniu uwzględniono ostatecznie 58 dokumentów, w tym: 53 dokumenty wytycznych postępowania klinicznego, 2 dokumenty opisujące standardy opieki oraz 2 artykuły opisujące zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego i 1 przegląd zaleceń. Publikacje poddano ocenie pod kątem jakości metodologicznej zgodnie z wymaganiami domeny 3. narzędzia AGREE II. Spośród poddanych ocenie publikacji większość została oceniona, jako publikacje o dostatecznej jakości (wynik w Domenie 3 wynosił ponad 40%), ocenę dobrą (powyżej 70%) otrzymało kilkanaście publikacji. Szczegóły przedstawiono w punkcie dotyczącym *Ograniczeń analizy*.

2.3.2. Zestawienie projektów świadczeń rehabilitacji neurologicznej z wytycznymi praktyki klinicznej

Zakres projektowanych świadczeń rehabilitacji neurologicznej w większości znajduje potwierdzenie w odnalezionych wytycznych praktyki klinicznej. Należy jednak zaznaczyć, iż większość zaleceń referencyjnych wskazuje na szerszy zakres świadczeń rehabilitacyjnych u pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi niż proponowany w projektowanych świadczeniach. W szczególności dotyczy to zapewnienia opieki multidyscyplinarnej na każdym etapie opieki rehabilitacyjnej.

W odniesieniu do zakresu poszczególnych projektowanych świadczeń rehabilitacji neurologicznej zalecenia referencyjne rekomendują dodatkowo (w zależności od choroby i stanu pacjenta):

1. W zakresie świadczenia fizjoterapii domowej dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu:
 - terapię poznawczo-behawioralną,
 - terapię psychologiczną (obejmująca rehabilitację kognitywną),
 - terapię logopedyczną,
 - terapię zajęciową (w tym wsparcie w powrocie do pracy zawodowej),
 - opiekę dietetyka,
 - opiekę paliatywną,
 - możliwość zapewnienia rehabilitacji w formie telerehabilitacji,
 - pacjenci powinni być kwalifikowani do rehabilitacji domowej, tylko, gdy możliwe jest zapewnienie im opieki multidyscyplinarnej;
2. W zakresie świadczenia fizjoterapii domowej dla pacjentów z uszkodzeniami CUN:
 - terapię psychologiczną;
3. W zakresie świadczenia opieka lekarska rehabilitacyjna:
 - wielodyscyplinarną ocenę pod kątem upośledzenia czynnościowego;
 - regularną ocenę skutków leczenia.
4. W zakresie świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów z chorobami układu nerwowego:
 - terapię poznawczo-behawioralną,

- terapię psychologiczną,
 - terapię logopedyczną,
 - terapię zajęciową,
 - opiekę dietetyka,
 - zaangażowanie pracownika socjalnego (zapewnienie adaptacji środowiskowej i rehabilitacji społecznej),
 - niezbędną edukację oraz wsparcie dla pacjenta i jego rodziny,
 - opiekę paliatywną;
5. W zakresie świadczenia kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii:
- opiekę dietetyka,
 - okresową ocenę skuteczności leczenia,
 - udział koordynatora w procesie rehabilitacji,
 - konsultacje lekarzy specjalistów (np. neurologa, pulmonologa itp.),
 - wykorzystanie telemedycyny;
6. W zakresie świadczenia kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN oraz podobnymi uszkodzeniami OUN:
- opiekę dietetyka,
 - okresową ocenę skuteczności leczenia,
 - konsultację psychiatryczną,
 - udział koordynatora w procesie rehabilitacji,
 - trening oparty na uważności,
 - terapię poznawczo-behawioralną,
 - wykorzystanie telemedycyny;
7. W zakresie świadczenia kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów w zaburzeniami funkcji mózgu:
- opiekę dietetyka,
 - okresową ocenę skuteczności leczenia,
 - udział koordynatora w procesie rehabilitacji,
 - opiekę paliatywną,
 - zaangażowanie pracownika socjalnego (zapewnienie adaptacji środowiskowej i rehabilitacji społecznej),
 - niezbędną edukację oraz wsparcie dla pacjenta i jego rodziny,
 - terapię poznawczo-behawioralną;
8. W zakresie świadczenia kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych:
- opiekę dietetyka,
 - okresową ocenę skuteczności leczenia,
 - udział koordynatora w procesie rehabilitacji,
 - opiekę paliatywną,
 - zaangażowanie pracownika socjalnego (zapewnienie adaptacji środowiskowej i rehabilitacji społecznej),
 - niezbędną edukację oraz wsparcie dla pacjenta i jego rodziny,
 - terapię poznawczo-behawioralną;
9. W zakresie świadczenia kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji OUN i dystrofii mięśniowych:
- opiekę dietetyka,
 - okresową ocenę skuteczności leczenia,
 - udział koordynatora w procesie rehabilitacji,
 - opiekę paliatywną,
 - zaangażowanie pracownika socjalnego (zapewnienie adaptacji środowiskowej i rehabilitacji społecznej),
 - niezbędną edukację oraz wsparcie dla pacjenta i jego rodziny,
 - terapię poznawczo-behawioralną;

Jednocześnie, odnaleziono wytyczne praktyki klinicznej kładą nacisk na indywidualizowane podejście do rehabilitacji pacjentów z chorobami neurologicznymi oraz podkreślają, iż skierowanie na rehabilitację uwzględniać powinno przede wszystkim stan fizyczny, poznawczy i emocjonalny pacjenta, a nie rozpoznanie zasadnicze będące powodem wystawienia skierowania. Należy tu zwrócić szczególną uwagę na fakt, iż w przypadku niektórych chorób wymienionych w Załączniku nr 1, nie odnaleziono zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, które rekomendowałyby rehabilitację pacjentów. Wśród tych chorób znalazły się: Choroba Behçeta, kiła objawowa układu nerwowego, krwotok podpajęczynówkowy, zapalenie rdzenia i nerwów wzrokowych (Zespół Devica). Natomiast w przypadku wodogłowia oraz zapalenia mózgu, wymienionych w Załączniku nr 1, wytyczne podkreślają, iż podstawą do rehabilitacji jest stan okołoperacyjny lub wstąpienie deficytów neurologicznych u pacjenta.

Podkreślić również należy, iż nie odnaleziono wytycznych rekomendujących rehabilitację pacjentów po udarze mózgu w ramach rehabilitacji dziennej.

W tabeli 13. przedstawiono zestawienie proponowanych świadczeń rehabilitacji neurologicznej i odpowiadających im zidentyfikowanych publikacji naukowych (kolumna nr 3) wraz z opisanymi dowodami (kolumny 4-6). Dla każdej z odnalezionych publikacji wskazano zakres zbieżności z proponowanym świadczeniem (kolumna nr 4), a także zakres rozbieżności (kolumna nr 5), jeśli dotyczył. Ponadto w tabeli uwzględniono kolumnę nr 6 „Dodatkowe uwagi”, w której przedstawiono informacje uzupełniające dotyczące np. warunków realizacji danego świadczenia (np. miejsce i czas wykonywania świadczenia, osoby uprawnione itp.), które zidentyfikowano w analizowanych publikacjach.

Podkreślić należy, iż dla niektórych jednostek chorobowych np. Choroba Behçeta (M35.2) dla których opracowano świadczenia z zakresu rehabilitacji neurologicznej w opiniowanym projekcie, nie odnaleziono dokumentów wytycznych i zaleceń dedykowanych tej jednostce chorobowej. W takim przypadku w wierszu odpowiadającym danej chorobie pozostawiano komentarz „Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów (z Chorobą Behçeta).”

Tabela 16 Zestawienie projektowanych świadczeń rehabilitacji neurologicznej z odnalezionymi zaleceniami postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
1.	Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu				
1.1.1.	Udar mózgu	NSF 2010	<u>Kwalifikacja:</u> – rehabilitacja w warunkach domowych powinna być oferowana w miarę potrzeb wszystkim potrzebującym po udarze	<u>Zakres świadczenia:</u> – telemedycyna – pacjenci powinni być kwalifikowani do rehabilitacji domowej, tylko jeśli możliwe jest zapewnienie im opieki multidyscyplinarnej – po zakończeniu formalnej rehabilitacji, osoby niepełnosprawne powinny być poddane corocznemu badaniu kontrolnemu przez lekarza POZ lub fizjoterapeutę/lekarza rehabilitacji w celu oceny zasadności dalszej rehabilitacji – jeśli u pacjenta utrzymują się potrzeby rehabilitacyjne, należy zapewnić mu kontynuację usług terapeutycznych.	<u>Miejsce udzielania świadczeń:</u> – jeśli niemożliwa jest rehabilitacja w domu, leczenie w centrum rehabilitacyjnym
1.1.2.		NICE 2013	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia: • kinezyterapia	<u>Zakres świadczenia:</u> – terapia poznawczo-behawioralna; – terapia psychologiczna (rehabilitacja kognitywna); – terapia logopedyczna; – terapia zajęciowa (rehabilitacja zawodowa)	– rehabilitacja w domu powinna stanowić kontynuację rehabilitacji szpitalnej; <u>Zespół rehabilitacyjny:</u> – lekarz, – fizjoterapeuta – pielęgniarki, – terapeuta zajęciowy, – logopeda, – psycholog, – asystent osoby niepełnosprawnej, – pracownik socjalny. <u>Miejsce udzielania świadczeń:</u> – opieka w domu, – objęcie opieką środowiskową przez specjalistyczny zespół udarowy.
1.1.3.		AOTA 2015	– zindywidualizowany program rehabilitacji domowej	<u>Zakres świadczenia:</u> – terapia psychologiczna (terapia kognitywna), – terapia zajęciowa, – telerehabilitacja, – korzystanie z symulatorów w celu poprawy wykonywania czynności życia codziennego	—

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
1.1.4.		AHA/ASA 2015	—	—	– zalecany jak najszybszy wypis ze szpitala i kontynuowanie rehabilitacji w warunkach domowych.
1.1.5.		RCP 2016	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia: • kinezyterapia • fizykoterapia	<u>Zakres świadczenia:</u> – terapia poznawczo-behawioralna; – terapia psychologiczna; – terapia logopedyczna; – terapia zajęciowa (rehabilitacja zawodowa)	<u>Miejsce udzielania świadczeń:</u> – zapewnienie rehabilitacji w domu pacjenta lub domu opieki – zapewnienie dostępu do rehabilitacji szpitalnej dla wszystkich hospitalizowanych osób po udarze, – zalecane jest powiązanie świadczeń ambulatoryjnych i środowiskowych ze świadczeniami stacjonarnymi.
1.1.6.		AHA/ASA 2016	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia: • kinezyterapia	<u>Zakres świadczenia:</u> – terapia poznawczo-behawioralna; – udział dietytyka; – opieka paliatywna; – terapia psychologiczna (rehabilitacja kognitywna); – terapia logopedyczna; – terapia zajęciowa (rehabilitacja zawodowa)	– Zalecane zapewnienie ciągłości rehabilitacji w codziennym życiu pacjenta. <u>Zakres świadczenia:</u> – interwałowy plan rehabilitacji <u>Miejsce udzielania świadczeń:</u> – rehabilitacja po udarze mózgu powinna obejmować: • rehabilitację stacjonarną w szpitalu; • rehabilitację w trybie ambulatoryjnym; • rehabilitację długookresową: domową i środowiskową.
1.1.7.		ASF 2017	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia: • kinezyterapia • elektroterapia	<u>Zakres świadczenia:</u> – terapia poznawczo-behawioralna – terapia psychologiczna – terapia logopedyczna – terapia zajęciowa (rehabilitacja zawodowa)	<u>Miejsce udzielania świadczeń:</u> – gdy nie jest możliwe realizowanie rehabilitacji domowej, pacjenci powinni mieć zapewnioną rehabilitację w ośrodku opieki podstawowej <i>Dokument zawiera szczegółowe zalecenia dotyczące technik stosowanych w rehabilitacji pacjentów z udarem.</i>
1.2.1.	Urazowe uszkodzenie mózgu	BSRM 2003	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia	<u>Kwalifikacja:</u> – bezpośrednio po wypisie z oddziału szpitalnego	—
1.2.2.		Khan 2013	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia	<u>Zakres świadczenia:</u> – zajęcia z doradcą/terapeutą	—

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
1.2.3.		SIGN 2013	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia: • kinezyterapia, • fizykoterapia (stymulacja elektryczna powinna być obiektem dalszych badań pod względem skuteczności);	– opieka multidyscyplinarna – holistyczne podejście do rehabilitacji (rehabilitacja neuropsychologiczna) <u>Zakres świadczenia:</u> – terapia psychologiczna (rehabilitacja poznawcza, emocjonalna) – terapia logopedyczna – terapia behawioralna – terapia zajęciowa (w celu powrotu do pracy zawodowej)	– rehabilitacja bezpośrednia lub w formie telerehabilitacji – rezygnacja z rehabilitacji szpitalnej na rzecz domowej przynosi pozytywne korzyści <u>Miejsce udzielania świadczeń:</u> – rehabilitacja domowa,
1.2.4.		CDLE 2013	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia	<u>Zakres świadczenia:</u> – terapia zajęciowa (m.in. muzykoterapia, rehabilitacja zawodowa) – terapia logopedyczna – opieka neuropsychologa – terapia psychologiczna – rekreacja terapeutyczna – ocena skuteczności co 30 dni	– program rehabilitacyjny dostosowany do stanu pacjenta i etapu procesu rehabilitacji <u>Ramy czasowe realizacji świadczeń:</u> – po zakończeniu rehabilitacji szpitalnej – 1 do 7 godzin dziennie, 1 do 3 razy w tygodniu – czas trwania do 24 miesięcy lub dłużej z comiesięczną oceną
1.2.5.		ONF 2016c	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia: • kinezyterapia, • terapia motoryczna ukierunkowana na zachowanie funkcjonalnego zakresu ruchu (szczególnie w fazie ostrej i podostrej),	<u>Zakres świadczenia:</u> – opieka interdyscyplinarna; <u>Kryteria kwalifikacji:</u> – kwalifikacja i rozpoczęcie leczenia w trybie domowym bezpośrednio po wypisie z oddziału	<u>Zakres świadczenia:</u> – interwałowy plan rehabilitacji;
2.	Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego				
2.1.1.	Uszkodzenie rdzenia kręgowego	MASCIP 2017	—	<u>Zakres świadczenia:</u> – udział terapeuty/psychologa	– rehabilitacja domowa powinna stanowić kontynuację rehabilitacji szpitalnej <u>Miejsce udzielania świadczeń:</u> – zalecana rehabilitacja domowa
3.	Opieka lekarska rehabilitacyjna				
3.1.1.	Nowotwory mózgu	NICE 2018a	– zalecana ocena stanu fizycznego, poznawczego i emocjonalnego w trakcie diagnozy oraz na każdym etapie kontroli w trakcie leczenia. <u>Kwalifikacja:</u> – dokonywana przez lekarzy specjalistów II i III stopnia oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.	—	– skierowanie na rehabilitację uwzględniać powinno stan fizyczny, poznawczy i emocjonalny pacjenta, a nie główne rozpoznanie; – pacjent oraz jego rodzina powinni zostać poinformowani o różnych możliwościach dostępu do rehabilitacji neurologicznej. <i>NICE pracuje nad wprowadzeniem szczegółowych wytycznych dot. rehabilitacji neurologicznej.</i>
3.2.1.	Udar mózgu		<u>Zakres świadczenia:</u>	<u>Zakres świadczenia:</u>	—

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
		CSBPR 2015	– pacjenci, którzy nie zostali hospitalizowani – ocena czynnościowa w celu potencjalnego leczenia rehabilitacyjnego	– wielodyscyplinarna ocena pod kątem upośledzenia czynnościowego (np. ocena poznawcza, badanie przesiewowe pod kątem depresji, badanie zdolności do kierowania pojazdów)	
3.3.1.	Urazowe uszkodzenie mózgu	CDLE 2013	—	– ocena skutków terapii co 3-4 tygodnie. – modyfikacja leczenia w przypadku braku skuteczności	—

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
4.	Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu nerwowego				

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
4.1.1.	Nowotwory mózgu	LCA 2014	<p><u>Zakres świadczeń:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - udział fizjoterapeuty; - trening funkcjonalny; - ponowne nabycie kondycji fizycznej i zadaniowości; 	<p><u>Zakres świadczeń:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - opieka multidyscyplinarna; - terapia psychologiczna; - terapia logopedyczna; - terapia zajęciowa; - terapia poznawczo-behawioralna; - opieka dietetyka; - konsultacja onkologiczna; - udział pracownika socjalnego; - opieka pielęgniarstwa - edukacja i doradztwo dla pacjenta oraz jego rodziny; - adaptacja środowiskowa; - programy zawodowe i rekreacyjne; - interdyscyplinarna rehabilitacja społeczna obejmująca zintegrowaną opiekę zdrowotną, usługi społeczne oraz wolontariat; <p><u>Kwalifikacja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ocena stanu pacjenta oraz dobór interwencji powinny uwzględniać wpływ choroby na stan pacjenta według Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). 	<ul style="list-style-type: none"> - holistyczne podejście do rehabilitacji, obejmujące aspekty medyczne, fizyczne, społeczne i psychologiczne; - nie należy rezygnować z rehabilitacji podczas chemioterapii lub radioterapii; - edukacja i doradztwo dla pacjenta oraz jego rodziny; - interdyscyplinarna rehabilitacja społeczna obejmująca zintegrowaną opiekę zdrowotną, usługi społeczne oraz wolontariat; - ma charakter naprawczy lub kompensacyjny; - intensywność, częstotliwość i rodzaj terapii powinny być dobrane do indywidualnego stanu pacjenta; - rehabilitacja w celu powrotu do pracy zawodowej; - pacjenci ze złym rokowaniem – pilny dostęp do rehabilitacji (w tym na odziane szpitalnym) w celu maksymalizacji funkcjonalności i poprawy jakości reszty życia (rehabilitacja oparta na technikach kompensacyjnych) <p><u>Miejsce i czas udzielania świadczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - specjalne ośrodki neuro-rehabilitacyjne - lokalne jednostki rehabilitacji stacjonarnej - jednostki ambulatoryjne - lokalne ośrodki zdrowia/przychodnie - hospicja; <p><u>Ramy czasowe realizacji świadczeń:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - jak najszybszy początek rehabilitacji; - dostęp do rehabilitacji podczas: leczenia, długotrwałej remisji, powrotu do aktywnego życia, postępu choroby lub opieki paliatywnej.

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
4.2.1.	Nowotwory rdzenia nerwowego	LCA 2014	<u>Zakres świadczeń:</u> – udział fizjoterapeuty	<u>Zakres świadczeń:</u> – opieka multidyscyplinarna; – terapia psychologiczna; – terapia logopedyczna; – terapia zajęciowa; – udział dietetyka; – konsultacja onkologiczna; – udział pracownika socjalnego; – opieka pielęgniarska <u>Kwalifikacja:</u> – ocena stanu pacjenta oraz dobór interwencji powinny uwzględniać wpływ choroby na stan pacjenta według Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).	– holistyczne podejście do rehabilitacji, obejmujące aspekty medyczne, fizyczne, społeczne i psychologiczne; – nie należy rezygnować z rehabilitacji podczas chemioterapii lub radioterapii; – edukacja i doradztwo dla pacjenta oraz jego rodziny; – interdyscyplinarna rehabilitacja społeczna obejmująca zintegrowaną opiekę zdrowotną, usługi społeczne oraz wolontariat; – ma charakter naprawczy lub kompensacyjny; – intensywność, częstotliwość i rodzaj terapii powinny być dobrane do indywidualnego stanu pacjenta; – rehabilitacja w celu powrotu do pracy zawodowej; – pacjenci ze złym rokowaniem – pilny dostęp do rehabilitacji (w tym na odziane szpitalnym) w celu maksymalizacji funkcjonalności i poprawy jakości reszty życia (rehabilitacja oparta na technikach kompensacyjnych) <u>Ramy czasowe realizacji świadczeń:</u> – jak najszybszy początek rehabilitacji – dostęp do rehabilitacji podczas: leczenia, długotrwałej remisji, powrotu do aktywnego życia, postępu choroby lub opieki paliatywnej. <u>Miejsce i czas udzielania świadczenia:</u> – specjalne ośrodki neuro-rehabilitacyjne – lokalne jednostki rehabilitacji stacjonarnej – jednostki ambulatoryjne – lokalne ośrodki zdrowia/przychodnie – hospicja.
4.3.1.	Padaczka (G40)	EC 2017	<u>Kwalifikacja:</u> – kompleksowa rehabilitacja pooperacyjna – u pacjentów z zaburzeniami poznawczymi i behawioralnymi	—	—

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
4.4.1.	Udar mózgu	BCMA 2015	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia: • kinezyterapia • fizykoterapia – elektroterapia – ocena stanu pacjenta co 2 tygodnie.	<u>Zakres świadczenia:</u> – działanie multidyscyplinarne; – terapia psychologiczna; – terapia poznawczo-behawioralna; – terapia zajęciowa; – bio-feedback	<u>Ramy czasowe realizacji świadczeń:</u> – jak najszybsza ocena pacjenta po przyjęciu na oddział przez specjalistę w dziedzinie rehabilitacji.
4.4.2.		AHA/ASA 2016	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia: • kinezyterapia • fizykoterapia	<u>Zakres świadczenia:</u> – terapia psychologiczna (rehabilitacja kognitywna) – terapia logopedyczna – terapia zajęciowa (rehabilitacja zawodowa) – terapia poznawczo-behawioralna – udział dietetyków – opieka paliatywna	– Zalecane zapewnienie ciągłości rehabilitacji w codziennym życiu pacjenta. <u>Miejsce udzielania świadczeń:</u> – rehabilitacja po udarze mózgu powinna obejmować: • rehabilitację stacjonarną w szpitalu; • rehabilitację w trybie ambulatoryjnym; • rehabilitację długookresową: domową i środowiskową.
4.5.1.	Urazowe uszkodzenie mózgu	Marschall 2012	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia	<u>Zakres świadczenia:</u> – działanie multidyscyplinarne; – terapia psychologiczna; – terapia kognitywna; – zajęcia z doradcą/terapeutą	—
4.5.2.		Khan 2013	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia	<u>Zakres świadczenia:</u> – zajęcia z doradcą/terapeutą	<u>Miejsce udzielania świadczeń:</u> – możliwa terapia przejściowa w mieszkalnej jednostce terapeutycznej
4.5.3.		CDLE 2013	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia	<u>Zakres świadczenia:</u> – terapia logopedyczna; – terapia zajęciowa (m.in. muzykoterapia, rehabilitacja zawodowa); – poradnictwo zdrowia psychicznego/opieka neuropsychologa; – wsparcie rodziny;	– program rehabilitacyjny dostosowany do stanu pacjenta i etapu procesu rehabilitacji; – rehabilitacja ambulatoryjna jest następstwem rehabilitacji szpitalnej <u>Ramy czasowe realizacji świadczeń:</u> – 2 do 7 godzin dziennie, 1 do 5 dni w tygodniu; – czas trwania do 24 miesięcy lub dłużej z comiesięcznymi ocenami
4.5.4.		ONF 2016c	<u>Zakres świadczenia:</u> – opieka interdyscyplinarna;	<u>Zakres świadczenia:</u> – opieka interdyscyplinarna	– interwałowy plan rehabilitacji <u>Kryteria kwalifikacji:</u>

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
			– fizjoterapia: <ul style="list-style-type: none"> • kinezyterapia, • terapia motoryczna ukierunkowana na zachowanie funkcjonalnego zakresu ruchu (szczególnie w fazie ostrej i podostrej); 		– kwalifikacja i rozpoczęcie leczenia w trybie ambulatoryjnym bezpośrednio po wypisie z oddziału
4.6.1.	Uszkodzenia rdzenia kręgowego	CBP 2013	<u>Zakres świadczenia:</u> <ul style="list-style-type: none"> – kwalifikacja lekarska; – opieka fizjoterapeutyczna: <ul style="list-style-type: none"> • kinezyterapia 	<u>Zakres świadczenia:</u> <ul style="list-style-type: none"> – działanie multidyscyplinarne; – terapia psychologiczna; – terapia zajęciowa (rehabilitacja zawodowa); – grupy wsparcia; – terapia rodzinna <u>Świadczenie towarzyszące:</u> <ul style="list-style-type: none"> – zapobieganie powstawaniu i leczenie odleżyn, również poprzez zastosowanie telerehabilitacji 	<u>Miejsce udzielania świadczeń:</u> <ul style="list-style-type: none"> – zalecana rehabilitacja ambulatoryjna; <u>Zespół rehabilitacyjny:</u> <ul style="list-style-type: none"> – lekarz rehabilitacji (lub lekarz z wiedzą o rehabilitacji osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego), – fizjoterapeuta – terapeuta zajęciowy, – lekarz zajmujący się leczeniem odleżyn, – pielęgniarka, – psycholog, – pracownik socjalny, – dietetyk
4.6.2.		MASCIP 2017	<u>Zakres świadczenia:</u> <ul style="list-style-type: none"> – fizjoterapia 	<u>Zakres świadczenia:</u> <ul style="list-style-type: none"> – udział terapeuty/psychologa 	<u>Miejsce udzielania świadczeń:</u> <ul style="list-style-type: none"> – zalecana rehabilitacja ambulatoryjna; – rehabilitacja ambulatoryjna powinna stanowić kontynuację rehabilitacji szpitalnej
4.6.3.		Fehlings 2017	<u>Zakres świadczeń:</u> <ul style="list-style-type: none"> – fizjoterapia: <ul style="list-style-type: none"> • kinezyterapia (aktywność na bieżni z podtrzymywaniem masy ciała); • fizykoterapia – elektroterapia w celu poprawy czynności kończyn górnych; <u>Kwalifikacja:</u> <ul style="list-style-type: none"> – pacjenci z ciężkim urazem rdzenia kręgowego, w ustabilizowanym stanie i mogący tolerować intensywność rehabilitacji 	—	—
4.7.1.	Wodogłowie (G91)	AANS 2014	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z wodogłowiem.</i>		

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
4.7.2.		Mori 2012	<u>Kryteria włączenia:</u> – rehabilitacja zalecana dla pacjentów z idiopatycznym wodogłowie normotensyjnym w fazie przedoperacyjnej; – rehabilitacja po operacji, jeżeli jest potrzebna	—	—

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
5.	Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii				
5.1.1.	Długoterminowe schorzenia neurologiczne, m.in. nabyte uszkodzenie mózgu, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona	BSRM 2009	<u>Zakres świadczeń:</u> – opieka multidyscyplinarna – opieka fizjoterapeutyczna – terapia psychologiczna – terapia logopedyczna – terapia zajęciowa	<u>Kwalifikacja:</u> – ocena lekarska w ciągu 5 dni od złożenia skierowania, a następnie 14 dni na przeniesienie do jednostki rehabilitacyjnej; – przyjęcie na oddział bezpośrednio po wypisie z oddziału leczenia fazy ostrej. <u>Zakres świadczeń:</u> – koordynator procesu rehabilitacji; – porada dietetyka; – okresowa ocena leczenia.	– w ramach opieki należy zapewnić specjalistyczny sprzęt; – po zakończeniu leczenia na oddziale – kontynuacja leczenia w warunkach ambulatoryjnych lub w ramach rehabilitacji domowej
5.2.1.	Pląsawica Huntingtona (G10)	EHDN 2013	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia: • kinezyterapia, • zabiegi i ćwiczenia ułatwiające oddychanie; – terapia psychologiczna; – terapia logopedyczna	<u>Zakres świadczenia:</u> – wsparcie rodziny	– rozpoczęcie rehabilitacji we wczesnej fazie choroby <i>Dokument zawiera listę zalecanych interwencji, ich częstotliwości i czas trwania</i>
5.2.2.		EHDN 2013	—	—	<u>Miejsce udzielania świadczeń:</u> – zalecana fizjoterapia domowa i ambulatoryjna
5.3.1.					

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
	Uszkodzenia rdzenia kręgowego	MASCIP 2017	<u>Zakres świadczenia:</u> – kwalifikacja lekarska; – działanie multidyscyplinarne; – fizjoterapia: • rehabilitacja ruchowa jako jeden z elementów; – terapia psychologiczna; – terapia zajęciowa	—	– rehabilitacja z uwzględnieniem możliwości powrotu pacjenta do pracy zawodowej; – zalecana kontynuacja leczenia w trybie domowym i ambulatoryjnym.
5.4.1.	SMA (G12)	ENMC 2017	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia: • kinezyterapia, • ćwiczenia w wodzie, – zabiegi służące ułatwianiu usuwania wydzieliny z oskrzeli (wibracja klatki piersiowej, drenaż ułożeniowy statyczny, oklepywanie)	<u>Zakres świadczenia:</u> – nauka poruszania się w ortezach	<i>Dokument zawiera listę zalecanych interwencji, ich częstotliwości i czas trwania, ale nie odnosi się do miejsca udzielania świadczeń</i>
5.4.2.		Mercuri 2018	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia: • kinezyterapia, – zabiegi z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej	—	<i>Dokument nie odnosi się do miejsca udzielania świadczeń</i>
5.5.1.	Stwardnienie zanikowe boczne (G12.2)	ENFS 2012	<u>Zakres świadczenia:</u> – opieka multidyscyplinarna; – fizjoterapia: • kinezyterapia, • ćwiczenie kończyn, • hydroterapia połączona z ćwiczeniami w ciepłym basenie (32-34 stopnie), • krioterapia w leczeniu spastyczności; – terapia / konsultacja logopedyczna; – konsultacja terapeuty zajęciowego; – terapia / konsultacja psychologiczna; – udział pielęgniarki	<u>Zakres świadczenia:</u> – konsultacja neurologiczna; – konsultacja pulmonologiczna; – konsultacja gastroenterologiczna; – opieka dietetyka; – opieka lekarza opieki paliatywnej	<u>Zakres świadczenia:</u> – rehabilitacja powinna odbywać się regularnie; – stosowanie pończoch uciskowych w celu zapobiegania zakrzepicy żyłnej <i>Dokument nie odnosi się do miejsca udzielania świadczeń</i>
5.5.2.		AOTA 2014	<u>Zakres świadczenia:</u> – opieka multidyscyplinarna; – fizjoterapia: • ćwiczenia w wodzie, • elektroterapia	<u>Zakres świadczenia:</u> – telemedycyna	– pacjent powinien otrzymać program ćwiczeń do wykonywania w domu
6.	Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu				

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
6.1.1.	Długoterminowe schorzenia neurologiczne m.in. nabyte uszkodzenie mózgu, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona	BSRM 2009	<u>Zakres świadczeń:</u> – opieka multidyscyplinarna – opieka fizjoterapeutyczna – terapia psychologiczna – terapia logopedyczna – terapia zajęciowa	<u>Kwalifikacja:</u> – ocena lekarska w ciągu 5 dni od złożenia skierowania, a następnie 14 dni na przeniesienie do jednostki rehabilitacyjnej; – przyjęcie na oddział bezpośrednio po wypisie z oddziału leczenia fazy ostrej. <u>Zakres świadczeń:</u> – koordynator procesu rehabilitacji; – porada dietetyka; – okresowa ocena leczenia.	– w ramach opieki należy zapewnić specjalistyczny sprzęt; – po zakończeniu leczenia na oddziale – kontynuacja leczenia w warunkach ambulatoryjnych lub w ramach rehabilitacji domowej
6.2.1.	Udar mózgu		<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów w trybie dziennym.</i>		
7.	Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN oraz podobnymi uszkodzeniami OUN				
7.1.1.	Długoterminowe schorzenia neurologiczne, m.in. nabyte uszkodzenie mózgu, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona	BSRM 2009	<u>Zakres świadczeń:</u> – opieka multidyscyplinarna – opieka fizjoterapeutyczna – terapia psychologiczna – terapia logopedyczna – terapia zajęciowa	<u>Kwalifikacja:</u> – ocena lekarska w ciągu 5 dni od złożenia skierowania, a następnie 14 dni na przeniesienie do jednostki rehabilitacyjnej; – przyjęcie na oddział bezpośrednio po wypisie z oddziału leczenia fazy ostrej. <u>Zakres świadczeń:</u> – koordynator procesu rehabilitacji; – porada dietetyka; – okresowa ocena leczenia.	– w ramach opieki należy zapewnić specjalistyczny sprzęt; – po zakończeniu leczenia na oddziale – kontynuacja leczenia w warunkach ambulatoryjnych lub w ramach rehabilitacji domowej
7.2.1.	Guzopodobne zmiany demielinizacyjne	CMA 2017	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia (rehabilitacja ruchowa i ćwiczenia połykania); – terapia psychologiczna; – terapia logopedyczna.	<u>Kryteria kwalifikacji:</u> – przyjęcie bezpośrednio po zakończeniu leczenia fazy ostrej	—

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
7.3.1.	SM (G35)	ESMP 2012	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia: <ul style="list-style-type: none"> • kinezyterapia, • ćwiczenia w wodzie; – terapia psychologiczna; – terapia logopedyczna; – terapia zajęciowa; – opieka pielęgniarska	<u>Zakres świadczenia:</u> – konsultacja psychiatryczna; – konsultacja dietetyczna; – udział pracownika socjalnego	– rehabilitacja zależnie od dysfunkcji, a nie rozpoznania; – elastyczny plan rehabilitacji <u>Miejsce udzielania świadczeń:</u> – rehabilitacja na oddziale dziennym lub rehabilitacja domowa
7.3.2.		NICE 2014b	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia: <ul style="list-style-type: none"> • aerobowy i umiarkowany oporowy progresywny program terapeutyczny; – nadzorowane programy ćwiczeń, które obejmują umiarkowanie progresywne ćwiczenia oporowe i ćwiczenia aerobowe u pacjentów mających problemy z poruszaniem się i/lub zmęczeniem; – rehabilitacja przedśionkowa u pacjentów mających problem z mobilnością i/lub zmęczeniem z zaburzeniami równowagi; – programy terapeutyczne oraz zachęcanie pacjentów do kontynuacji ćwiczeń po zakończeniu programu terapeutycznego u osób mających problem z mobilnością i/lub zmęczeniem; – opieka psychologiczna	<u>Zakres świadczenia:</u> – trening oparty na uważności; – terapia poznawczo-behawioralna; – kontrolowanie zmęczenia związanego z SM.	<u>Zakres świadczenia:</u> – pacjentów należy zachęcać do ćwiczeń oraz poinformować ich, że regularne ćwiczenia mogą mieć korzystny wpływ na ich stan zdrowia i nie mają szkodliwego wpływu; – należy określić, czy pacjent z SM, który ma nawrót lub zaostrzenie choroby, potrzebuje dodatkowego leczenia objawów choroby lub rehabilitacji. <u>Kwalifikacja:</u> – zalecane jest ustalenie indywidualnych celów i sposobów ich osiągnięcia, w szczególności z udziałem specjalistów rehabilitantów i fizjoterapeutów. <u>Zespół rehabilitacyjny:</u> – konsultant neurolog, – pielęgniarki, – fizjoterapeuta, – terapeuta zajęciowy, – logopeda, – psycholog, – dietetyk, – specjalista ds. opieki społecznej, – lekarzy POZ. <i>W dokumencie nie określono zalecanego trybu rehabilitacji</i>
7.3.3.		AOTA 2014	<u>Zakres świadczenia:</u> – opieka multidyscyplinarna; – terapia zajęciowa; – terapia psychologiczna (panowanie nad emocjami, terapia kognitywna);	<u>Zakres świadczenia:</u> – telemedycyna	<u>Miejsce udzielania świadczeń:</u> – zalecana rehabilitacja domowa lub ambulatoryjna; – rehabilitacja w trybie stacjonarnym tylko w przypadku fazy ostrej choroby

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
8.	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu				
8.1.1.	Choroba Behçeta (M35.2)	EULAR 2008	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z chorobą Behçeta</i>		
8.1.2.		Kalra 2014	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z chorobą Behçeta</i>		
8.1.3.		Rokutanda 2015	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z chorobą Behçeta</i>		
8.2.1.	Długoterminowe schorzenia neurologiczne, m.in. nabyte uszkodzenie mózgu, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona	BSRM 2009	<u>Zakres świadczeń:</u> <ul style="list-style-type: none"> – opieka multidyscyplinarna – opieka fizjoterapeutyczna – terapia psychologiczna – terapia logopedyczna – terapia zajęciowa 	<u>Kwalifikacja:</u> <ul style="list-style-type: none"> – ocena lekarska w ciągu 5 dni od złożenia skierowania, a następnie 14 dni na przeniesienie do jednostki rehabilitacyjnej; – przyjęcie na oddział bezpośrednio po wypisie z oddziału leczenia fazy ostrej. <u>Zakres świadczeń:</u> <ul style="list-style-type: none"> – koordynator procesu rehabilitacji; – porada dietetyka; – okresowa ocena leczenia. 	<ul style="list-style-type: none"> – w ramach opieki należy zapewnić specjalistyczny sprzęt; – po zakończeniu leczenia na oddziale – kontynuacja leczenia w warunkach ambulatoryjnych lub w ramach rehabilitacji domowej <p><i>Dokument zawiera zalecenia organizacyjne</i></p>
8.3.1.	Kiła objawowa układu nerwowego (A52.1)	WHO 2003	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z kiłą układu nerwowego</i>		
8.3.2.		CDC 2015	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z kiłą układu nerwowego</i>		
8.3.3.		WHO 2015	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z kiłą układu nerwowego</i>		
8.3.4.		Kingston 2016	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z kiłą układu nerwowego</i>		
8.3.6.	Krwotok podpajęczynówkowy (I60)	Kern 2013	—	—	<u>Kwalifikacja:</u> <ul style="list-style-type: none"> – pacjenci z krwotokiem podpajęczynówkowym nie powinni być kwalifikowani do rehabilitacji w czasie leczenia fazy ostrej
8.3.7.		Vivancos 2014	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z krwotokiem podpajęczynówkowym</i>		
8.3.8.		AHA/ASA 2015	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z krwotokiem podpajęczynówkowym</i>		

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
8.4.1.	Nowotwory mózgu	CCA 2009	<u>Zakres świadczenia:</u> <ul style="list-style-type: none"> - ocena wielodyscyplinarna; - fizjoterapia – w przypadku problemów z koordynacją, poruszaniem się oraz z utrzymaniem równowagi; - terapia zajęciowa – w przypadku problemów z samodzielnością i wykonywaniem codziennych czynności; - terapia logopedyczna – w przypadku problemów z połykaniem i komunikacją; - terapia psychologiczna; - opieka pielęgniarska; 	<u>Zakres świadczeń:</u> <ul style="list-style-type: none"> - opieka paliatywna; - w przypadku chęci powrotu pacjenta do prowadzenia pojazdu po ukończeniu leczenia: ocena pod kątem możliwości i trudności, obserwacja w trakcie trwania terapii. 	<ul style="list-style-type: none"> - zalecana jest rehabilitacja neurologiczna; - rehabilitacja powinna uwzględniać opiekę fizyczną oraz społeczną; - jeśli pacjenci chcą prowadzić samochód, należy ich skierować do ośrodka rehabilitacyjnego w celu pełnej oceny zdolności do bezpiecznej jazdy. <u>Miejsce i czas udzielania świadczenia:</u> <ul style="list-style-type: none"> - pacjenci stabilni – skierowanie do ośrodka rehabilitacyjnego w celu rehabilitacji interdyscyplinarnej.
8.4.2.		LCA 2014	<u>Zakres świadczeń:</u> <ul style="list-style-type: none"> - opieka multidyscyplinarna; - opieka fizjoterapeutyczna; - terapia psychologiczna; - terapia zajęciowa; - opieka pielęgniarska; - neurorehabilitacja; - trening funkcjonalny; - ponowne nabycie kondycji fizycznej i zadaniowości; <u>Miejsce udzielania świadczenia:</u> <ul style="list-style-type: none"> - specjalne ośrodki neuro-rehabilitacyjne - lokalne jednostki rehabilitacji stacjonarnej - jednostki ambulatoryjne - lokalne ośrodki zdrowia/przychodnie - hospicja. 	<u>Zakres świadczeń:</u> <ul style="list-style-type: none"> - udział dietetyka; - terapia poznawczo-behawioralna; - opieka neuro-onkologiczna; - udział pracownika socjalnego; - edukacja i doradztwo dla pacjenta oraz jego rodziny; - adaptacja środowiskowa; - programy zawodowe i rekreacyjne; - interdyscyplinarna rehabilitacja społeczna obejmująca zintegrowaną opiekę zdrowotną, usługi społeczne oraz wolontariat; <u>Kwalifikacja:</u> <ul style="list-style-type: none"> - ocena stanu pacjenta oraz dobór interwencji powinny uwzględniać wpływ choroby na stan pacjenta według Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). 	<ul style="list-style-type: none"> - holistyczne podejście do rehabilitacji, obejmujące aspekty medyczne, fizyczne, społeczne i psychologiczne; - nie należy rezygnować z rehabilitacji podczas chemioterapii lub radioterapii; - rehabilitacja w celu powrotu do pracy zawodowej; - pacjenci ze złym rokowaniem – pilny dostęp do rehabilitacji (także szpitalnej) w celu maksymalizacji funkcjonalności i poprawy jakości życia (rehabilitacja oparta na technikach kompensacyjnych) - rehabilitacja wielodyscyplinarna w trakcie hospitalizacji powoduje znaczną redukcję niepełnosprawności mierzoną różnymi narzędziami pomiaru funkcjonalnego (Pomiar Niezależności Funkcjonalnej, skala Barthel, Skala Karnofsky'ego). <u>Zakres świadczeń:</u> <ul style="list-style-type: none"> - rehabilitacja ma charakter naprawczy lub kompensacyjny; - intensywność, częstotliwość i rodzaj terapii powinny być dobrane do indywidualnego stanu pacjenta; <u>Ramy czasowe realizacji świadczeń:</u> <ul style="list-style-type: none"> - jak najszybszy początek rehabilitacji; - dostęp do rehabilitacji podczas: leczenia, długotrwałej remisji, powrotu do aktywnego życia, postępu choroby lub opieki paliatywnej.

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
8.4.3.		NHS 2016	<p><u>Kwalifikacja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – wszystkie decyzje odnośnie rehabilitacji podejmowane są przez zespół interdyscyplinarny; <p><u>Zakres świadczeń:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – konsultacja fizjoterapeutyczna; – konsultacja z terapeutą zajęciowym 	<p><u>Zakres świadczeń:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – opieka paliatywna; – rehabilitacja powinna odbywać się we współpracy ze lekarzem ogólnym, pomocą społeczną, opieką paliatywną (w tym hospicjum) oraz wykwalifikowanymi pielęgniarkami w dziedzynie onkologii neurologicznej. 	<ul style="list-style-type: none"> – kontynuacja rehabilitacji niezależnie od niekorzystnego rokowania; – zespół rehabilitacyjny powinien współpracować z innymi pracownikami ochrony zdrowia, aby zapewnić jak najlepszą skoordynowaną opiekę. <p><u>Kwalifikacja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – wszyscy pacjenci z potencjałem rehabilitacyjnym i określonymi celami rehabilitacji powinni otrzymać skierowanie na odpowiednią rehabilitację. <p><u>Zespół wielodyscyplinarny:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – logopeda; – fizjoterapeuta; – terapeuta zajęciowy; – dietetyk; – neuropsycholog. <p><u>Miejsce i czas udzielania świadczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – decyzja o miejscu przeprowadzania rehabilitacji podejmowana jest przez zespół interdyscyplinarny na podstawie stanu pacjenta; – rehabilitacja powinna być zapewniona w najlepszej lokalizacji dla pacjenta, czy to w warunkach szpitalnych, ambulatoryjnych, środowiskowych czy domowych; – rehabilitacja powinna być oferowana na wszystkich etapach od diagnozy do końca życia.
8.5.1.	Senność, osłupienie, śpiączka (R40)	AAN 2018	—	<p><u>Kwalifikacja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – pacjenci z długotrwałymi (≥28 dni) zaburzeniami świadomości, w ustabilizowanym stanie, powinni być skierowani do placówek z wielodyscyplinarnym zespołem rehabilitacyjnym. 	—
8.6.1.	Udar mózgu	NSF 2010	—	—	<p><u>Miejsce udzielania świadczeń:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Jeśli nie jest możliwe zapewnienie multidyscyplinarnej rehabilitacji w domu, wskazane jest leczenie w centrum rehabilitacyjnym

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
8.6.2.		SIGN 2010	<u>Zakres świadczeń:</u> – fizjoterapia: <ul style="list-style-type: none"> • nie zaleca się treningu na bieżni, • trening sprawnościowy ukierunkowany na chodzenie powinien być oferowany wszystkim pacjentom w stanie stabilnym, • elektrostymulacja może być rozważana w przypadku leczenia stopy opadającej, gdzie celem leczenia jest natychmiastowa poprawa sprawności; – terapia logopedyczna; – terapia zajęciowa; – opieka medyczna; – opieka pielęgniarstwa;	<u>Zakres świadczeń:</u> – terapia socjalna	– pacjenci wymagający leczenia szpitalnego powinni zostać przyjęci do oddziału udarowego, pod opiekę skoordynowanego, wielodyscyplinarnego zespołu; – gdy przyjęcie na oddział udarowy nie jest możliwe, rehabilitację należy prowadzić na oddziale rehabilitacji ogólnej w sposób zindywidualizowany, dostosowany do pacjenta; – nie zaleca się rutynowej realizacji zintegrowanych ścieżek opieki; – ćwiczenia z terapeutą zajęciowym po wyjściu ze szpitala oraz w ramach program rehabilitacji udarowej w leczeniu szpitalnym; <u>Miejsce udzielania świadczeń:</u> – przyjęcie na oddział udarowy i na ogólny oddział rehabilitacyjny. <u>Ramy czasowe realizacji świadczeń:</u> – pacjenci powinni zostać zmobilizowani jak najwcześniej po udarze.
8.6.3.		NICE 2013	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia: <ul style="list-style-type: none"> • kinezyterapia, • fizykoterapia; – terapia psychologiczna (rehabilitacja kognitywna); – terapia logopedyczna; – terapia zajęciowa (rehabilitacja zawodowa);	<u>Zakres świadczenia:</u> – terapia poznawczo-behawioralna	<u>Zakres świadczenia:</u> – przed wypisem pacjenta ze szpitala zalecane jest określenie jego potrzeb i kontynuowania opieki w domu lub innym ośrodku/miejscu; <u>Miejsce udzielania świadczeń:</u> – specjalistyczne placówki, następnie objęcie opieką środowiskową przez specjalistyczny zespół udarowy. <u>Zespół rehabilitacyjny:</u> <ul style="list-style-type: none"> – lekarz, – pielęgniarki, – fizjoterapeuta, – terapeuta zajęciowy, – logopeda, – psycholog, – asystent, – pracownik socjalny

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
8.6.4.		Kern 2013	—	<u>Zakres świadczenia:</u> – zaleca się rozpoczęcie intensywnej fizjoterapii podczas ostrej fazy udaru; – rehabilitacja pulmonologiczna w celu zmniejszenia ryzyka rozwoju zapalenia płuc	<u>Kwalifikacja:</u> – pacjenci w ostrej fazie udaru mózgu (z wyjątkiem krwotoku podpajęczynówkowego, udaru zatokowego mózgu, głębokiej śpiączki i osób ze słabą oceną podstawowych czynności życia codziennego przed udarem) – leczenie na oddziale specjalizującym się w terapii ostrej fazy udaru, w którym personel medyczny specjalizuje się w udarach i przeprowadza intensywne leczenie i rehabilitację, rozpoczynając od wczesnego etapu monitorowania
8.6.5.		AHA/ASA 2015	<u>Zakres świadczenia:</u> – opieka multidyscyplinarna	—	– zalecana kontynuacja leczenia w trybie domowym i ambulatoryjnym <u>Ramy czasowe realizacji świadczeń:</u> – zalecane jak najszybsze rozpoczęcie rehabilitacji.
8.6.6.		BCMA 2015	<u>Zakres świadczenia:</u> – działanie multidyscyplinarne; – fizjoterapia: <ul style="list-style-type: none"> • kinezyterapia • elektroterapia; – terapia psychologiczna; – terapia zajęciowa;	<u>Zakres świadczenia:</u> – biofeedback; – terapia poznawczo-behawioralna	– jak najszybsza ocena pacjenta po przyjęciu na oddział przez specjalistę w dziedzinie rehabilitacji.
8.6.7.		CSBPR 2015	<u>Zakres świadczenia:</u> – ocena interdyscyplinarna przez zespół udarowy w celu określenia ich potrzeb rehabilitacyjnych i w zakresie opieki.	—	<u>Miejsce udzielania świadczeń:</u> – stabilni pacjenci z ostrym krwotokiem śródmózgowym – przyjęcie na oddział leczenia udarowego lub intensywnej opieki neurologicznej

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
8.6.8.		AHA/ASA 2016	<u>Zakres świadczenia:</u> – skoordynowana opieka interdyscyplinarna; – fizykoterapia: • kinezyterapia, • fizykoterapia; – terapia psychologiczna (rehabilitacja kognitywna); – terapia logopedyczna – terapia zajęciowa (rehabilitacja zawodowa);	<u>Zakres świadczenia:</u> – terapia poznawczo-behawioralna – udział dietetyków – opieka paliatywna	– zalecane zapewnienie ciągłości rehabilitacji w codziennym życiu pacjenta. – zaleca się wcześniejszy wypis ze szpitala i intensywną rehabilitację w domu w przypadku pacjentów z łagodną i umiarkowaną niepełnosprawnością – intensywność rehabilitacji musi być dostosowana do możliwości pacjenta – interwałowy plan rehabilitacji; – nie zaleca się podejmowania intensywnej rehabilitacji w ciągu 24 godzin od wystąpienia udaru, gdyż może to zmniejszyć szanse na pomyślny wynik po 3 miesiącach <u>Miejsce udzielania świadczeń:</u> – pacjenci, którzy mają dostęp do rehabilitacji stacjonarnej, powinni mieć zapewnioną rehabilitację na oddziale, zamiast leczenia w ośrodkach opiekuńczych – zaleca się skoordynowaną interdyscyplinarną opiekę rehabilitacyjną (również w zakresie integracji społecznej) w warunkach ambulatoryjnych lub domowych – zaleca się wcześniejszy wypis ze szpitala i intensywną rehabilitację w domu w przypadku pacjentów z łagodną i umiarkowaną niepełnosprawnością
8.6.9.		RCP 2016	<u>Zakres świadczenia:</u> – kwalifikacja lekarska – kwalifikacja fizjoterapeutyczna – fizjoterapia: • kinezyterapia • fizykoterapia – terapia psychologiczna – terapia logopedyczna – terapia zajęciowa (rehabilitacja zawodowa) – opieka pielęgniarska	<u>Zakres świadczenia:</u> – konsultacja ortopedyczna – terapia poznawczo-behawioralna – opieka dietetyka	<u>Miejsce udzielania świadczeń:</u> – zalecane jest powiązanie świadczeń ambulatoryjnych i środowiskowych ze świadczeniami stacjonarnymi; – zapewnienie dostępu do rehabilitacji szpitalnej dla wszystkich hospitalizowanych osób po udarze
8.6.10.		AHA/ASA 2018	<u>Zakres świadczenia:</u> – opieka multidyscyplinarna; – konsultacja logopedyczna; – ocena funkcjonalna;	—	<u>Ramy czasowe realizacji świadczeń:</u> – pacjentom hospitalizowanym po udarze mózgu należy zapewnić wczesną rehabilitację; – nie należy podejmować prób bardzo wczesnego usprawniania w czasie poniżej 24 godzin od wystąpienia udaru

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
8.7.1.	Urazowe uszkodzenie mózgu	BSRM 2003	<u>Zakres świadczenia:</u> – działanie multidyscyplinarne; – fizjoterapia; – terapia logopedyczna	<u>Zakres świadczenia:</u> – koordynator leczenia	– zalecana kontynuacja leczenia w trybie domowym i ambulatoryjnym lub specjalistycznych ośrodkach rehabilitacyjnych <u>Ramy czasowe realizacji świadczeń:</u> – <u>Początek:</u> możliwie najwcześniej, nawet w czasie intensywnej terapii w szpitalu (48 godzin od urazu)
8.7.2.		NZGG 2007	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia: • kinezyterapia, • fizykoterapia; – terapia logopedyczna; – terapia zajęciowa (rehabilitacja zawodowa); – terapia psychologiczna; <u>Ocena stanu pacjenta:</u> – wg skali Glasgow; <u>Ramy czasowe realizacji świadczeń:</u> – <u>Początek:</u> rozpoczęcie rehabilitacji najszybciej jak to możliwe	<u>Zakres świadczenia:</u> – terapia poznawczo-behawioralna	– program rehabilitacyjny powinien obejmować wszystkie obszary, w których pacjent ma trudności, np. trudności w połykaniu, nietrzymanie moczu, problemy poznawcze czy behawioralne; – w razie potrzeby należy zapewnić odpowiednią opiekę pacjentowi po wypisie ze szpitala.
8.7.3.		Khan 2013	<u>Zakres świadczenia:</u> – działanie multidyscyplinarne; – fizjoterapia; – terapia psychologiczna	<u>Zakres świadczenia:</u> – wsparcie dla rodziny pacjenta – po zakończeniu leczenia wskazane jest: • skierowanie na oddział rehabilitacji dziennej • regularna kontrola po leczeniu, także w formie telemedycyny	– po leczeniu szpitalnym zalecana jest opieka środowiskowa
8.7.4.		SIGN 2013	<u>Zakres świadczenia:</u> – opieka multidyscyplinarna; – fizjoterapia: • kinezyterapia • fizykoterapia (stymulacja elektryczna powinna być obiektem dalszych badań pod względem skuteczności); – terapia psychologiczna (rehabilitacja poznawcza, emocjonalna); – terapia logopedyczna; – terapia zajęciowa (w celu powrotu do pracy zawodowej)	<u>Zakres świadczenia:</u> – terapia behawioralna; – rehabilitacja neuropsychologiczna	– zalecane jest holistyczne podejście do rehabilitacji

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
8.7.5.		CDLE 2013	<u>Zakres świadczenia:</u> <ul style="list-style-type: none"> - program rehabilitacyjny dostosowany do stanu pacjenta i etapu procesu rehabilitacji, - fizjoterapia, - terapia logopedyczna, - terapia zajęciowa (m.in. muzykoterapia, rehabilitacja zawodowa), - terapia psychologiczna <u>Kryteria kwalifikacji:</u> <ul style="list-style-type: none"> - umiarkowane do ciężkiego upośledzenie stanu czynnościowego 	<u>Zakres świadczenia:</u> <ul style="list-style-type: none"> - ocena psychiatryczna, - terapia behawioralna i bio-feedback, - porada dietetyczna, - wsparcie dla rodziny <u>Kryteria kwalifikacji:</u> <ul style="list-style-type: none"> - wysokie ryzyko niestabilności medycznej, - umiarkowane upośledzenie stanu poznawczego i / lub emocjonalnego, - uzależnienie od leków, - potrzeba całodobowego nadzoru; 	<u>Ramy czasowe realizacji świadczeń:</u> <ul style="list-style-type: none"> - rozpoczęcie rehabilitacji możliwie najszybciej po wystąpieniu urazu; - czas trwania: kolejne pobyty trwające od 30 do 90 dni, w zależności od postępów pacjenta; - ocena postępów co 30 dni.
8.7.6.		ONF 2016c	<u>Zakres świadczenia:</u> <ul style="list-style-type: none"> - opieka interdyscyplinarna; - fizjoterapia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ kinezyterapia, ▪ terapia motoryczna ukierunkowana na zachowanie funkcjonalnego zakresu ruchu (szczególnie w fazie ostrej i podostrej); - terapia psychologiczna (rehabilitacja kognitywna); - terapia logopedyczna; - terapia zajęciowa (rehabilitacja zawodowa); - opieka pielęgniarska 	<u>Zakres świadczenia:</u> <ul style="list-style-type: none"> - opieka dietetyczna; - opieka neuropsychologiczna; - wsparcie pracownika socjalnego; - follow-up po wypisie z oddziału; - wsparcie rodziny w przygotowaniu do powrotu pacjenta do domu 	<ul style="list-style-type: none"> - rehabilitacja powinna być ukierunkowana na pacjenta, jego potrzeby i wybory; - interwałowy plan rehabilitacji - należy wdrożyć zintegrowane ścieżki i protokoły opieki w celu ułatwienia przejścia osoby z oddziału ostrego na rehabilitację; - zalecana kontynuacja leczenia w trybie domowym i ambulatoryjnym <u>Zespół rehabilitacyjny:</u> <ul style="list-style-type: none"> - logopeda, - psycholog, - terapeuta zajęciowy, - fizjoterapeuta, - lekarz rehabilitant, - pielęgniarka, - lekarz, - personel wspierający, - pracownik socjalny, - neuropsycholog, - dietetyk, - farmaceuta

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
					<p><u>Kryteria kwalifikacji:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – diagnoza urazu mózgu, – stabilność medyczna, – możliwość do poprawy poprzez proces rehabilitacji, – zdolność uczenia się, – zdolność angażowania się w rehabilitację, – tolerowanie czasu trwania terapii <p><u>Ramy czasowe realizacji świadczeń:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Początek:</u> możliwie najwcześniej po wystąpieniu urazu – <u>Czas trwania:</u> dopasowany do indywidualnych potrzeb pacjenta
8.8.1.	Wodogłowie (G91)	AANS 2014	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z wodogłowiem.</i>		
8.8.2.		Mori 2012	<p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – rehabilitacja zalecana dla pacjentów z idiopatycznym wodogłowiem normotensyjnym w fazie przedoperacyjnej; – rehabilitacja po operacji, jeżeli jest potrzebna 	—	—
8.9.1.	Zapalenie mózgu / następstwa zapalenia mózgu	IDSA 2008	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z zapaleniem mózgu.</i>		
8.9.2.		Steiner 2010	—	—	<i>Autorzy zaleceń stwierdzają, iż nie ma wystarczających dowodów naukowych potwierdzających skuteczność rehabilitacji u pacjentów z zapaleniem mózgu.</i>
8.9.3.		ABN 2012	—	—	– rehabilitacja po zakończeniu leczenia
8.9.4.		Britton 2015	—	—	– należy rozważyć rehabilitację pacjentów z deficytami neurologicznymi po zapaleniu mózgu

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
8.10.1.	Zapalenie opon mózgowych	NICE 2009	<u>Rehabilitacja:</u> – opracowanie indywidualnego, kompleksowego planu rehabilitacyjnego; <u>Zakres świadczenia:</u> – opieka multidyscyplinarna, – kompleksowa ocena kliniczna w celu określenia potrzeb w zakresie rehabilitacji, – przed wypisem kompleksowa ocena stanu pacjenta;	<u>Zakres świadczenia:</u> – koordynator leczenia, – w razie potrzeby kontynuacja rehabilitacji po wypisie, – po 2–3 miesiącach od wypisu ponowna ocena stanu pacjenta w celu aktualizacji potrzeb rehabilitacyjnych i opieki	<u>Ramy czasowe realizacji świadczeń:</u> – <u>Początek:</u> najszybciej jak to możliwe; <u>Miejsce udzielania świadczeń:</u> – oddział szpitalny
8.10.2.		McGill 2016	—	—	<u>Rehabilitacja:</u> – plan rehabilitacji powinien być uzgodniony z pacjentem oraz jego rodziną/opiekunem; – ocena i rehabilitacja powinny być zgodne z wytycznymi NICE <i>Rehabilitation after critical illness in adults</i> 2009
8.10.3.		ESCMID 2016	—	—	– jeżeli występują problemy poznawcze, pacjenta należy skierować do oceny neuropsychologicznej oraz na rehabilitację
8.11.1.	Zapalenie rdzenia i nerwów wzrokowych (Zespół Devica) (G36)	ENFS 2010b	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z zespołem Devica</i>		
8.11.2.		NEMOS 2014	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z zespołem Devica</i>		

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
9.	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych				
9.1.1.	Długoterminowe schorzenia neurologiczne, m.in.	BSRM 2009	<u>Zakres świadczeń:</u> – opieka multidyscyplinarna – opieka fizjoterapeutyczna – terapia psychologiczna	<u>Kwalifikacja:</u> – ocena lekarska w ciągu 5 dni od złożenia skierowania, a następnie 14 dni na przeniesienie do jednostki rehabilitacyjnej;	– w ramach opieki należy zapewnić specjalistyczny sprzęt; – po zakończeniu leczenia na oddziale – kontynuacja leczenia w warunkach

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
	nabyte uszkodzenie mózgu, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona		<ul style="list-style-type: none"> - terapia logopedyczna - terapia zajęciowa 	<ul style="list-style-type: none"> - przyjęcie na oddział bezpośrednio po wypisie z oddziału leczenia fazy ostrej. <p><u>Zakres świadczeń:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - koordynator procesu rehabilitacji; - porada dietetyka; - okresowa ocena leczenia. 	ambulatoryjnych lub w ramach rehabilitacji domowej
9.2.1.	Guzopodobne zmiany demielinizacyjne	CMA 2017	<p><u>Zakres świadczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - fizjoterapia (rehabilitacja ruchowa i ćwiczenia połykania); - terapia psychologiczna; - terapia logopedyczna. <p><u>Kryteria kwalifikacji:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - przyjęcie bezpośrednio po zakończeniu leczenia fazy ostrej 	—	—
9.3.1.	Kiła objawowa układu nerwowego (A52.1)	WHO 2003	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z kiłą układu nerwowego</i>		
9.3.2.		CDC 2015	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z kiłą układu nerwowego</i>		
9.3.3.		WHO 2015	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z kiłą układu nerwowego</i>		
9.3.4.		Kingston 2016	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z kiłą układu nerwowego</i>		

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
9.4.1.	Nowotwory rdzenia nerwowego	LCA 2014	<u>Zakres świadczeń:</u> <ul style="list-style-type: none"> – opieka multidyscyplinarna; – opieka fizjoterapeuty; – terapia psychologiczna; – terapia zajęciowa; – opieka pielęgniarska; 	<u>Zakres świadczeń:</u> <ul style="list-style-type: none"> – udział dietetyka; – opieka neuro-onkologiczna; – udział pracownika socjalnego; – edukacja i doradztwo dla pacjenta oraz jego rodziny – interdyscyplinarna rehabilitacja społeczna obejmująca zintegrowaną opiekę zdrowotną, usługi społeczne oraz wolontariat. <u>Kwalifikacja:</u> <ul style="list-style-type: none"> – ocena stanu pacjenta oraz dobór interwencji powinny uwzględniać wpływ choroby na stan pacjenta według Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). 	<ul style="list-style-type: none"> – holistyczne podejście do rehabilitacji, obejmujące aspekty medyczne, fizyczne, społeczne i psychologiczne; – ma charakter naprawczy lub kompensacyjny; – nie należy rezygnować z rehabilitacji podczas chemioterapii lub radioterapii; – intensywność, częstotliwość i rodzaj terapii powinny być dobrane do indywidualnego stanu pacjenta; – rehabilitacja w celu powrotu do pracy zawodowej; – pacjenci ze złym rokowaniem – pilny dostęp do rehabilitacji (w tym na odziane szpitalnym) w celu maksymalizacji funkcjonalności i poprawy jakości reszty życia (rehabilitacja oparta na technikach kompensacyjnych) <u>Ramy czasowe realizacji świadczeń:</u> <ul style="list-style-type: none"> – jak najszybszy początek rehabilitacji; – dostęp do rehabilitacji podczas: leczenia, długotrwałej remisji, powrotu do aktywnego życia, postępu choroby lub opieki paliatywnej. <u>Miejsce udzielania świadczenia:</u> <ul style="list-style-type: none"> – specjalne ośrodki neuro-rehabilitacyjne – lokalne jednostki rehabilitacji stacjonarnej – jednostki ambulatoryjne – lokalne ośrodki zdrowia/przychodnie – hospicja.

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Roźbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
9.4.2.		NHS 2016	<p><u>Kwalifikacja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – wszystkie decyzje odnośnie rehabilitacji podejmowane są przez zespół interdyscyplinarny; <p><u>Zakres świadczeń:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – konsultacja fizjoterapeutyczna; – konsultacja z terapeutą zajęciowym 	<p><u>Zakres świadczeń:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – opieka paliatywna; – rehabilitacja powinna odbywać się we współpracy ze lekarzem ogólnym, pomocą społeczną, opieką paliatywną (w tym hospicjum) oraz wykwalifikowanymi pielęgniarkami w dziedzinie onkologii neurologicznej. 	<ul style="list-style-type: none"> – kontynuacja rehabilitacji niezależnie od niekorzystnego rokowania; – zespół rehabilitacyjny powinien współpracować z innymi pracownikami ochrony zdrowia, aby zapewnić jak najlepszą skoordynowaną opiekę. <p><u>Kwalifikacja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – wszyscy pacjenci z potencjałem rehabilitacyjnym i określonymi celami rehabilitacji powinni otrzymać skierowanie na odpowiednią rehabilitację. <p><u>Zespół wielodyscyplinarny:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – logopeda; – fizjoterapeuta; – terapeuta zajęciowy; – dietetyk; – neuropsycholog. <p><u>Miejsce i czas udzielania świadczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – decyzja o miejscu przeprowadzania rehabilitacji podejmowana jest przez zespół interdyscyplinarny na podstawie stanu pacjenta; – rehabilitacja powinna być zapewniona w najlepszej lokalizacji dla pacjenta, czy to w warunkach szpitalnych, ambulatoryjnych, środowiskowych czy domowych; – rehabilitacja powinna być oferowana na wszystkich etapach od diagnozy do końca życia.
9.5.1.	Uszkodzenia rdzenia kręgowego	CSCMCPD 2008	<p><u>Zakres świadczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – fizjoterapia; – terapia logopedyczna; – terapia zajęciowa <p><u>Świadczenie towarzyszące:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – zapobieganie odleżynom 	<p><u>Zakres świadczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – konsultacja psychiatryczna – ocena pod kątem depresji i podejmowania prób samobójczych; – rehabilitacja pulmonologiczna; – współpraca z rodziną pacjenta 	<p><u>Miejsce udzielania świadczeń:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – zalecana rehabilitacja w specjalistycznych centrach urazowych zajmujących się pacjentami po urazach rdzenia kręgowego; <p><u>Ramy czasowe realizacji świadczeń:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – pierwsze ćwiczenia usprawniające powinny mieć miejsce tydzień po urazie

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
9.5.2.		MASCIP 2017	<u>Zakres świadczenia:</u> – kwalifikacja lekarska – działanie multidyscyplinarne – fizjoterapia: <ul style="list-style-type: none"> • rehabilitacja ruchowa jako jeden z elementów; – terapia psychologiczna – terapia zajęciowa	—	– zalecana kontynuacja leczenia w trybie domowym i ambulatoryjnym; – rehabilitacja z uwzględnieniem możliwości powrotu pacjenta do pracy zawodowej
9.5.3.		Fehlings 2017	<u>Zakres świadczeń:</u> – fizjoterapia: <ul style="list-style-type: none"> • kinezyterapia; • zabiegi z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej; • fizykoterapia – elektroterapia w celu poprawy czynności kończyn górnych; <u>Świadczenie towarzyszące:</u> – zapobieganie powstawaniu i leczenie odleżyn;	—	– intensywność i zakres rehabilitacji w zależności od fazy choroby: ostrej, podostrej (zapobieganie powikłaniom wtórnym) i przewlekłej (techniki kompensacyjne i wspomagające) <u>Ramy czasowe realizacji świadczeń:</u> – <u>Początek:</u> po zakończeniu leczenia fazy ostrej;
9.6.1.	Zapalenie rdzenia i nerwów wzrokowych (Zespół Devica) (G36)	ENFS 2010b	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z zespołem Devica</i>		
9.6.2.		NEMOS 2014	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z zespołem Devica</i>		
10.	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych				
10.1.1.	Długoterminowe schorzenia neurologiczne, m.in. nabyte uszkodzenie mózgu, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona	BSRM 2009	<u>Zakres świadczeń:</u> – opieka multidyscyplinarna – opieka fizjoterapeutyczna – terapia psychologiczna – terapia logopedyczna – terapia zajęciowa	<u>Kwalifikacja:</u> – ocena lekarska w ciągu 5 dni od złożenia skierowania, a następnie 14 dni na przeniesienie do jednostki rehabilitacyjnej; – przyjęcie na oddział bezpośrednio po wypisie z oddziału leczenia fazy ostrej. <u>Zakres świadczeń:</u> – koordynator procesu rehabilitacji; – porada dietetyka; – okresowa ocena leczenia.	– w ramach opieki należy zapewnić specjalistyczny sprzęt; – po zakończeniu leczenia na oddziale – kontynuacja leczenia w warunkach ambulatoryjnych lub w ramach rehabilitacji domowej
10.2.1.	Kiła objawowa układu nerwowego (A52.1)	WHO 2003	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z kiłą układu nerwowego</i>		
10.2.2.		CDC 2015	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z kiłą układu nerwowego</i>		

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
10.2.3.		WHO 2015	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z kiłą układu nerwowego</i>		
10.2.4.		Kingston 2016	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z kiłą układu nerwowego</i>		
10.3.1.	Uszkodzenia rdzenia kręgowego	CSCMCPD 2008	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia; – terapia logopedyczna; – terapia zajęciowa <u>Świadczenie towarzyszące:</u> – zapobieganie odleżynom	<u>Zakres świadczenia:</u> – konsultacja psychiatryczna – ocena pod kątem depresji i podejmowania prób samobójczych; – rehabilitacja pulmonologiczna; – współpraca z rodziną pacjenta	<u>Miejsce udzielania świadczeń:</u> – zalecana rehabilitacja w specjalistycznych centrach urazowych zajmujących się pacjentami po urazach rdzenia kręgowego; <u>Ramy czasowe realizacji świadczeń:</u> – pierwsze ćwiczenia usprawniające powinny mieć miejsce tydzień po urazie
10.3.2.		MASCIP 2017	<u>Zakres świadczenia:</u> – kwalifikacja lekarska – działanie multidyscyplinarne – fizjoterapia: <ul style="list-style-type: none"> • rehabilitacja ruchowa jako jedno z elementów; – terapia psychologiczna – terapia zajęciowa	—	– zalecana kontynuacja leczenia w trybie domowym i ambulatoryjnym; – rehabilitacja z uwzględnieniem możliwości powrotu pacjenta do pracy zawodowej
10.3.3.		Fehlings 2017	<u>Zakres świadczeń:</u> – fizjoterapia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ kinezyterapia; ▪ zabiegi z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej; ▪ fizykoterapia – elektroterapia w celu poprawy czynności kończyn górnych; <u>Świadczenie towarzyszące:</u> – zapobieganie powstawaniu i leczenie odleżyn;	—	– intensywność i zakres rehabilitacji w zależności od fazy choroby: ostrej, podostrej (zapobieganie powikłaniom wtórnym) i przewlekłej (techniki kompensacyjne i wspomagające) <u>Ramy czasowe realizacji świadczeń:</u> – <u>Początek:</u> po zakończeniu leczenia fazy ostrej;
10.4.1.	Zespół Guilliana-Barrego (G61)	Orsini 2010	<u>Zakres świadczenia:</u> – fizjoterapia: <ul style="list-style-type: none"> • ćwiczenia fizyczne; • trening funkcjonalny; • terapia manualna; • fizykoterapia – elektroterapia, hydroterapia; • zabiegi z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej; • stosowanie ortez; 	<u>Zakres świadczenia:</u> – biofeedback	—

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zakres zgodności	Rozbieżności	Dodatkowe uwagi
1	2	3	4	5	6
10.4.2.		Meena 2011	<i>Nie odnaleziono zaleceń dotyczących rehabilitacji pacjentów z zespołem Guilliana-Barrego</i>		

W toku prac analitycznych odnaleziono również zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego zawierających informacje odnośnie do rehabilitacji neurologicznej pacjentów z chorobami niewymienionymi w załączniku nr 2. *Lista rozpoznań wg ICD-10 kwalifikująca do kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej.* Szczegóły dotyczące odnalezionych zaleceń przedstawia tabela 2.

Tabela 17 Kontekst organizacji rehabilitacji neurologicznej w odniesieniu do wybranych chorób, na podstawie zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zalecenia
1	2	3	4
1.1.	Choroba Alzheimerera (G30)	EFNS 2010a	<u>Zakres świadczeń:</u> – rehabilitacja kognitywna; terapia zajęciowa;
1.2.		ASI 2015	<u>Zakres świadczeń:</u> – rehabilitacja kognitywna; <u>Miejsce udzielania świadczeń:</u> – dom pacjenta lub w inne wygodne środowisko dostosowane do terapii;
1.3.		NICE 2018b	<u>Zakres świadczeń:</u> – rehabilitacja kognitywna; – terapia zajęciowa; – terapia logopedyczna;
2.1.	Choroba Parkinsona (G20)	NPF 2011	<u>Zakres świadczeń:</u> – opieka fizjoterapeutyczna: • kinezyterapia; • terapia zajęciowa: • w przypadku terapii ukierunkowanej na konkretną czynność lepsze efekty dają sesje indywidualne, • sesje grupowe – mogą sprawdzić się w ogólnym przekazywaniu informacji i wymianie doświadczeń między chorymi na Parkinsona; – zakończenie terapii zajęciowej w przypadku osiągnięcia wyznaczonych celów, braku dalszych opcji terapeutycznych lub zadowolenia pacjenta i opiekuna z obecnego poziomu funkcjonowania
2.2.		GuiaSalud 2014	– fizjoterapia jest w szczególności zalecana osobom z nowo rozpoznaną chorobą Parkinsona. <u>Rehabilitacja:</u> – rehabilitacja funkcjonalna; <u>Zakres świadczeń:</u> – opieka fizjoterapeutyczna;

L.p.	Schorzenie	Publikacja	Zalecenia
1	2	3	4
			<ul style="list-style-type: none"> - kinezyterapia; - terapia zajęciowa - terapia logopedyczna, - opieka neuropsychologa.
2.3.		NICE 2017	<u>Zakres świadczeń:</u> <ul style="list-style-type: none"> - opieka fizjoterapeutyczna: - kinezyterapia; - aktywność fizyczna; - technika Alexandra; - terapia zajęciowa; - terapia logopedyczna; - opieka dietetyka.
3.1.	Dystrofie mięśniowe (G71)	AAN 2014	<u>Zakres świadczeń:</u> <ul style="list-style-type: none"> - opieka multidyscyplinarna; - opieka fizjoterapeutyczna: - kinezyterapia – zalecane ćwiczenia aerobowe (pływanie, rower stacjonarny) połączone z treningiem siłowym, - nie zaleca się wyczerpujących ćwiczeń o wysokiej intensywności, - okresowa ocena stanu pacjenta przez fizjoterapeutę; - terapia psychologiczna; - terapia logopedyczna; - terapia zajęciowa: - okresowa ocena stanu pacjenta przez terapeutę zajęciowego; - terapia oddechowa / konsultacja pulmonologiczna; - konsultacja kardiologiczna; - konsultacja ortopedyczna; - konsultacja genetyczna; - opieka paliatywna. <u>Miejsce i czas udzielania świadczenia:</u> <ul style="list-style-type: none"> - oddział specjalizujący się w opiece nad pacjentami z dystrofią mięśniową i innymi zaburzeniami nerwowo-mięśniowymi w celu zapewnienia skutecznej opieki długoterminowej.

2.3.3. 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.

2.4. Charakterystyka rehabilitacji neurologicznej w systemie ochrony zdrowia w Polsce - stan obecny

2.4.1. Regulacje formalno-prawne

Załącznik nr 1 w 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 neurologiczną w trybie stacjonarnym. Dodatkowo załącznik 4 ww. obwieszczenia określa wymogi, które musi spełnić świadczeniodawca chcąc realizować odpowiedni zakres świadczenia. Świadczenia określone w załączniku nr 4 są analogiczne do Jednorodnych Grup Pacjentów przeznaczonych dla pacjentów neurologicznych. Jeśli świadczeniodawca chce rozliczać np. ciężkich mózgowych pacjentów musi spełnić dodatkowe warunki określone właśnie dla tej grupy pacjentów.

Wybór odpowiedniej grupy rozliczeniowej rozpoczyna się przede wszystkim od określenia rozpoznania. Zgodnie z załącznikiem do zarządzenia Prezesa NFZ nr 118/2017/DSOZ z dnia 30 listopada 2017 r. wyróżniamy pięć głównych produktów rozliczeniowych z obszaru rehabilitacji neurologicznej – 28 produktów rozliczeniowych,:

- 1) RNM - Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu (8 produktów),
- 2) RNR - Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych (8 produktów),
- 3) RNO - Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe (4 produkty),
- 4) RNP - Rehabilitacja neurologiczna przewlekła (2 produkty),
- 5) RND - Rehabilitacja neurologiczna dziecięca (6 produktów).

Dodatkowo od 1 stycznia funkcjonują 4 produkty, które zaspokajają potrzeby rehabilitacyjne pacjentów neurologicznych RODR (2 produkty) i RON (2 produkty).

Macierz tworzenia grup JGP w produktach dla dorosłych i dzieci w 2017 r.

		Choroby współistniejące ogólnoustrojowe	
		występują	nie występują*
Stan pacjenta	Ciężki i średnio ciężki	RNMS01 RNMZ01 RNRS01 RNRZ01	RNMS02 RNMZ02 RNRS02 RNRZ02 RNOS01 RNOZ01 RNPS01 RNPZ01 RNDZ01 RNDZ02
	Umiarkowany i lekki	RNMS03 RNMZ03 RNRS03 RNRZ03	RNMS04 RNMZ04 RNRS04 RNRZ04 RNOS02 RNOZ02 RNDZ03

* chodzi o choroby współwystępujące umieszczone na specjalnej liście chorób współistniejących, które mają wpływ na stan ogólny pacjenta

I. RNM - Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu.

Kryterium kwalifikacji grupy RNM stanowi ocena czynności dnia codziennego wg skali Barthel ADL index (załącznik nr 4a do Zarządzenia nr 130/2016/DSO Prezesa NFZ z dnia 30 grudnia 2016 r.), a także ocena funkcji poznawczo-behawioralnych oraz zaburzeń czynności mowy oraz połykania po nabytych uszkodzeniach mózgu wg załączonej skali (załącznik nr 4b do Zarządzenia nr 130/2016/DSO Prezesa NFZ z dnia 30 grudnia 2016 r.).

RNM jest najdroższą grupą dla dorosłych, dlatego powinna być przeznaczona dla pacjentów, których potrzeby z zakresu leczenia, pielęgnacji oraz rehabilitacji są największe. Pacjenci wymagają często drogiego leczenia farmakologicznego związanego z chorobami współistniejącymi, żywienia dojelitowego lub pozajelitowego, leczenia odleżyn, częstej opieki pielęgniarskiej, dodatkowej diagnostyki oraz regularnej rehabilitacji obejmującej fizjoterapię, terapię logopedyczną i psychologiczną. Wydaje się, że obecnie obowiązujące zasady rozliczania grupy RNM nie są określone wystarczająco precyzyjnie. Oddziały stacjonarne rehabilitacji neurologicznej powinny w pierwszej kolejności zapewnić opiekę pacjentom, którzy zakończyli leczenie na oddziałach ostrych, ale ich stan medyczny i funkcjonalny w dalszym ciągu wymaga leczenia w warunkach szpitalnych. Zapewnienie wczesnej, kompleksowej rehabilitacji będzie skutkowało uniknięciem powikłań spowodowanych długotrwałym unieruchomieniem, a tym samym szybszym powrotem do sprawności. Stopień możliwości funkcjonalnych określony na podstawie skali Barthel obecnie umożliwia rozliczanie pacjentów zarówno samodzielnych jak i z dużymi dysfunkcjami, co powoduje, że w pierwszej kolejności przyjmowani na oddział są pacjenci mniej kosztochłonni.

II. RNR - Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych.

Kryterium kwalifikacji do grupy RNR stanowi ocena czynności dnia codziennego wg skali Barthel ADL index oraz ocena funkcjonalna wg skali ASIA (załącznik nr 4a do Zarządzenia nr 130/2016/DSO Prezesa NFZ z dnia 30 grudnia 2016 r.).

Specyfika rehabilitacji pacjentów po urazie rdzenia kręgowego różni się od rehabilitacji pacjentów z uszkodzeniem mózgu, np. po udarze. Pacjenci po urazie rdzenia kręgowego są to zazwyczaj młodzi ludzie po wypadkach komunikacyjnych lub po skokach do wody, dlatego równie niezbędne jest zapewnienie terapii psychologicznej, choć będzie ona częściej nastawiona na leczenie depresji, a nie zaburzeń funkcji poznawczych. Rehabilitacja powinna ponadto obejmować pionizację, ćwiczenia przeciwzakrzepowe, a także ćwiczenia oddechowe i pozycje ułożeniowe z zastosowaniem odpowiedniego sprzętu pomocniczego w celu zapobiegania powstawaniu przykurczów i ustawianiu się kończyn w nieprawidłowych pozycjach. Duże znaczenie ma w tym przypadku terapia zajęciowa, szczególnie w przypadku dysfunkcji ręki. Zwiększenie kosztów rehabilitacji pacjenta po urazie rdzenia kręgowego na oddziale stacjonarnym powoduje obecność chorób współistniejących.

III. RNO – Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe.

Kryterium kwalifikacji do grupy RNR stanowi ocena czynności dnia codziennego wg skali Barthel ADL index oraz ocena funkcjonalna wg skali ASIA.

Pacjenci z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego stanowią niewielki odsetek wszystkich pacjentów neurologicznych, ale ich potrzeby rehabilitacyjne u pacjentów ciężkich są równie duże jak u pacjentów z zaburzeniami mózgu i rdzenia kręgowego. Obecnie grupa RNO obejmuje pacjentów w różnym stanie funkcjonalnym od najbardziej ciężkich, wymagających stałej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej oraz kompleksowej rehabilitacji, poprzez pacjentów, którzy mogliby realizować rehabilitację w trybie ambulatoryjnym.

IV. RNP - Rehabilitacja neurologiczna przewlekła

W przypadku rozliczania rehabilitacji przewlekłej na oddziale stacjonarnym nie trzeba stosować oceny ciężkości stanu pacjenta, przez co na oddziale rehabilitacji stacjonarnej mogą przebywać pacjenci, którzy mogliby realizować rehabilitację na oddziale dziennym lub w ambulatorium. Taka sytuacja powoduje nie tylko ograniczenie dostępności do tych świadczeń dla pacjentów ciężkich, ale również może wpływać niekorzystnie na stan zdrowia pacjentów przewlekłych, którzy niepotrzebnie przebywają w szpitalu narażając się na kontakt ze szpitalnymi zarazkami.

V. RND - Rehabilitacja neurologiczna dziecięca

Na oddziałach rehabilitacji neurologicznej realizowanej w trybie stacjonarnym dostępne są trzy produkty rozliczeniowe przeznaczone dla pacjentów poniżej 18 roku życia. Obecnie warunkiem rozliczenia tych grup jest ocena głębokości niepełnosprawności wg GMFCS (Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy) (załącznik nr 4d do Zarządzenia nr 130/2016/DSO Prezesa NFZ z dnia 30 grudnia 2016 r.) oraz ocena zaburzeń znacząco zwiększających wymagania rehabilitacyjne/pielęgniacyjne dotyczące rehabilitacji neurologicznej dzieci.

W przypadku rehabilitacji dzieci na oddziałach rehabilitacji neurologicznej problem stanowi brak jednoznacznych kryteriów wyłączenia pacjentów z realizacji stacjonarnych świadczeń rehabilitacyjnych oraz niska wycena produktów rozliczeniowych, co w konsekwencji powoduje, że świadczeniodawcy chętniej przyjmują na oddział pacjentów z mniejszymi potrzebami medycznymi, pielęgnacyjnymi i rehabilitacyjnymi.

Podobnie jak w przypadku rehabilitacji neurologicznej dla dorosłych pacjentów, zasadnym wydaje się przesunięcie pacjentów przewlekle chorych z oddziałów stacjonarnych do oddziałów rehabilitacji dziennej lub ambulatorium, zwiększając tym samym dostępność do świadczeń rehabilitacji stacjonarnej pacjentom ciężkim, wymagającym całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej. Zredukowanie z trzech do dwóch grup rozliczeniowych wraz z odpowiednią wyceną, mogłoby zoptymalizować potrzeby rehabilitacji stacjonarnej dla dzieci.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa realizowana w trybie stacjonarnym przeznaczona dla pacjentów neurologicznych

RON – Rehabilitacja ogólnoustrojowa zaburzeń funkcji ośrodkowego układu nerwowego

Grupa RON powstała przede wszystkim z myślą o pacjentach, którzy nie zakwalifikowali się lub nie mieli możliwości zrealizowania rehabilitacji w trybie stacjonarnym na oddziale rehabilitacji neurologicznej. Rozliczenie tej grupy następuje w przypadku rozpoczęcia rehabilitacji w terminie do 12 miesięcy od zakończenia hospitalizacji, podczas której była leczona ostra faza choroby, oraz pacjent nie odbył wczesnej rehabilitacji neurologicznej rozliczonej grupami: RNM, RNR, RNO.

Zgodnie z kierunkiem zmian, na oddziałach rehabilitacji neurologicznej, powinni przebywać pacjenci w ciężkim stanie, którzy wymagają całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej oraz z dużymi zaburzeniami funkcjonalnymi. Zasadne wydaje się umożliwienie pacjentom w określonym stanie funkcjonalnym z chorobami przewlekłymi i przewlekłymi postępującymi realizowania rehabilitacji na oddziale rehabilitacji stacjonarnej.

ROC01 - Rehabilitacja ogólnoustrojowa pourazowa ciężka w szpitalu

Obecnie grupa ROC przeznaczona jest dla pacjentów, którzy powinni przebywać w szpitalu, ale nie mają złożonych potrzeb rehabilitacyjnych. Zmiana w systemie opieki rehabilitacyjnej pacjentów na oddziale rehabilitacji neurologicznej spowoduje, że będą przebywać tam pacjenci ciężcy, z dużymi ograniczeniami funkcjonalnymi. Jednak zasadne wydaje się umożliwienie niektórym pacjentom neurologicznym realizowanie rehabilitacji w szpitalu pomimo mniejszych problemów funkcjonalnych i/lub poznawczych. W związku z tą zmianą konieczne jest ustalenie wymogów dla pozostałych specjalistów, niezbędnych do pracy z pacjentami neurologicznymi (logopeda, psycholog).

RODRS01 - Rehabilitacja ogólnoustrojowa w chorobach demielinizacyjnych i reumatoidalnych w szpitalu

Grupa RODR przeznaczona jest dla wąskiej grupy pacjentów i powstała z myślą o pacjentach z chorobami demielinizacyjnymi oraz o podłożu reumatoidalnym.

Szczegółowe warunki rozliczania produktów stacjonarnej rehabilitacji neurologicznej zostały ujęte w załączniku do niniejszego raportu.

2.4.2. Analiza kolejek

Łącznie w całym kraju było 19 561 osób oczekujących, zaś średnia ważona czasu oczekiwania wyniosła 29 dni. W tabeli 1 przedstawiono liczbę osób oczekujących na rozpoczęcie rehabilitacji oraz średni ważony czas oczekiwania w poszczególnych województwach w kategorii medycznej określonej jako pilne (stan na 11.2018 r.). Zgodnie z pkt. 1. § 2. 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 za kategorię medyczną określoną jako pilne określa się przypadek, w którym 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. Łączna liczba osób oczekujących dla osób dorosłych oraz dzieci wyniosła 1 866 osób, zaś średni ważony czas dla tych obu populacji wyniósł 4 dni. Analizując osoby dorosłe, łącznie w kraju było 1 838 osób oczekujących, a średnia ważona wyniosła 3 dni. Największa liczba osób dorosłych oczekujących na kolejkę wystąpiła w województwie dolnośląskim w którym udział wśród wszystkich dorosłych osób wyniósł 25,0%, zaś najniższa w województwie lubuskim (0,2% udziału). W przypadku ważonego średniego czasu oczekiwania najwyższą wartość odnotowano w województwie lubelskim (23,1 dnia), jednocześnie najniższy ważony średni czas oczekiwania odnotowano w województwie lubuskim (0,3 dnia). Analizując liczbę osób oczekujących w ramach oddziału rehabilitacji neurologicznej dla dzieci, kolejki występowały w województwach mazowieckim, podlaskim, śląskim oraz warmińsko – mazurskim. Jednocześnie brak osób oczekujących odnotowano w województwach lubuskim, małopolskim, podkarpackim oraz pomorskim. Najliczniejszą grupę osób oczekujących odnotowano w województwie śląskim, w którym na rozpoczęcie rehabilitacji oczekiwała ponad połowa (51,9%) osób w wśród wszystkich oczekujących w ramach oddziału rehabilitacji neurologicznej dla dzieci. Najmniej osób oczekiwało w województwie mazowieckim (11,1%). Z kolei średni ważony czas oczekiwania był najwyższy w województwie warmińsko – mazurskim i wyniósł 23 dni). Województwo mazowieckie było województwem o najniższym ważonym średnim czasie oczekiwania, który wyniósł 10 dni. W pozostałych województwach świadczenia rehabilitacji neurologicznej na oddziale rehabilitacji neurologicznej dla dzieci nie były świadczone.

Tabela 18 Liczba osób oczekujących w kolejkach do rehabilitacji neurologicznej oraz średni ważony czas oczekiwania w oddziale rehabilitacji neurologicznej i oddziale rehabilitacji neurologicznej dla dzieci w ramach kategorii medycznej określonej jako pilne w podziale na OW NFZ

OW NFZ	Dorośli		Dzieci	
	Liczba osób oczekujących	Średni ważony czas oczekiwania (w dniach)	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)
Dolnośląski	460	2,2		
Kujawsko - Pomorski	243	2,8		
Lubelski	180	23,1		
Lubuski	4	0,3		
Łódzki	136	3,5		
Małopolski	168	2,2		
Mazowiecki	199	1,6	3	9,7
Opolski	52	0,9		
Podkarpacki	27	4,1	0	
Podlaski	11	4,1	2	
Pomorski	15	0,9		
Śląski	218	1,5	14	17,8
Świętokrzyski	49	3,2		
Warmińsko - Mazurski	10	1,5	8	23,0
Wielkopolski	21	0,5		
Zachodniopomorski	45	1,8		

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Tabela 18 określa liczbę osób oczekujących na rozpoczęcie rehabilitacji neurologicznej ramach kategorii medycznej określonej jako przypadek stabilny, a także średni czas oczekiwania na rehabilitację neurologiczną w tej kategorii wśród kategorii medycznych określonych jako stabilne (stan na 11.2018 r.). Zgodnie ww. rozporządzeniem, za przypadek stabilny określa się przypadek inny niż stan nagły i przypadek pilny. Łącznie w całym kraju było 17 695 osób oczekujących na rozpoczęcie rehabilitacji neurologicznej wśród osób dorosłych i dzieci, a średnia ważona wyniosła 52 dni. Analizując osoby dorosłe, liczba osób oczekujących wyniosła 16 840 osób. Województwem o największej liczbie oczekujących osób dorosłych jest województwo śląskie z udziałem na poziomie 20,4%. Kolejnymi województwami pod względem liczebności osób dorosłych oczekujących na rozpoczęcie rehabilitacji neurologicznej są województwa dolnośląskie o udziale na poziomie 14,1% oraz

kujawsko–pomorskie o udziale stanowiącym 10,9%. Województwami o najniższej liczbie oczekujących pacjentów były województwo podlaskie, którego udział stanowił 0,4%. Średni czas oczekiwania w analizowanym okresie był największy w województwie opolskim i wyniósł 201 dni. Kolejnym województwem pod względem długości czasu oczekiwania na rehabilitację było województwo lubuskie (169 dni), podczas, gdy najmniejszą liczbę dni oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji cechowało województwo wielkopolskie (9 dni). W przypadku rehabilitacji neurologicznej dla dzieci, kolejki występowały w województwach lubelskim, małopolskim, mazowieckim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, śląskim i warmiński – mazurskim. Najwięcej osób oczekujących w analizowanym okresie było w województwie śląskim (34,7%), zaś najniższą w województwie podlaskim (0,2%) oraz lubelskim (0,4%). Najdłuższy ważony średni czas oczekiwania odnotowano w województwie warmińsko–mazurskim (73,4 dnia) oraz w województwie małopolskim (72,0 dnia)

Tabela 19 Liczba osób oczekujących w kolejkach do rehabilitacji neurologicznej oraz średni ważony czas oczekiwania w oddziale rehabilitacji neurologicznej i oddziale rehabilitacji neurologicznej dla dzieci w ramach kategorii medycznej określonej jako stabilne w podziale na OW NFZ

OW NFZ	Dorośli		Dzieci	
	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)
Dolnośląski	2 373	26		
Kujawsko - Pomorski	1 832	84		
Lubelski	405	51	12	61,0
Lubuski	180	169		
Łódzki	706	74		
Małopolski	1 617	38	144	72,0
Mazowiecki	1 530	19	158	35,5
Opolski	779	201		
Podkarpacki	317	34	118	63,0
Podlaski	317	34	2	63,0
Pomorski	1 069	84	3	0,0
Śląski	3 434	53	297	22,6
Świętokrzyski	291	73		
Warmińsko - Mazurski	167	41	121	73,4
Wielkopolski	1 273	9		
Zachodniopomorski	796	113		

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W pozostałych zakresach świadczeń w których realizowane były świadczenia dla pacjentów z dysfunkcjami układu nerwowego, liczba osób oczekujących i średni czas oczekiwania w podziale na OW NFZ przedstawione są w tabelach poniżej.

Na poziomie stacjonarnym – w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej, do analiz przyjęto, iż świadczenia mogą być realizowane w oddziale rehabilitacyjnym i oddziale rehabilitacyjnym narządu ruchu.

Na poziomie dziennego ośrodka – w rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej, do analiz przyjęto, iż świadczenia mogą być realizowane w zakładzie/ośrodku rehabilitacji leczniczej dziennej.

Na poziomie ambulatoryjnym – w fizjoterapii ambulatoryjnej i lekarskiej ambulatoryjnej opiece rehabilitacyjnej do analiz przyjęto, iż świadczenia mogą być realizowane odpowiednio w dziale/pracowni fizjoterapii oraz gabinecie lekarskim.

Na poziomie domowym – w fizjoterapii domowej do analiz przyjęto, iż świadczenia mogą być realizowane przez zespół rehabilitacji domowej.

Tabela 20 Liczba oczekujących i średni czas oczekiwania do różnych poziomów rehabilitacji leczniczej

Nazwa komórki organizacyjnej lub świadczenia opieki zdrowotnej	Poziom opieki	Liczba osób oczekujących			Średni czas oczekiwania		Liczba świadczeniodawców, którzy przekazali dane	
		Przypadek Pilny	Przypadek Stabilny	Ogółem	Przypadek Pilny	Przypadek Stabilny	Przypadek Pilny	Przypadek Stabilny
Dział (Pracownia) Fizjoterapii	fizjoterapia ambulatoryjna	112 452	963 707	1 076 159	50	133	2 758	2 758
Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu	rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna	3 795	17 321	21 116	119	787	17	17
Oddział Rehabilitacyjny		34 411	198 217	232 628	85	572	282	282
Oddział Rehabilitacji Neurologicznej	rehabilitacja neurologiczna stacjonarna	1 839	16 840	18 679	16	345	194	194
Poradnia Rehabilitacyjna	poradnia rehabilitacyjna	8 608	100 698	109 306	12	45	1 210	1 210
Zakład/Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej Diennej	rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna	15 578	76 351	91 929	50	166	591	591
Zespół Rehabilitacji Domowej	fizjoterapia domowa	867	4 973	5 840	28	75	417	417
Suma Końcowa		177 550	1 378 107	1 555 657			5 469	5 469

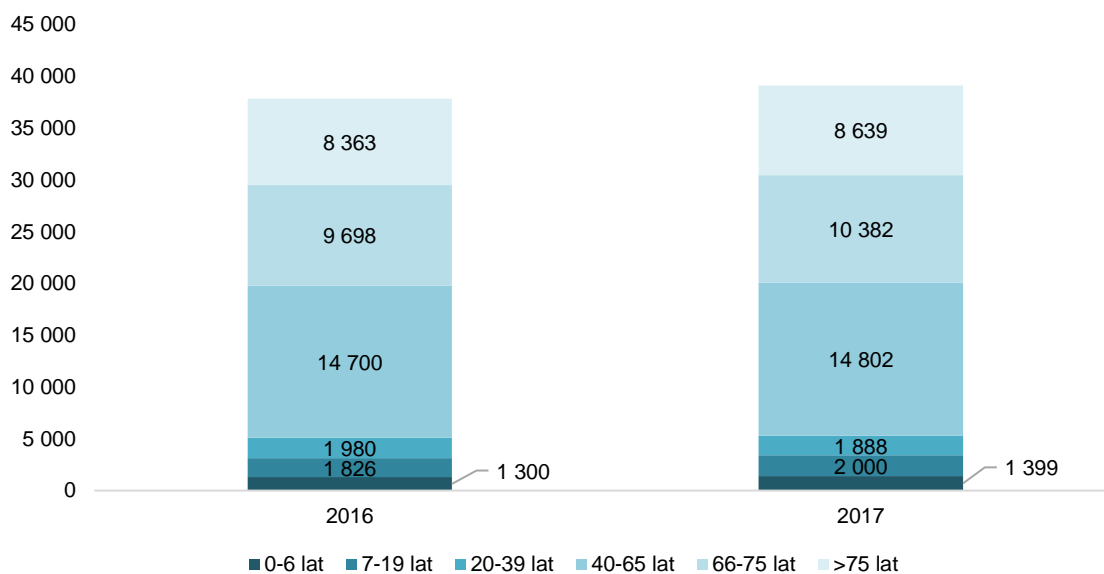
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

2.4.3. Analiza liczby i rodzaju udzielonych świadczeń

Rehabilitacja neurologiczna – wartość realizacji świadczeń w przedziałach wiekowych

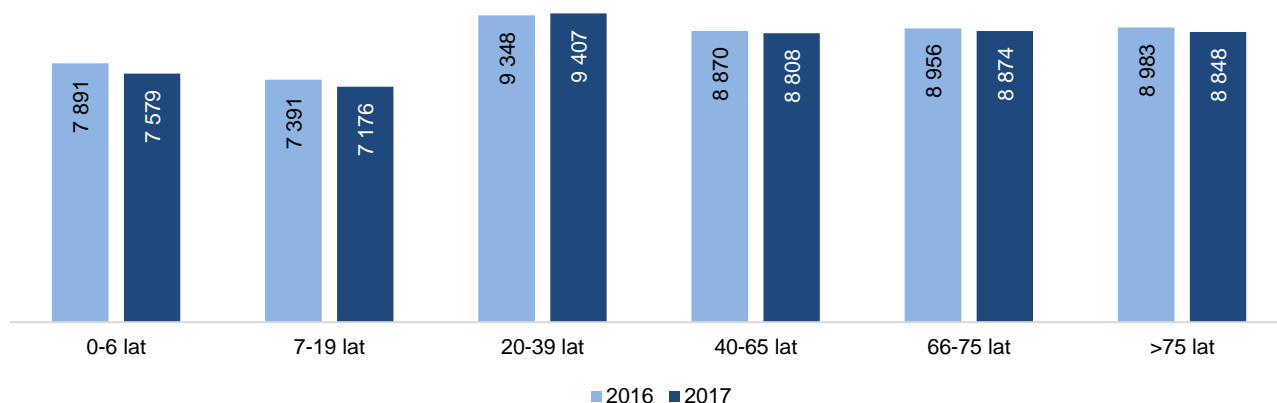
Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń z zakresu rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych w 2017 r. wyniosła 39 110 i wzrosła w stosunku do 2016 r. o 1 243 osoby, czyli o 3,3%. Największą grupę pacjentów stanowiły osoby w wieku 40–65 lat. Średni koszt rehabilitacji pacjenta w wieku 40–65 lat wyniósł 8 808 zł. Najwyższy średni koszt świadczenia zaobserwowano w grupie wiekowej 20–39 lat, który w roku 2016 kształtował się na poziomie 9 348 zł a w roku 2017 na poziomie 9 407 zł.

Wykres 4. Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń z zakresu rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych w przedziałach wiekowych



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

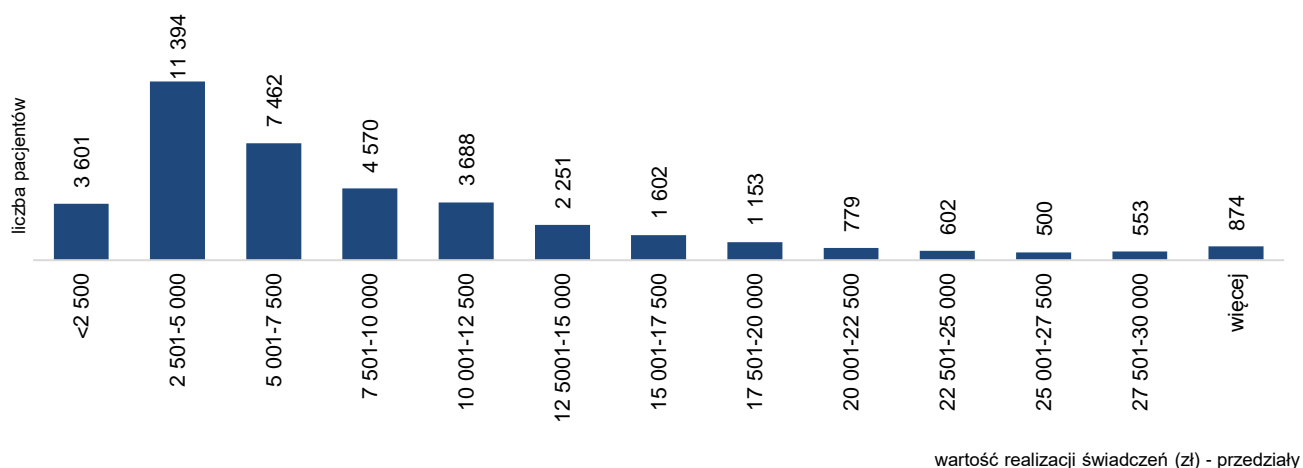
Wykres 5. Średnia wartość realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych w przedziałach wiekowych w zł



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ. | Dane na poziomie kraju.

Zestawiając wartości realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych w odniesieniu do pojedynczego pacjenta zaobserwowano, że 31% pacjentów otrzymało świadczenia o wartości powyżej 10 001 zł. Najliczniejsza grupa pacjentów (ponad 11 tys. osób), stanowiąca blisko 30% miała udzielone świadczenia o wartości od 2 501 do 5 000 zł. Blisko 9% pacjentów miało zrealizowane świadczenia, których koszt nie przekroczył wartości 2 500zł.

Wykres 6. Rozkład liczebności pacjentów ze względu na wartość realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych w 2017 r.

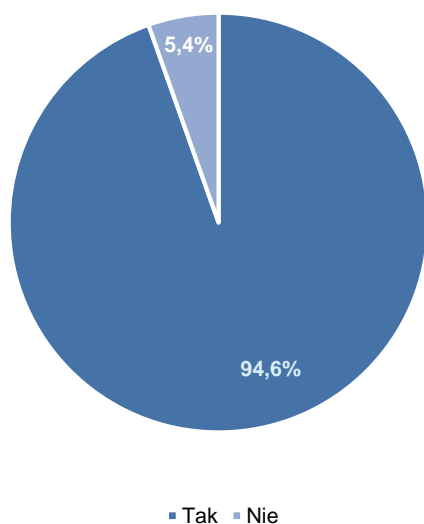


Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ. | Dane na poziomie kraju.

Struktura procedur udzielanych pacjentom

Sprawozdane w ramach rehabilitacji neurologicznej procedury medyczne ICD-9 zostały porównane z procedurami wskazanymi w załączniku nr 5 do Zarządzenia nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. z późniejszymi zmianami. W załączniku określono procedury niezbędne do rozliczenia świadczeń w ramach rehabilitacji neurologicznej. Poprzez porównanie możliwym było wyodrębnienie grupy procedur medycznych określonych jako wskazane do rozliczenia. W 2017 r. procedury wskazane do rozliczenia stanowiły blisko 95% (w ujęciu liczby zrealizowanych procedur) wszystkich procedur z zakresu rehabilitacja neurologiczna, czyli 9,3 mln procedur zrealizowanych w analizowanym okresie.

Wykres 7. Struktura procedur medycznych sprawozdanych w rehabilitacji neurologicznej w 2017 r. w podziale na procedury wskazane do rozliczenia (tak) i przekazywane fakultatywnie (nie) - w ujęciu liczby procedur



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

Wśród procedur z zakresu rehabilitacja neurologiczna zrealizowanych w 2017 r. największy udział miały ćwiczenia równoważne należące do kategorii procedur kinezyterapeutycznych. Drugą procedurą w ujęciu liczby zrealizowanych procedur stanowiła terapia zajęciowa. Wśród procedur określonych jako „inne” największą liczbę

zrealizowanych procedur stanowiły: naświetlanie promieniami IR – miejscowe, ćwiczenia bierne wykonywane mechanicznie, ćwiczenia prowadzone, ćwiczenia rozluźniające i relaksujące, których udział wyniósł po 1,0%.

Tabela 21. Zestawienie Top 20 najczęściej sprawozdawanych procedur ICD-9 w zakresie rehabilitacja neurologiczna w 2017 r. (procedury wskazane do rozliczenia i przekazywane fakultatywnie)

Nazwa procedury	Procedura wskazana do rozliczenia (tak/nie)	Kategoria procedur	Liczba procedur (w tys.)	Udział procedury w liczbie procedur ogółem
Ćwiczenia równoważne	Tak	Kinezyterapia	547	5,5%
Terapia zajęciowa	Tak	Terapia zajęciowa	535	5,4%
Ćwiczenia czynne wolne	Tak	Kinezyterapia	510	5,2%
Terapia psychologiczna lub neurologopedyczna	Tak	Psychologia/neurologopedia	481	4,9%
Nauka czynności lokomocyjnych	Tak	Kinezyterapia	446	4,5%
Czynne ćwiczenia oddechowe	Tak	Kinezyterapia	431	4,4%
Metody neurofizjologiczne - Metoda PNF	Tak	Kinezyterapia	379	3,8%
Ćwiczenia czynne w odciążeniu	Tak	Kinezyterapia	377	3,8%
Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne	Tak	Kinezyterapia	376	3,8%
Ćwiczenia sprawności manualnej	Tak	Kinezyterapia	316	3,2%
Ćwiczenia koordynacji ruchowej	Tak	Kinezyterapia	274	2,8%
Pionizacja czynna	Tak	Kinezyterapia	273	2,8%
Ćwiczenia samoobsługi	Tak	Kinezyterapia	260	2,6%
Ćwiczenia bierne wykonywane manualnie	Tak	Kinezyterapia	238	2,4%
Ćwiczenia samowspomagane	Tak	Kinezyterapia	226	2,3%
Ćwiczenia wspomagane	Tak	Kinezyterapia	220	2,2%
Nauka chodu o kulach i innym sprzęcie pomocniczym	Tak	Kinezyterapia	202	2,0%
Zabiegi fizjoterapeutyczne - inne	Tak	Fizjoterapia	202	2,0%
Ćwiczenia czynno - bierne	Tak	Kinezyterapia	200	2,0%
Ćwiczenia czynne w odciążeniu z oporem	Tak	Kinezyterapia	164	1,7%
Masaż klasyczny - częściowy	Tak	Masaż	132	1,3%
Ćwiczenia izometryczne	Tak	Kinezyterapia	131	1,3%
Przygotowanie do chodzenia	Tak	Kinezyterapia	120	1,2%
Ćwiczenia izokinetyczne	Tak	Kinezyterapia	116	1,2%
Metody neurofizjologiczne - Metoda NDT Bobath	Tak	Kinezyterapia	115	1,2%
Terapia afazji (i dysfazji)	Tak	Neurologopedia	115	1,2%
Opieka pielęgniarki lub położnej	Nie		112	1,1%
Pionizacja bierna	Tak	Kinezyterapia	107	1,1%
Ćwiczenia ogólnousprawniające grupowe	Tak	Kinezyterapia	106	1,1%
Metody neurofizjologiczne - ćwiczenia wspomagane zastępczym sprzężeniem zwrotnym (biofeedback)	Tak	Kinezyterapia	102	1,0%
Pozostałe procedury	-	-	2 063	20,9%
Ogółem	-	-	9 876	-

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

W 2017 r. najwięcej procedur z zakresu rehabilitacja medyczna określonych w ww. załączniku stanowiły procedury z kategorii kinezyterapia. W analizowanym roku blisko ¾ procedur było zrealizowanych w ramach tej kategorii. Warto podkreślić, że różnica pomiędzy kinezyterapią, a drugą w pod względem liczby wykonanych procedur fizykoterapią wynosiła 6 257 582 procedur (67,0%). Z kolei najmniej procedur zostało wykonanych w ramach terapii wzroku. W ramach tej kategorii w 2017 r. wykonanych zostało 9 procedur.

Tabela 22. Liczba oraz udział kategorii procedur medycznych ICD-9 sprawozdanych w ramach rehabilitacji neurologicznej w 2017 r. (procedury wskazane do rozliczenia)

Kategoria procedur	Liczba procedur (w tyś.)	Udział kategorii w liczbie procedur ogółem
Kinezyterapia	6 854	73,4%
Fizykoterapia	597	6,4%
Terapia zajęciowa	535	5,7%
Psychologia/Neurologopedia	481	5,2%
Fizjoterapia	202	2,2%
Psychoterapia	187	2,0%
Neurologopedia	163	1,7%
Masaż	132	1,4%
Diagnostyczne	84	0,9%
Edukacja specjalna	75	0,8%
Psychologia	30	0,3%
Terapia wzroku	0	0,0%
Ogółem	9 340	0,0%

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

W związku z wysokim udziałem kinezyterapii analizie poddano poszczególne procedury w ramach tej kategorii. Wśród procedur kinezyterapeutycznych największy udział stanowiły ćwiczenia równoważne z udziałem na poziomie 8,0% oraz ćwiczenia czynne wolne, których udział stanowił 7,4%. W ramach tych dwóch kategorii w 2017 r. wykonano ponad milion (1,1 mln) procedur kinezyterapeutycznych. Wśród procedur sklasyfikowanych jako „pozostałe”, największy udział stanowiły poszczególne ćwiczenia, których łączny udział stanowił 13,8%. Należą do nich: ćwiczenia samoobsługi (3,8% udziału), ćwiczenia bierne wykonywane manualnie (3,5%), ćwiczenia samowspomagane (3,3%), a także ćwiczenia wspomagane (3,2%).

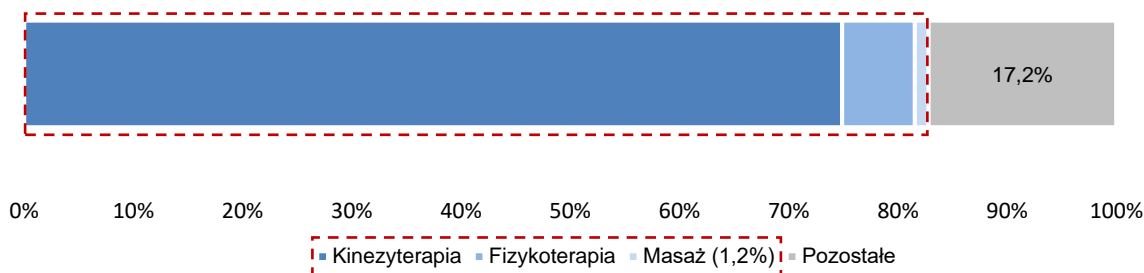
Tabela 23. Liczba oraz udział procedur medycznych ICD-9 z kategorii kinezyterapia sprawozdanych w ramach rehabilitacji neurologicznej w 2017 r. (procedury wskazane do rozliczenia)

Nazwa procedury	Liczba procedur (w tyś.)	Udział procedury w liczbie procedur kinezyterapii ogółem
Ćwiczenia równoważne	547	8,0%
Ćwiczenia czynne wolne	510	7,4%
Nauka czynności lokomocyjnych	446	6,5%
Czynne ćwiczenia oddechowe	432	6,3%
Metody neurofizjologiczne - Metoda PNF	379	5,5%
Ćwiczenia czynne w odciążeniu	377	5,5%
Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne	376	5,5%
Ćwiczenia sprawności manualnej	316	4,6%
Ćwiczenia koordynacji ruchowej	274	4,0%
Pionizacja czynna	273	4,0%
Pozostałe	2 926	42,7%
Ogółem	6 854	

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

W kolejnej części analizy dotyczącej zrealizowanych procedur oddzielnie przeanalizowano rehabilitację neurologiczną oraz rehabilitację neurologiczną dla dzieci.

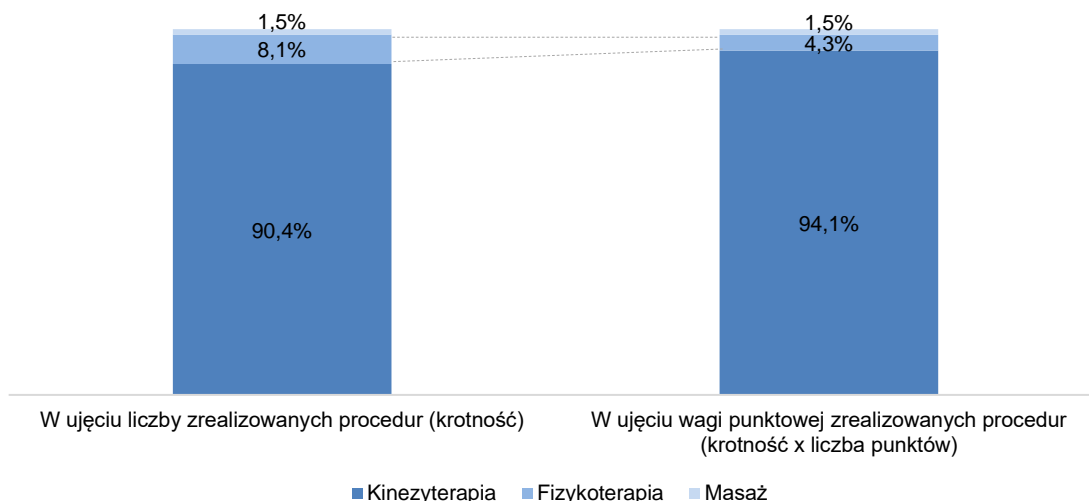
Wykres 8. Udział grup procedur ICD-9 zrealizowanych w ramach zakresu rehabilitacja neurologiczna w 2017 r. – w ujęciu liczby zrealizowanych procedur (krotność)



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

W przypadku procedur fizjoterapeutycznych, kinezyterapia stanowiła w 2017 r. 90,4% (w ujęciu krotności), zaś w ujęciu wagi punktowej 94,1%. Zabiegów fizykoterapii wykonano 8,1%, a jej waga punktowa wyniosła 4,3%. W przypadku masażu liczba zrealizowanych procedur i udział wagi punktowej wyniósł równo po 1,5%.

Wykres 9. Udział grup procedur fizjoterapeutycznych z zakresu rehabilitacja neurologiczna w 2017 r.



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

W grupie kinezyterapii największy procentowy udział (w ujęciu krotności) miały czynne ćwiczenia oddechowe 9,8%, a udział w ujęciu wagi punktowej wyniósł 5%. Naukę czynności lokomocyjnych wykonano 7,7% przy ciężarze wagi 6,3%. W ujęciu wagi punktowej zrealizowanych procedur największy udział miała metoda neurofizjologiczna – metoda PNF 11,7%, z 4,6% udziałem wykonanych procedur (krotności). Przy zabiegach z fizykoterapii pacjenci najczęściej korzystali z zabiegów fizjoterapeutycznych – innych 28,9% przy również największej wadze punktowej 28,8%. W przypadku masażu największą liczbę zrealizowanych procedur i jednocześnie największą wagę punktową, tak jak we wszystkich powyżej analizowanych zakresach miał masaż klasyczny – częściowy, który uzyskał odpowiednio 86,6% i 90,1%. Analizując grupę pozostałe procedury największy procentowy udział (w ujęciu krotności) miała psychologia 7,6%, w której najczęściej wykonywane była terapia psychologiczna i neurologopedyczna 74,3%. Na drugim miejscu znalazła się terapie zajęciowe, edukacyjne i inne 4,6%, z czego terapia zajęciowa stanowiła 88,6%. Na trzecim miejscu należy wymienić procedury okołofizjoterapeutyczne z udziałem wykonanych procedur (krotności) 3,2%. W tym najczęściej pacjenci korzystali z opieki pielęgniarki i położnej, innych nieoperacyjnych funkcjonalnych testów neurologicznych oraz porady lekarskiej, konsultacji i asysty. Najmniejszy procentowy udział (w ujęciu krotności) w pozostałych procedurach stanowiła diagnostyka fizjoterapeutyczna 0,4%.

Tabela 24. Istotne grupy procedur fizjoterapeutycznych z zakresu rehabilitacja neurologiczna w 2017 r.

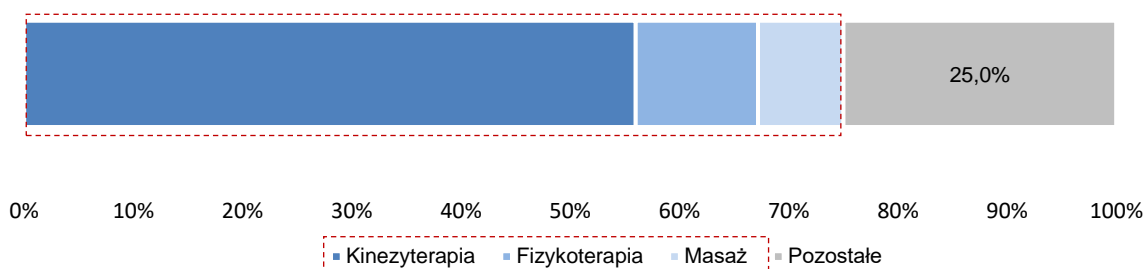
Nazwa grupy procedur	Nazwa procedury ICD-9	Udział % (w ujęciu krotności)	Udział % (w ujęciu wagi punktowej)
Kinezyterapia			
	Czynne ćwiczenia oddechowe	9,8%	5,0%
	Nauka czynności lokomocyjnych	7,7%	6,3%
	Ćwiczenia równoważne	6,4%	5,2%
	Ćwiczenia czynne wolne	5,7%	3,5%
	Ćwiczenia czynne w odciążeniu	5,4%	3,3%
	Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne	5,3%	3,2%
	Pionizacja czynna	5,2%	4,3%
	Ćwiczenia czynne w odciążeniu z oporem	4,9%	3,0%
	Metody neurofizjologiczne – Metoda PNF	4,6%	11,7%
	Ćwiczenia sprawności manualnej	4,0%	2,0%
	Nauka chodu o kulach i innym sprzęcie pomocniczym	3,7%	3,1%
	Ćwiczenia wspomagane	3,7%	3,1%
	Ćwiczenia samoobsługi	3,2%	1,7%
	Ćwiczenia czynno-bierne	3,1%	8,0%
	Ćwiczenia bierne wykonywane manualnie	2,9%	7,5%
	Top 15 ogółem	75,6%	71,1%
Fizykoterapia			
	Zabiegi fizjoterapeutyczne inne	28,9%	28,8%
	Naświetlanie promieniami IR – miejscowe	10,3%	6,1%
	Pole magnetyczne stałe i niskiej częstotliwości	8,4%	5,0%
	Kąpiel wirowa kończyn górnych	7,7%	10,7%
	Laseroterapia	6,7%	4,0%
	Kąpiel wirowa kończyn dolnych	4,9%	6,8%
	Prądy TENS	4,7%	3,8%
	Krioterapia miejscowa ciekłym azotem	4,7%	7,5%
	Elektrostymulacja mięśni	3,3%	4,6%
	Laseroterapia punktowa	3,0%	3,6%
	Top 10 ogółem	82,7%	81,0%
Masaż			
	Masaż klasyczny częściowy	86,6%	90,1%
	Masaż pneumatyczny	5,0%	3,1%
	Masaż inny	3,1%	3,3%
	Masaż mechaniczny	2,8%	1,2%
	Masaż punktowy	1,3%	1,4%
	Top 5 ogółem	98,9%	99,0%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ. | Legenda do kolorów: kolor biały dotyczy wartości najniższych, natomiast niebieski wartości najwyższych.

Rehabilitacja neurologiczna dla dzieci - procedury ICD 9

W ujęciu liczby zrealizowanych procedur (krotność) w 2017 r. procedury kinezyterapeutyczne stanowiły 75,0% wszystkich wykonanych procedur. Pozostałe procedury w ramach rehabilitacji neurologicznej wyniosły 25,0%.

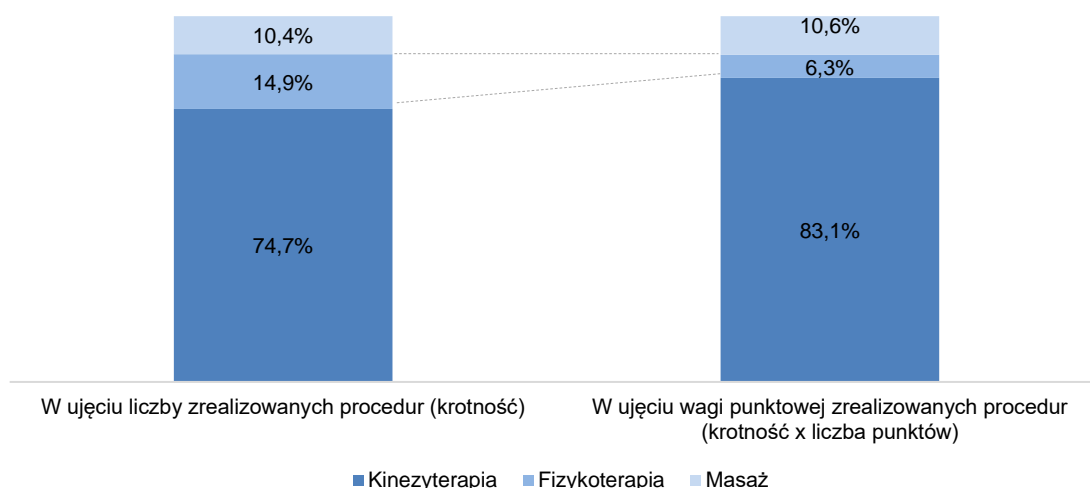
Wykres 10. Udział grup procedur ICD-9 zrealizowanych w ramach zakresu rehabilitacja neurologiczna dla dzieci w 2017 r. – w ujęciu liczby zrealizowanych procedur (krotność)



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

W odniesieniu do procedur fizjoterapeutycznych, kinezyterapia stanowiła w 2017 r. 74,7% (w ujęciu krotności), natomiast w ujęciu wagi punktowej 83,1%. Zabiegów fizykoterapeutycznych wykonano 14,9%, a ich waga punktowa wyniosła 6,3%. W przypadku masażu liczba zrealizowanych procedur stanowiła 10,4%, a waga punktowa 10,6%.

Wykres 11. Udział grup procedur fizjoterapeutycznych z zakresu rehabilitacja neurologiczna dla dzieci w 2017 r.



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

W grupie kinezyterapii największy procentowy udział (w ujęciu krotności) miały cztery zakresy: ćwiczenia równoważne 13,9%, ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne (12,9%), ćwiczenia wspomagane (12,6%), nauka czynności lokomocyjnych (10,9%), przy ciężarze punktowym wynoszącym odpowiednio 10,5%, 7,3%, 9,5%, 8,2%. Z kolei największy udział wagi punktowej miały ćwiczenia czynno-bierne – 17,0%, ćwiczenia bierne redresyjne 11,1%, ćwiczenia równoważne 10,5%, gdy liczba zrealizowanych procedur wyniosła odpowiednio: 7,2%, 4,7%, 13,9%. W grupie fizykoterapii największą liczbę udzielonych procedur i wagę punktową uzyskały naświetlanie promieniami IR – miejscowe oraz ciepłe suche okłady. W przypadku masażu największą liczbę zrealizowanych procedur i jednocześnie największą wagę punktową uzyskał masaż klasyczny częściowy, który stanowił odpowiednio 94,4% i 96,8%. Dokonując analizy pozostałych procedur w rehabilitacji neurologicznej dla dzieci największy procentowy udział (w ujęciu krotności) odnotowały procedury okołowizjoterapeutyczne – m11,4%. Najczęściej wykonywanymi procedurami okołowizjoterapeutycznymi była: glukoza z krwi żyłnej, aminotransferaza alaninowa (ALT), aminotransferaza asparaginianowa (AST), morfologia krwi 8-parametrowa, kreatynina, białko C-reaktywne (CRP), cholesterol całkowity. Na drugim miejscu znalazły się terapie zajęciowe, edukacyjne i inne (10%), przy czym pacjenci z terapii zajęciowej skorzystali (w ujęciu krotności) 57,9%, a z edukacji specjalistycznej dla osób niepełnosprawnych 42%, terapii zajęciowej wykonano 0,1%. Psychologia odnotowała 2,2% udziału w pozostałych procedurach i logopedia 1% (w tym terapia defektów wymowy stanowiła 100%), a diagnostyka fizjoterapeutyczna 0,4% (w tym elektrodiagnostyka wyniosła 100%).

Tabela 25. Istotne grupy procedur fizjoterapeutycznych z zakresu rehabilitacja neurologiczna dla dzieci w 2017 r.

Nazwa grupy procedur	Nazwa procedury ICD-9	Udział % (w ujęciu krotności)	Udział % (w ujęciu wagi punktowej)
Kinezyterapia			
	Ćwiczenia równoważne	13,9%	10,5%
	Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne	12,9%	7,3%
	Ćwiczenia wspomagane	12,6%	9,5%
	Nauka czynności lokomocyjnych	10,9%	8,2%
	Ćwiczenia czynno-bierne	7,2%	17,0%
	Ćwiczenia bierne redresyjne	4,7%	11,1%
	Ćwiczenia rozluźniające i relaksujące	4,6%	2,2%
	Pionizacja czynna	3,4%	2,6%
	Metody neurofizjologiczne – Metoda NDT Bobath	3,4%	8,0%
	Pionizacja bierna	2,9%	2,2%
	Top 10 ogółem	76,6%	78,6%
Fizykoterapia			
	Naświetlanie promieniami IR – miejscowe	35,4%	26,4%
	Ciepłe suche okłady	19,6%	19,4%
	Pole magnetyczne stałe i niskiej częstotliwości	12,3%	9,2%
	Laseroterapia	8,1%	6,0%
	Kąpiel wirowa kończyn dolnych	5,9%	10,2%
	Kąpiel wirowa kończyn górnych	3,7%	6,5%
	Laseroterapia punktowa	3,3%	4,9%
	Galwanizacja	3,2%	3,2%
	Tonoliza	2,6%	3,8%
	Kąpiel perełkowa	1,7%	5,1%
	Top 10 ogółem	95,7%	94,7%
Masaż			
	Masaż klasyczny częściowy	94,4%	96,8%
	Masaż wibracyjny	4,2%	1,7%
	Masaż – inny	1,4%	1,5%
	Top 3 ogółem	100,0%	100,0%

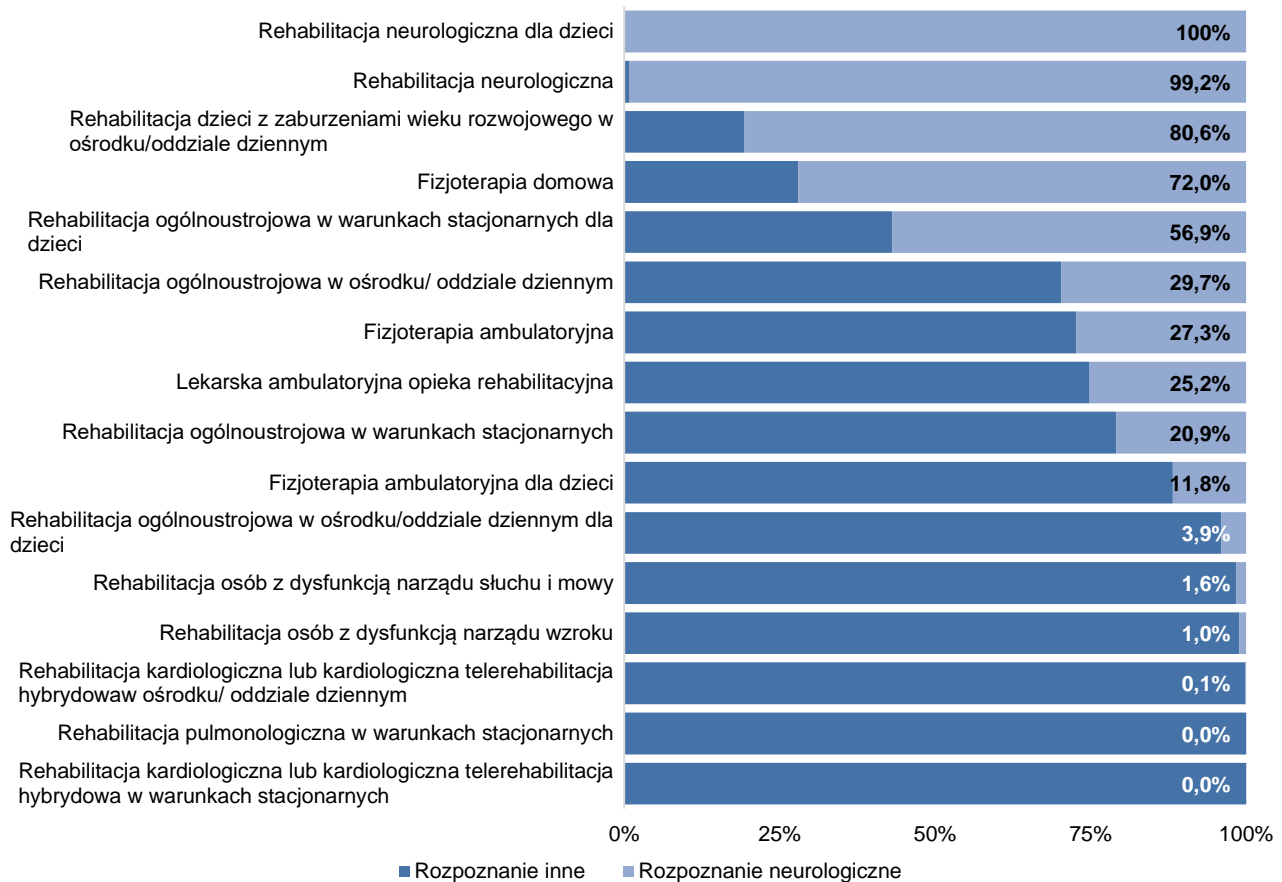
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ. | Legenda do kolorów: kolor biały dotyczy wartości najniższych, natomiast niebieski wartości najwyższych.

Analiza danych w zakresie korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych pacjentów z rozpoznaniem neurologicznym

W pierwszym etapie analizy rozpoznania główne ICD-10 sprawozdane w 2017 roku w rodzaju rehabilitacja lecznicza zostały ekspercko podzielone na dwie grupy rozpoznań – grupę tzw. rozpoznań neurologicznych oraz grupę rozpoznań innych.

W 2017 r. udział rozpoznań neurologicznych w rehabilitacji leczniczej ogółem według wartości zrealizowanej wyniósł 38,4%, tj. 916,6 mln zł. Poszczególne zakresy rehabilitacji leczniczej wykazywały zróżnicowany udział rozpoznań neurologicznych, który w rehabilitacji neurologicznej wyniósł ponad 99% i 100% w rehabilitacji neurologicznej dla dzieci. Na kolejnych miejscach znalazły się: rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym, fizjoterapia domowa i rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla dzieci.

Wykres 12. Udział rozpoznań neurologicznych i innych w poszczególnych zakresach rehabilitacji leczniczej w 2017 r. - ujęciu wartości zrealizowanej



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

Wszystkie poniżej przeprowadzone analizy zostały przeprowadzone na danych zawężonych do grupy rozpoznań neurologicznych.

Największą wartość zrealizowaną wyżej wymienionych rozpoznań sprawozdano w grupach zakresów: fizjoterapia ambulatoryjna - 904,0 mln zł, rehabilitacja lecznicza w warunkach stacjonarnych - 840,1 mln zł i rehabilitacja lecznicza w warunkach ośrodka/oddziału dziennego - 253,0 mln zł. Natomiast w dwóch pozostałych grupach zakresów: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna i fizjoterapia domowa rozpoznania neurologiczne wyniosły odpowiednio: blisko 60,8 mln zł i 20,7 mln zł.

W zakresie rehabilitacja neurologiczna, dominowały trzy rozpoznania główne ICD-10: spastyczne porażenie połowicze – 28,8%; następstwa zawału mózgu – 22,5%; porażenie połowicze, nieokreślone – 16,0%. Natomiast w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna najwięcej było zaburzeń korzeni i splotów nerwowych – 21,8% i innych chorób krążka międzykręgowego – 14,7% w ujęciu wartości zrealizowanej. Na kolejnym miejscu odnotowano rehabilitację z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym, gdzie 26,5% udział miał brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego i 10,6% opóźnienie etapów rozwoju fizjologicznego.

Tabela 26. Zestawienie istotnych rozpoznań neurologicznych – malejąco wg wartości zrealizowanej poszczególnych zakresów

Grupy zakresów	Zakresy/MUS	Rozpoznanie główne ICD-10	Wartość zrealizowana w 2017
FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA [2 979]*	Zaburzenia korzeni i splotów nerwowych	53 889,3
		Inne choroby krążka międzykręgowego	36 368,1
		Choroby krążków międzykręgowych szyjnych	18 417,0
		Następstwa chorób naczyniowych mózgu	10 859,9

Grupy zakresów	Zakresy/MUS	Rozpoznanie główne ICD-10	Wartość zrealizowana w 2017
		Porażenie połowicze	9 082,5
		TOP 5 suma	128 616,9
		Udział TOP 5 w wartości zrealizowanej ogółem	52,1%
FIZJOTERAPIA DOMOWA	FIZJOTERAPIA DOMOWA [271]	Stwardnienie rozsiane	2 210,0
		Następstwa chorób naczyniowych mózgu	1 983,0
		Porażenie połowicze	1 934,4
		Choroba Parkinsona	1 614,7
		Porażenie kończyn dolnych i czterokończynowe	1 458,1
		TOP 5 suma	9 200,2
		Udział TOP 5 w wartości zrealizowanej ogółem	61,9%
		LEKARSKA AMBULATORYJNA OPIEKA REHABILITACYJNA	LEKARSKA AMBULATORYJNA OPIEKA REHABILITACYJNA [1 459]
Zaburzenia korzeni i splotów nerwowych	2 309,7		
Choroby krążków międzykręgowych szyjnych	1 491,3		
Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych	731,3		
Brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego	412,2		
TOP 5 suma	7 833,6		
Udział TOP 5 w wartości zrealizowanej ogółem	51,2%		
REHABILITACJA LECZNICZA W WARUNKACH OŚRODKA/ODDZIAŁU DZIENNEGO	REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W OŚRODKU/ODDZIALE DZIENNYM [528]		
		Zaburzenia korzeni i splotów nerwowych	7 343,1
		Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych	5 178,3
		Stwardnienie rozsiane	3 895,9
		Inne określone przemieszczenia krążków międzykręgowych	3 166,3
		TOP 5 suma	29 255,6
		Udział TOP 5 w wartości zrealizowanej ogółem	44,0%
		REHABILITACJA OSÓB Z DYSFUNKCJĄ NARZĄDU SŁUCHU I MOWY [61]	Brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego
	Całościowe zaburzenia rozwojowe		40,1
	Mózgowe porażenie dziecięce		17,9
	Zespół Downa		13,8
	Autyzm dziecięcy		13,8
	TOP 5 suma		146,0
	Udział TOP 5 w wartości zrealizowanej ogółem		74,4%
	REHABILITACJA OSÓB Z DYSFUNKCJĄ NARZĄDU WZROKU [16]		Inne wodogłowie
		Inne zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego	3,5
		Całościowe zaburzenia rozwojowe	2,5
		Opóźnienie etapów rozwoju fizjologicznego	2,3
		Spastyczne porażenie połowicze	1,7
		TOP 5 suma	15,3
Udział TOP 5 w wartości zrealizowanej ogółem		59,1%	
REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA LUB KARDIOLOGICZNA TELEREHABILITACJA HYBRYDOWA W OŚRODKU/ODDZIALE DZIENNYM [79]		Zaburzenia korzeni i splotów nerwowych	3,7
	Następstwa chorób naczyniowych mózgu	2,3	
	Choroba krążków międzykręgowych, nieokreślona	1,6	
	Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych	1,4	
	Inne określone choroby krążków międzykręgowych	1,3	
	TOP 5 suma	10,2	
	Udział TOP 5 w wartości zrealizowanej ogółem	81,9%	
	REHABILITACJA LECZNICZA W WARUNKACH STACJONARNYCH	REHABILITACJA NEUROLOGICZNA [208]	Spastyczne porażenie połowicze
Następstwa zawału mózgu			76 316,8
Porażenie połowicze, nieokreślone			54 207,6
Inne określone zespoły porażenne			13 560,0
Spastyczne porażenie czterokończynowe			11 068,4
TOP 5 suma			252 684,4
Udział TOP 5 w wartości zrealizowanej ogółem			74,5%

Grupy zakresów	Zakresy/MUS	Rozpoznanie główne ICD-10	Wartość zrealizowana w 2017
	REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH [335]	Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych	23 626,8
		Spastyczne porażenie połowicze	6 959,7
		Choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych	5 032,8
		Stwardnienie rozsiane	4 247,7
		Następstwa zawału mózgu	4 180,7
		TOP 5 suma	44 047,7
		Udział TOP 5 w wartości zrealizowanej ogółem	44,8%
	REHABILITACJA PULMONOLOGICZNA W WARUNKACH STACJONARNYCH [30]	Inne określone zespoły porażenne	0,4
		TOP 5 suma	0,4
		Udział TOP 5 w wartości zrealizowanej ogółem	100%

* liczby w nawiasie oznaczają liczbę miejsc udzielania świadczeń

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

W 2017 r. największa liczba pacjentów z rozpoznaniem neurologicznymi była w dwóch zakresach: fizjoterapia ambulatoryjna oraz lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna. W zakresie fizjoterapia ambulatoryjna udział liczby pacjentów w liczbie pacjentów ogółem we wszystkich zakresach wyniósł 60% (u mężczyzn 34,4%, a u kobiet 65,6%).

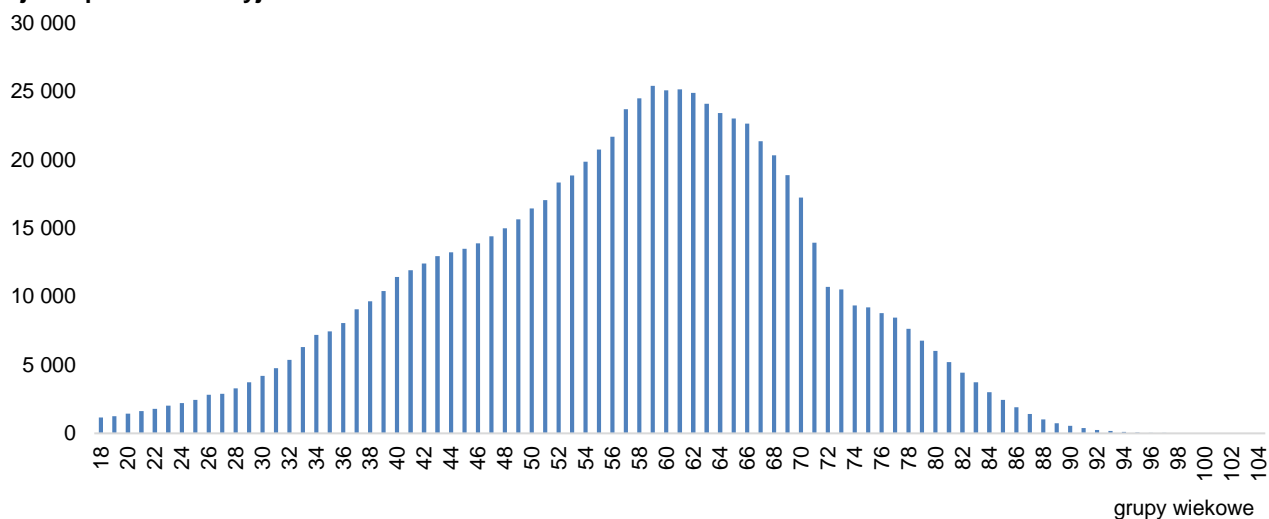
Tabela 27. Liczba pacjentów z rozpoznaniem neurologicznymi w poszczególnych zakresach w podziale na płeć

Zakresy	Liczba mężczyzn	Udział w %	Liczba kobiet	Udział w %	Liczba pacjentów	Udział w liczbie pacjentów ogółem
Fizjoterapia ambulatoryjna	286 339	34,4%	545 369	65,6%	831 708	60%
Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna	153 846	37,6%	255 819	62,4%	409 665	49%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/ oddziale dziennym	21 556	38,3%	34 665	61,7%	56 221	14%
Rehabilitacja neurologiczna	22 522	55,3%	18 218	44,7%	40 740	72%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	15 876	45,1%	19 301	54,9%	35 177	86%
Fizjoterapia domowa	3 450	48,8%	3 621	51,2%	7 071	20%
Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy	223	69,3%	99	30,7%	322	5%
Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku	29	59,2%	20	40,8%	49	15%
Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/ oddziale dziennym	8	57,1%	6	42,9%	14	29%
Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	0	0,0%	1	100,0%	1	7%

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

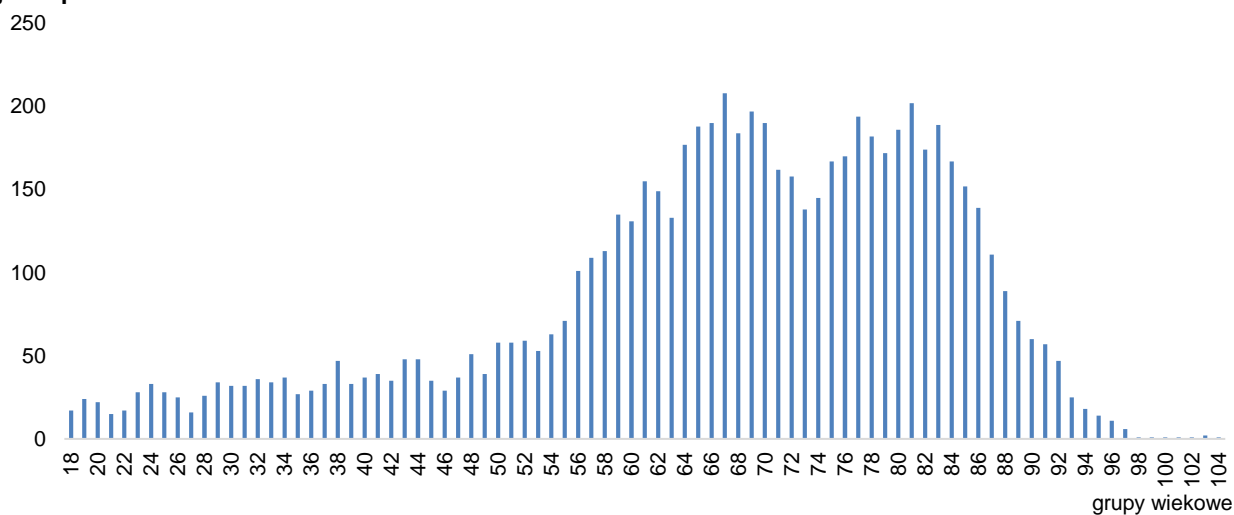
W 2017 r. największa liczba pacjentów z rozpoznaniem neurologicznymi w grupie fizjoterapia ambulatoryjna była pomiędzy 57 a 66 rokiem życia i mieściła się w przedziale od 22 656 w 66 roku życia do 25 416 w 59 roku życia.

Wykres 13. Rozkład liczebności pacjentów z rozpoznaniem neurologicznymi od 18 r.ż. ze względu na wiek w grupie fizjoterapia ambulatoryjna w 2017 roku



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

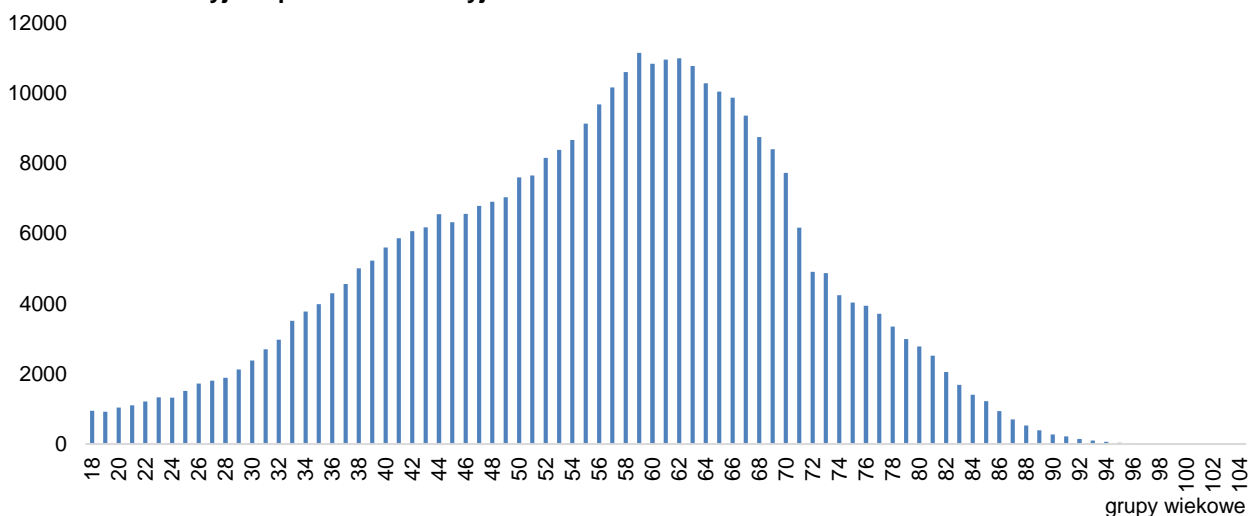
Wykres 14. Rozkład liczebności pacjentów z rozpoznaniem neurologicznymi od 18 r.ż. ze względu na wiek w grupie fizjoterapia domowa w 2017 roku



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

W grupie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna największa liczba pacjentów z rozpoznaniem neurologicznymi była pomiędzy 57 a 66 roku życia i mieścił się w przedziale od 9875 w 66 roku życia do 10 999 w 62 roku życia.

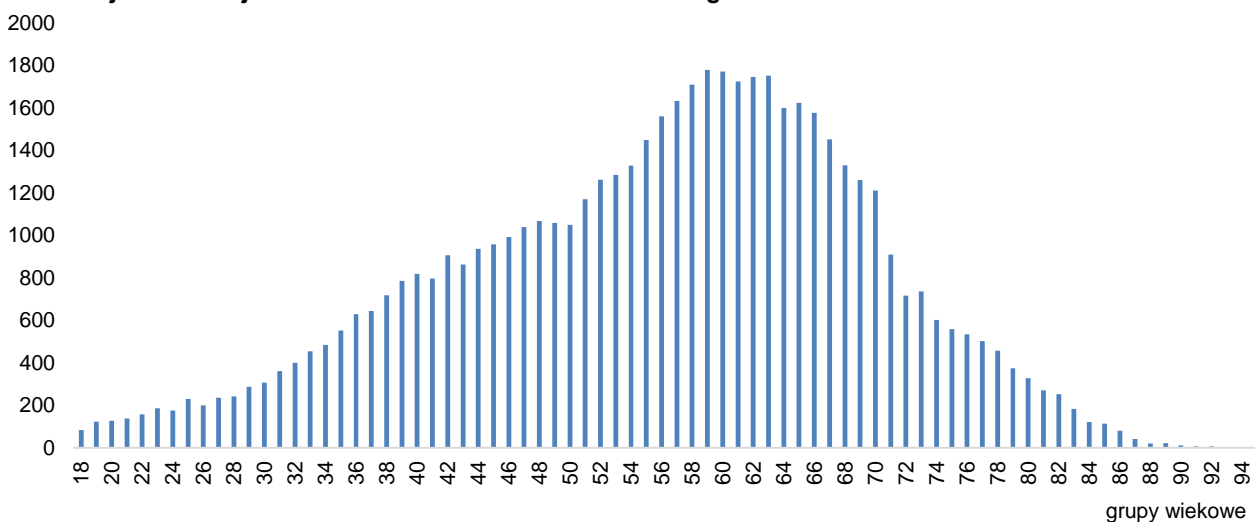
Wykres. 15 Rozkład liczebności pacjentów z rozpoznaniem neurologicznymi od 18 r.ż. ze względu na wiek w grupie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna w 2017 roku



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

W grupie rehabilitacja leczniczej w warunkach ośrodka/oddziału dziennego największa liczba pacjentów z rozpoznaniem neurologicznymi była tak jak w grupie lecznicza ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna pomiędzy 57 a 66 roku życia i mieścił się w przedziale od 1 578 w 66 roku życia do 1 749 w 63 roku życia.

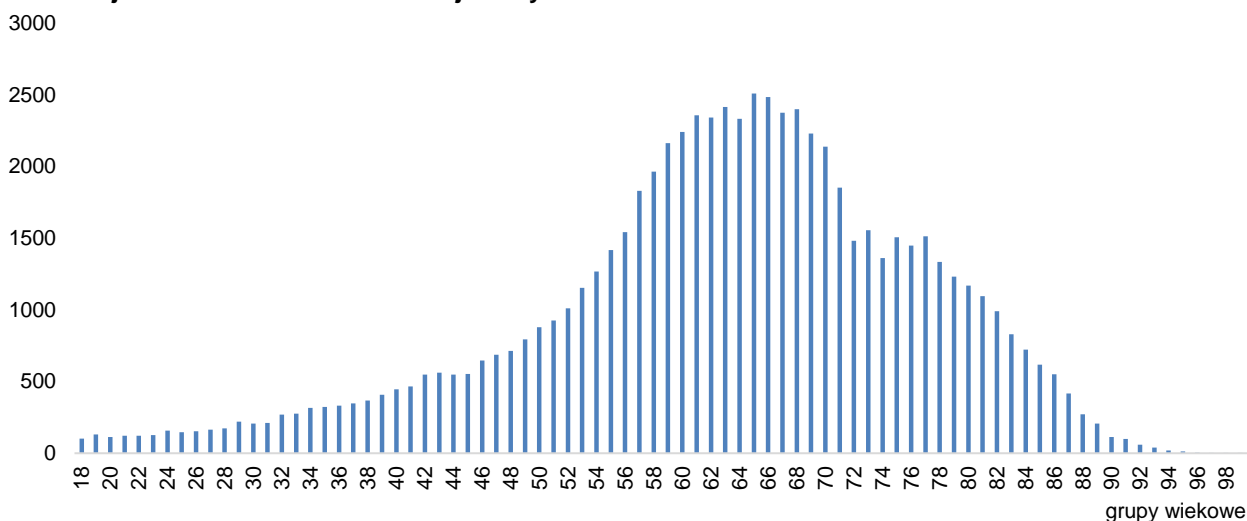
Wykres 16. Rozkład liczebności pacjentów z rozpoznaniem neurologicznymi od 18 r.ż. ze względu na wiek w grupie rehabilitacja leczniczej w warunkach ośrodka/oddziału dziennego



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

W 2017 r. największa liczba pacjentów z rozpoznaniem neurologicznymi w grupie rehabilitacji leczniczej w warunkach ośrodka/oddziału dziennego była pomiędzy 60 a 69 rokiem życia i mieściła się w przedziale od 2 241 w 60 roku życia do 2 510 w 65 roku życia.

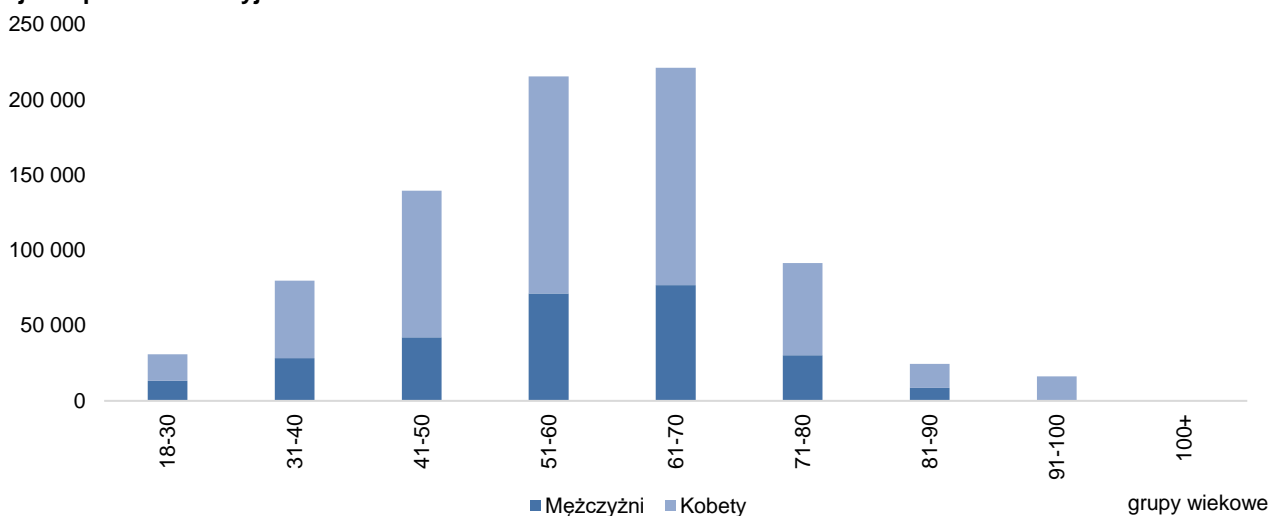
Wykres 17. Rozkład liczebności pacjentów z rozpoznaniem neurologicznymi od 18 r.ż. ze względu na wiek w grupie rehabilitacja lecznicza w warunkach stacjonarnych



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

W grupie fizjoterapia ambulatoryjna dwie najliczniejsze grupy wiekowe w rozpoznaniach neurologicznych były u pacjentów pomiędzy 51 a 70 rokiem życia. Największą liczbę analizowanych rozpoznań odnotowano pomiędzy 61 a 70 rokiem życia i wyniosła: 76,9 tys. mężczyzn i 144,2 tys. kobiet. Następną grupą wiekową byli mężczyźni i kobiety pomiędzy 51 i 60 rokiem życia, u których szpitale sprawozdały odpowiednio: 71,3 tys. i 144,0 tys. rozpoznań neurologicznych.

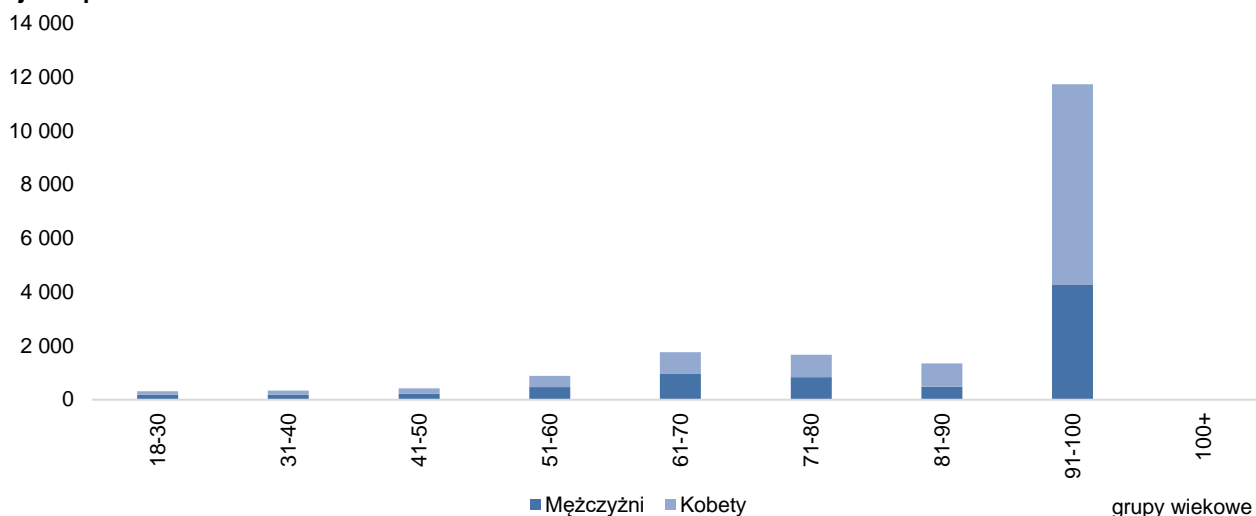
Wykres 18. Liczba pacjentów z rozpoznaniem neurologicznymi w grupach wiekowych w podziale na płeć w grupie fizjoterapia ambulatoryjna w 2017 r.



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

W 2017 r. w grupie fizjoterapia domowa najliczniejszą grupą wiekową w rozpoznaniach neurologicznych byli pacjenci pomiędzy 91 a 100 rokiem życia. Sprawozdana przez szpitale liczba pacjentów wyniosła 4,3 tys. mężczyzn i 7,5 tys. kobiet.

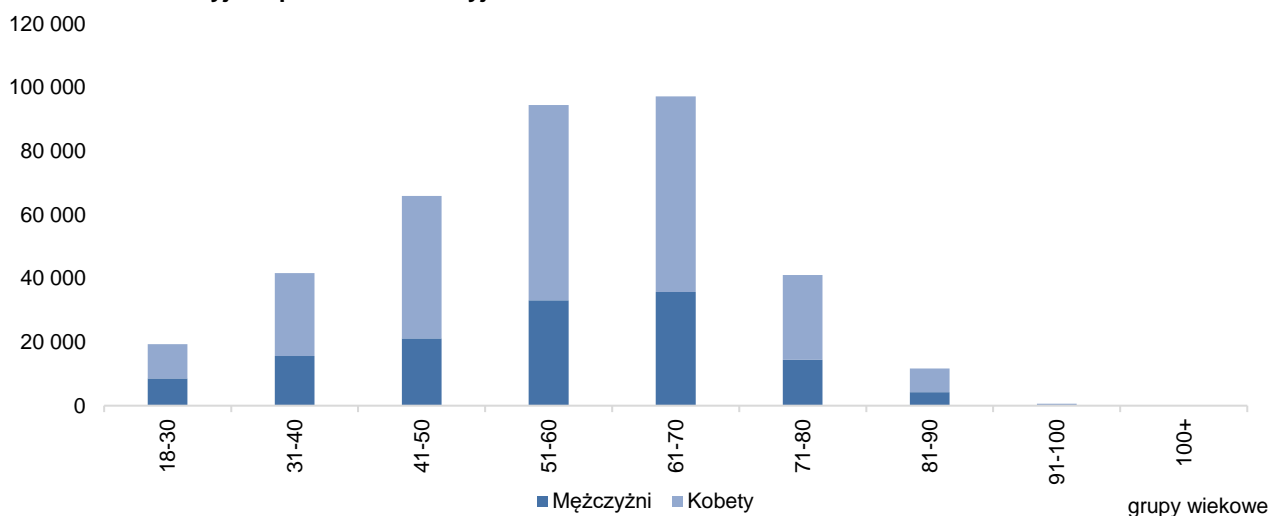
Wykres 19. Liczba pacjentów z rozpoznaniem neurologicznym w grupach wiekowych w podziale na płeć w grupie fizjoterapia domowa w 2017 r.



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

W grupie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna podobnie jak w grupie fizjoterapia ambulatoryjna dwie najliczniejsze grupy wiekowe w rozpoznaniach neurologicznych były u pacjentów pomiędzy 51 a 70 rokiem życia. Największą liczbę analizowanych rozpoznań odnotowano pomiędzy 61 a 70 rokiem życia i wyniosła: 35,7 tys. mężczyzn i 61,5 tys. kobiet. Następną najliczniejszą grupą wiekową byli mężczyźni i kobiety pomiędzy 51 i 60 rokiem życia, u których szpitale sprawozdały odpowiednio: 33,1 tys. i 61,3 tys. rozpoznań neurologicznych.

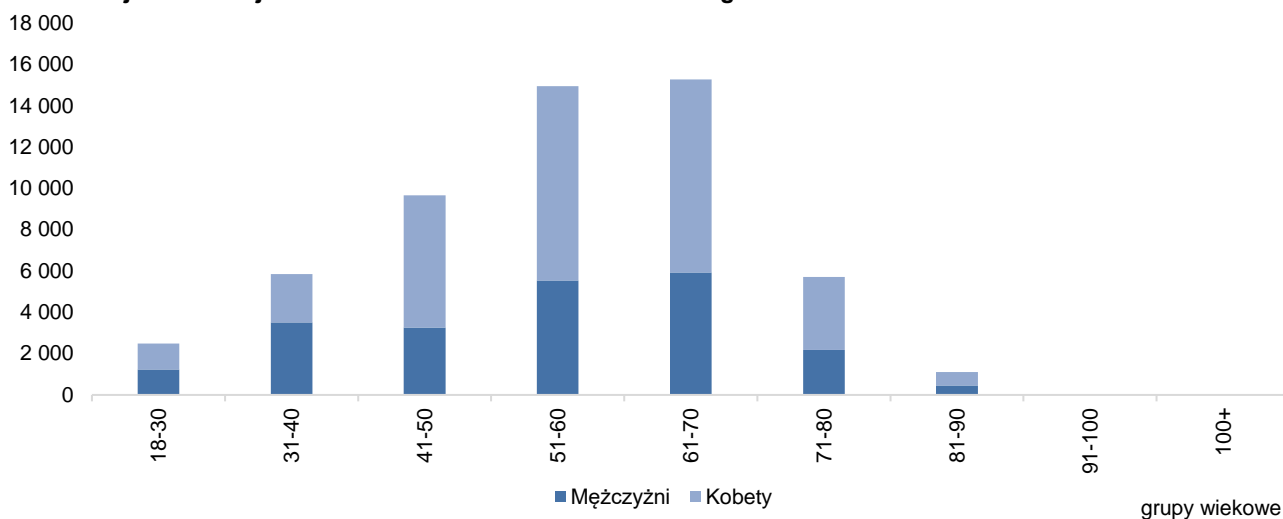
Wykres 20. Liczba pacjentów z rozpoznaniem neurologicznym w grupach wiekowych w podziale na płeć w grupie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna w 2017 r.



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

W grupie rehabilitacja leczniczej w warunkach ośrodka/oddziału dziennego tak jak w dwóch wcześniej zaprezentowanych grupach tj. lecznicza ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna i fizjoterapia ambulatoryjna dwie najliczniejsze grupy wiekowe w rozpoznaniach neurologicznych był u pacjentów pomiędzy 51 a 70 rokiem życia. Największą liczbę analizowanych rozpoznań odnotowano u mężczyzn pomiędzy 61 a 70 rokiem życia i wyniosła 5,9 tys., a u kobiet pomiędzy 51 a 60 rokiem życia – 9,4 tys.

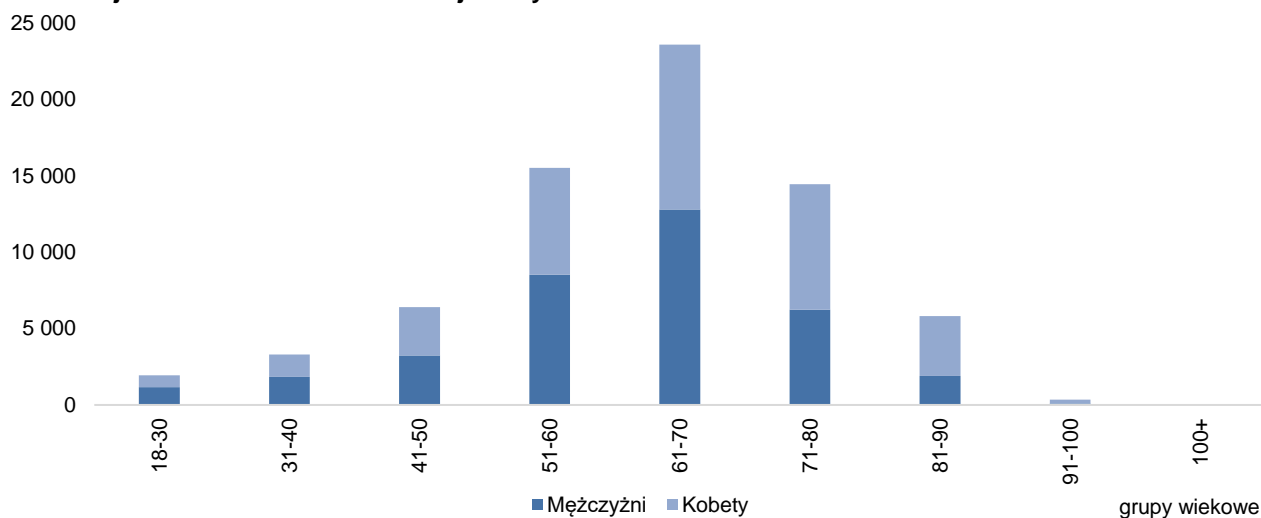
Wykres 21. Liczba pacjentów z rozpoznaniem neurologicznymi w grupach wiekowych w podziale na płeć w grupie rehabilitacja leczniczej w warunkach ośrodka/oddziału dziennego w 2017 r.



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

W 2017 r. w grupie rehabilitacja lecznicza w warunkach stacjonarnych najliczniejszą grupą wiekową w rozpoznaniach neurologicznych byli pacjenci pomiędzy 61 a 70 rokiem życia. Sprawozdana przez szpitale liczba pacjentów wyniosła 12,8 tys. mężczyzn i 10,8 tys. kobiet.

Wykres 22. Liczba pacjentów z rozpoznaniem neurologicznymi w grupach wiekowych w podziale na płeć rehabilitacja lecznicza w warunkach stacjonarnych w 2017 r.



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

W analizie poniżej do poszczególnych zakresów przyporządkowano procedury ICD-9. Głównie powtarzającymi się procedurami ICD-9 w Top 3 były: kinezyterapia, inne zabiegi fizjoterapeutyczne, inne zabiegi fizjoterapeutyczne w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego, inne leczenie rehabilitacyjne i stanowiły od 76,2% do 100% wszystkich wykonanych procedur w poszczególnych zakresach. Według opinii ekspertów dla pacjentów neurologicznych najważniejsze są zajęcia z kinezyterapii. Kinezyterapia była udzielana na pierwszym miejscu w siedmiu zakresach. W rehabilitacji neurologicznej kinezyterapia miała 64,4% udział (w ujęciu krotności) tj. 4 995,8 tys. sumy krotności. W innych zakresach tzn. w: rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych była udzielona w 53,1% tj. 2 366,8 tys. sumy krotności, oraz fizjoterapii domowej – 40,6% (263,4 tys. sumy krotności), W kinezyterapii pacjenci najczęściej korzystali z: ćwiczeń równoważnych, ćwiczeń czynnych wolnych, czynnych ćwiczeń oddechowych, ćwiczeń czynnych w odciążeniu, ćwiczeń ogólnousprawniających

indywidualnych, ćwiczeń sprawnościowych manualnych, ćwiczeń koordynacji ruchowej, ćwiczeń biernych wykonywanych manualnie, ćwiczeń samowspomaganych.

W Top 3 powtarzającymi się procedurami były m.in.: inne zabiegi fizjoterapeutyczne, a w nich: metody neurofizjologiczne - metoda PNF, zabiegi fizjoterapeutyczne – inne, masaż klasyczny – częściowy, metody neurofizjologiczne - metoda NDT Bobath, metody neurofizjologiczne - ćwiczenia wspomagane zastępczym sprzężeniem zwrotnym (biofeedback), naświetlanie promieniami IR – miejscowe, kąpiel wirowa kończyn górnych, pole magnetyczne stałe i niskiej częstotliwości, laseroterapia. Kolejną wyodrębnioną procedurą były inne zabiegi fizjoterapeutyczne w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego, z której pacjenci najczęściej korzystali z: nauki czynności lokomocyjnych, pionizacji czynnej, nauki chodu o kulach i innym sprzęcie pomocniczymi, przygotowanie do chodzenia, pionizacji biernej, ćwiczeń używania protez i aparatów ortopedycznych, dopasowania aparatów ortopedycznych, wyciąg mechaniczny, wyciąg ręczny. W przypadku innych zabiegów fizjoterapeutycznych w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego powtarzającymi się zabiegami/ćwiczeniami były: nauka czynności lokomocyjnych, pionizacja czynna, nauka chodu o kulach i innym sprzęcie pomocniczym, przygotowanie do chodzenia, pionizacja bierna, ćwiczenia używania protez i aparatów ortopedycznych, dopasowanie aparatów ortopedycznych, wyciąg mechaniczny, wyciąg ręczny.

Tabela 28. Zestawienie istotnych procedur ICD-9 – w poszczególnych zakresach rehabilitacji leczniczej (uwzględniające rozpoznania neurologiczne)

Zakresy	Procedury ICD-9	Suma z krotności w tys.
Fizjoterapia ambulatoryjna	Inne zabiegi fizjoterapeutyczne	22 832,9
	Kinezyterapia	6 089,0
	Inne zabiegi fizjoterapeutyczne w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego	677,4
	TOP 3 suma	29 599,4
	Udział TOP 3 w wartości zrealizowanej ogółem	97,8%
Fizjoterapia domowa	Kinezyterapia	263,4
	Inne zabiegi fizjoterapeutyczne	227,9
	Inne zabiegi fizjoterapeutyczne w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego	157,8
	TOP 3 suma	649,1
	Udział TOP 3 w wartości zrealizowanej ogółem	99,1%
Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna	Wywiad, ocena, konsultacja i badanie	504,8
	Diagnostyka fizjoterapeutyczna	112,5
	Badanie, orzeczenia, czynności szczegółowe	15,0
	TOP 3 suma	632,2
	Udział TOP 3 w wartości zrealizowanej ogółem	96,8%
Rehabilitacyjna kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym	Inne zabiegi fizjoterapeutyczne	0,4
	Kinezyterapia	0,3
	Indywidualna psychoterapia	0,0
	TOP 3 suma	0,7
	Udział TOP 3 w wartości zrealizowanej ogółem	92,6%
Rehabilitacja neurologiczna	Kinezyterapia	4 995,8
	Inne zabiegi fizjoterapeutyczne	1 619,2
	Inne zabiegi fizjoterapeutyczne w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego	1 140,8
	TOP 3 suma	7 755,8
	Udział TOP 3 w wartości zrealizowanej ogółem	79,3%
Rehabilitacyjna ogólnoustrojowego w ośrodku/oddziale dziennym	Inne zabiegi fizjoterapeutyczne	2 857,4
	Kinezyterapia	2 326,8
	Inne zabiegi fizjoterapeutyczne w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego	107,4
	TOP 3 suma	5 291,6
	Udział TOP 3 w wartości zrealizowanej ogółem	96,0%
Rehabilitacyjna ogólnoustrojowego w warunkach stacjonarnych	Kinezyterapia	2 366,8
	Inne zabiegi fizjoterapeutyczne	1 901,2
	Inne zabiegi fizjoterapeutyczne w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego	188,2
	TOP 3 suma	4 456,2
	Udział TOP 3 suma w wartości zrealizowanej ogółem	92,9%

Zakresy	Procedury ICD-9	Suma z krotności w tys.
Rehabilitacyjna osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy	Inne leczenie rehabilitacyjne	3,9
	Kinezyterapia	2,3
	Rehabilitacja mowy i czytania i rehabilitacja ślepoty	1,3
	TOP 3 suma	7,5
	Udział TOP 3 suma w wartości zrealizowanej ogółem	85,8%
Rehabilitacyjna osób z dysfunkcją narządu wzroku	Inne leczenie rehabilitacyjne	0,6
	Rehabilitacja mowy i czytania i rehabilitacja ślepoty	0,2
	Kinezyterapia	0,1
	TOP 3 suma	0,9
	Udział TOP 3 suma w wartości zrealizowanej ogółem	90,7%

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

W kolejnym etapie analizy spośród poszczególnych grup zakresów wybrano procedur ICD-9 inne niż wskazane w Top 3 w tabeli powyżej. Udział wskazanych procedur (w ujęciu krotności) wyniósł 2,8%. Udział procedur okolicypsychologicznych był na poziomie 1,6%, w tym największy udział miała indywidualna psychoterapia – 1,3%.

Tabela 29. Zestawienie wybranych procedur ICD-9 sprawdzanych w 2017 r. w poszczególnych grupach zakresów rehabilitacji leczniczej

WYBRANE PROCEDURY ICD-9	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA	FIZJOTERAPIA DOMOWA	LEKARSKA AMBULATORYJNA OPIEKA REHABILITACYJNA	REHABILITACJA LECZNICZA W WARUNKACH OŚRODKA/ODDZIAŁU DZIENNEGO	REHABILITACJA LECZNICZA W WARUNKACH STACJONARNYCH
Badanie psychologiczne i testy	0,000%	0,000%	0,000%	0,031%	0,279%
Indywidualna psychoterapia	0,000%	0,000%	0,000%	0,065%	1,326%
Inna psychoterapia i poradnictwo	0,001%	0,000%	0,000%	0,053%	0,005%
Psychiatryczne leczenie biologiczne	0,000%	0,000%	0,000%	0,000%	0,000%
Rehabilitacja mowy i czytania i rehabilitacja ślepoty	0,000%	0,000%	0,000%	0,092%	1,151%
Skierowanie na rehabilitację psychiatryczną	0,000%	0,002%	0,179%	0,000%	0,000%
Wywiady psychiatryczne, konsultacje i oceny	0,000%	0,000%	0,000%	0,005%	0,004%
Procedury okolicypsychologiczne	0,001%	0,002%	0,179%	0,155%	1,614%
Ogółem	0,001%	0,002%	0,179%	0,247%	2,765%

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

PODSUMOWANIE

- Najwięcej świadczeń rehabilitacji neurologicznej w roku 2017 udzielonych zostało osobom w wieku 62-66 lat, a najczęściej w wieku 73-84 lat, kobiety stanowiły 45% pacjentów
- Między poszczególnymi województwami istnieją bardzo duże różnice w dostępie i korzystaniu ze świadczeń rehabilitacji neurologicznej od 10% w Lubelski OW NFZ do 37% w Opolski OW NFZ (na przykładzie pacjentów poudarowych),
- istnieje silny związek z hospitalizacją poprzedzającą rehabilitację stacjonarną (60% pacjentów rozpoczynających rehabilitację neurologiczną było hospitalizowanych w okresie 182 dni poprzedzających rehabilitację),
- Rehabilitacja rozpoczyna się szybko po hospitalizacji (38% pacjentów, którzy przed rehabilitacją byli hospitalizowani rozpoczęło rehabilitację w dniu wypisu ze szpitala lub w 1 dobie po hospitalizacji (88%

pacjentów rozpoczynało hospitalizację do 30 dni włącznie po hospitalizacji, a średni czas rozpoczęcia wynosił 15,8 dnia),

- W zakresie przekazywania pacjentów do rehabilitacji neurologicznej dominuje kilka rodzajów oddziałów szpitalnych (ok. 46% pacjentów hospitalizowanych przed rehabilitacją na oddziale rehabilitacji neurologicznej pacjent dostaje się z oddziału neurologicznego lub udarowego a łącznie z oddziałem neurochirurgii, SOR i oddziałem wewnętrznym oraz izba przyjęć wartość ta rośnie do 78%)
- Spośród procedur należących do grona warunkujących rozliczanie świadczeń rehabilitacji neurologicznej najczęściej wykonywana jest kinezyterapia 74%, fizykoterapia 6,4% oraz terapia zajęciowa 5,7% oraz psychologia/neurologopedia 5,2%
- 44% łóżek na oddziałach udarowych jest w szpitalach, gdzie nie ma oddziałów rehabilitacji neurologicznej.

2.5. Projekty świadczeń

Świadczenia rehabilitacyjne zostały zróżnicowane pod kątem poziomu opieki oraz poziomu 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 obecnych poziomów opieki i świadczeń oraz planowanych. Świadczenia dedykowane pacjentom neurologicznym zostały w rozporządzeniu z zakresu rehabilitacji leczniczej wyodrębnione wyłącznie dla poziomu stacjonarnego. W pozostałych poziomach i zakresach świadczeń brak jest zdefiniowanych świadczeń dla pacjentów „neurologicznych”. Analiza świadczeń zrealizowanych w rehabilitacji leczniczej na rzecz pacjentów z chorobami, których następstwa mogą dawać objawy dysfunkcji neurologicznych, wskazują, że pacjenci korzystali również (poza rehabilitacją neurologiczną stacjonarną) z fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji ogólnoustrojowej w oddziale dziennym i stacjonarnym, fizjoterapii domowej i lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej.

Tabela 30 Świadczenia obowiązujące i planowane z uwzględnieniem poziomów opieki

Poziom opieki	Świadczenia obowiązujące	Świadczenia planowane
Stacjonarny	Świadczenia w zakresie rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: 1) Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – kategoria I 2) Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – kategoria II 3) Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych – kategoria I 4) Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych – kategoria II 5) Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe – kategoria I 6) Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe – kategoria II 7) Rehabilitacja neurologiczna przewlekła	Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: 1) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I 2) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu - faza II 3) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia i korzeni nerwowych – faza I 4) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia i korzeni nerwowych – faza II 5) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I 6) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II
Dzienny	Świadczenia w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/ oddziale dziennym	1) Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego
Ambulatoryjny	1) Wizyta fizjoterapeutyczna, 2) Zabiegi fizjoterapeutyczne w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej	Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego
Domowy	1) Porada lekarska lub 2) Wizyta fizjoterapeutyczna 3) Zabiegi fizjoterapeutyczne w zakresie fizjoterapii domowej	Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Szczegółowy opis proponowanych zmian dla poszczególnych poziomów opieki:

2.5.1. Poziom opieki stacjonarny – kompleksowa rehabilitacja stacjonarna

Zdefiniowane problemy: organizacja i podział obowiązujących świadczeń rehabilitacyjnych uwzględnia wszystkie profile pacjenta, dodatkowo umożliwia wczesne rozpoczęcie terapii (do 30 dni od wypisu ze szpitala). Głównym zdiagnozowanym problemem jest brak zdefiniowanych kryteriów kwalifikacji. Dopiero na poziomie zarządzenie Prezesa NFZ doprecyzowano kryteria służące rozliczeniu świadczeń np. wartość skali Barthel ADL umożliwiającą rozliczenie pacjenta w warunkach stacjonarnych wynosi od 0 do 20 pkt., gdzie 20 pkt. oznacza pacjenta samodzielnego w poruszaniu się, wykonywaniu niezbędnych czynności życia codziennego, i który może korzystać z innych form rehabilitacji). Dodatkowo z opinii eksperckich wynika, iż stała wycena świadczeń nieuwzględniająca „ciężkości” stanu pacjenta w konsekwencji prowadzi do preferowania pacjentów w stanie funkcjonalnym lekkim.

Tabela 31 Zdefiniowane problemy związane z realizacją świadczeń stacjonarnych

Nazwa świadczenia – stan aktualny	Charakterystyka pacjentów	Zdefiniowany problem	Projekty nowych świadczeń – stan docelowy	Charakterystyka pacjentów – stan docelowy*
1. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – kategoria I	Opis: – Pacjent po ostrym incydencie chorobowym (np. udar): • Stan funkcjonalny ciężki np. Barthel – 0-8 pkt., • Stan funkcjonalny lekki np. Barthel – pow. 15 pkt. – Pacjent z chorobami przewlekłymi	1) Brak zdefiniowanych kryteriów kwalifikacji 2) Stała wycena świadczeń nieuwzględniająca „ciężkości” stanu pacjenta (w konsekwencji preferowani są pacjenci w stanie funkcjonalnym lekkim)	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna: 1. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – faza I 2. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – faza II 3. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I	Opis: – Pacjent po ostrym incydencie chorobowym (np. udar) stan funkcjonalny ciężki określony za pomocą sprecyzowanych kryteriów kwalifikacji np. Barthel ADL – 0-14 pkt.
2. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – kategoria II				
3. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – kategoria I				
4. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – kategoria II	Liczba pacjentów: ok.40 tys.		4. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza II	Docelowa populacja
5. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe – kategoria I			5. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe – faza I	Zmiana specyfiki potrzeb rehabilitowanych pacjentów bez zmiany ogólnej liczby pacjentów rehabilitowanych (zmniejszenie liczby pacjentów przewlekłych)
6. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie			6. Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu	

Nazwa świadczenia – stan aktualny	Charakterystyka pacjentów	Zdefiniowany problem	Projekty nowych świadczeń – stan docelowy	Charakterystyka pacjentów – stan docelowy*
7. Rehabilitacja neurologiczna przewlekła mięśniowe – kategoria II			nerwowego i dystrofie mięśniowe – faza II	

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Odpowiedzią na zdefiniowane problemy jest uściślenie charakterystyki pacjentów poprzez określenie stanu za pomocą określonych skal czy kwalifikacji. Celem tak opisanego pacjenta jest założenie koncepcyjne, aby stacjonarna rehabilitacja dostępna była pacjentom wymagającym kompleksowego świadczenia zarówno pod kątem potrzeb terapeutycznych oraz leczniczo-pielęgnacyjnych. Założono, iż pacjent przewlekły zgodnie w proponowanym złożeniu zostanie skierowany do POF.

Tabela 32 Charakterystyka populacji docelowej w ramach kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

Nazwa świadczenia	Profil pacjenta – zaburzenia mogą występować opcjonalnie	Charakterystyka populacji docelowej
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I	1. Zaburzenia funkcji mózgu: <ul style="list-style-type: none"> a) niedowłady lub porażenia spastyczne (porażenia jednokończynowe, hemiplegia, tetraplegia) b) zaburzenia dotyczące czynności życia codziennego c) zaburzenia połykania d) zaburzenia mowy e) zaburzenia funkcji poznawczych (m.in. dotyczące pamięci, nauki, języka i wnioskowania), f) zaburzenia emocjonalne i behawioralne g) zaburzenia zwieraczy 2. Wymaga całodobowej opieki medycznej	zmodyfikowana skala Rankina - 4-5 stopień - Osoba niepełnosprawna w bardzo ciężkim stopniu, całkowicie zależny od otoczenia, Konieczna stała pomoc drugiej osoby oraz Skala Barthel ADL 0-6 pkt. – stan ciężki, pacjent całkowicie niesamodzielny, wymagający opieki przez całą dobę przy wszystkich czynnościach życia codziennego lub zaburzenie co najmniej jednej funkcji w stopniu ciężkim uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w sytuacjach codziennych: Zaburzenia mowy, lub językowe, lub komunikacji interpersonalnej, lub systemów uwagi, lub funkcji pamięciowych, lub apraksje, lub agnozje, lub programowania i kontroli świadomych zachowań celowych, lub emocjonalno – osobowościowe, lub połykania
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II	1. Zaburzenia funkcji mózgu: <ul style="list-style-type: none"> a) niedowłady lub porażenia spastyczne (porażenia jednokończynowe, hemiplegia, tetraplegia) b) zaburzenia dotyczące czynności życia codziennego c) zaburzenia połykania d) zaburzenia mowy e) zaburzenia funkcji poznawczych (m.in. dotyczące pamięci, nauki, języka i wnioskowania), f) zaburzenia emocjonalne i behawioralne g) zaburzenia zwieraczy 2. Wymaga całodobowej opieki medycznej	zmodyfikowana skala Rankina - 3-4 stopień - Osoba niepełnosprawna w dość ciężkim stopniu. Objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie. Nie jest konieczna ciągła opieka i pomoc osoby drugiej lub Osoba niepełnosprawna w bardzo ciężkim stopniu. Świadczeniobiorca całkowicie zależny od otoczenia. Konieczna stała pomoc drugiej osoby oraz skala Barthel ADL - liczba punktów 7-14 – stan pacjenta “średnio ciężki”, częściowo potrzebuje pomocy przy niektórych czynnościach życia codziennego lub skala MRC – ocena stanu funkcjonalnego - stopień <5, gdzie 5 oznacza pacjenta który wymaga wsparcia w chodzeniu na odległość 5 m; ma wyraźne upośledzenie motoryki i czucia, stopień 4 - ciężką niepełnosprawność; pacjent jest w stanie chodzić na odległość > 10 m przy pomocy np. laski, kuli; siła mięśni osłabiona wg MRC - stopień 4 oceny siły mięśni (skurcz mięśni może nadal poruszać stawem przeciw oporowi) i upośledzenie czucia, 3 – to umiarkowana niepełnosprawność; pacjent pokonuje dystans na odległość > 50 m bez pomocy; umiarkowane osłabienie siły mięśniowej wg MRC - stopień 4 oceny siły mięśni i upośledzenie czucia, 2 - to niewielka niepełnosprawność; pacjent pokonuje dystans na odległość > 200 m; łagodne osłabienie jednej lub więcej kończyn i upośledzenie czucia oraz

Nazwa świadczenia	Profil pacjenta – zaburzenia mogą występować opcjonalnie	Charakterystyka populacji docelowej
		zaburzenia funkcji w umiarkowanym nasileniu zakłócające wyraźnie codzienne funkcjonowanie; lub zaburzenie funkcji w stopniu ciężkim uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w sytuacjach codziennych.
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zaburzenia funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych: <ol style="list-style-type: none"> a) niedowład lub porażenia spastyczne lub wiotkie (porażenia jednokończynowe, paraplegia, tetraplegia) b) zaburzenia dotyczące czynności życia codziennego c) zaburzenia emocjonalne i behawioralne d) zaburzenia zwieraczy 2. wymaga całodobowej opieki medycznej 	<p>zmodyfikowana skala Rankina - 4-5 stopień - Osoba niepełnosprawna w bardzo ciężkim stopniu, całkowicie zależny od otoczenia, Konieczna stała pomoc drugiej osoby</p> <p>oraz</p> <p>skala Barthel ADL 0-6 pkt. – stan ciężki, pacjent całkowicie niesamodzielny, wymagający opieki przez całą dobę przy wszystkich czynnościach życia codziennego</p>
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zaburzenia funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych: <ol style="list-style-type: none"> a) niedowład lub porażenia spastyczne lub wiotkie (porażenia jednokończynowe, paraplegia, tetraplegia) b) zaburzenia dotyczące czynności życia codziennego c) zaburzenia emocjonalne i behawioralne d) zaburzenia zwieraczy 2. wymaga całodobowej opieki medycznej 	<p>zmodyfikowana skala Rankina - 3-4 stopień</p> <ul style="list-style-type: none"> • osoba niepełnosprawna w średnim stopniu. objawy znacznie zmieniają dotychczasowy tryb życia i uniemożliwiają całkowicie niezależne funkcjonowanie, lub • osoba niepełnosprawna w dość ciężkim stopniu. objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie. nie jest konieczna ciągła opieka i pomoc osoby drugiej lub • osoba niepełnosprawna w bardzo ciężkim stopniu. Świadczeniobiorca całkowicie zależny od otoczenia. Konieczna stała pomoc drugiej osoby <p>oraz</p> <p>skala Barthel ADL - liczba punktów 7-14 – stan pacjenta "średnio ciężki", częściowo potrzebuje pomocy przy niektórych czynnościach życia codziennego stan,</p> <p>oraz</p> <p>skala MRC – ocena stanu funkcjonalnego - stopień 5 – 8, gdzie 5 oznacza pacjenta który wymaga wsparcia w chodzeniu na odległość 5 m; ma wyraźne upośledzenie motoryki i czucia, 6 - pacjenta który nie może chodzić na odległość 5 m, może stać bez wsparcia i być w stanie przenieść się na wózek inwalidzki, zdolny do samodzielnego jedzenia, 7 - pacjent obłożnie chory, ciężki niedowład czterokończynowy, maksymalna siła mięśniowa wg MRC - stopień 3 oceny siły mięśni (mięśnie osłabione, zdolny do wykonania ruchu przeciwko grawitacji), 8 – pacjent pod respiratorem i / lub ciężki niedowład czterokończynowy, mięśnie wykonują minimalny ruch w warunkach odciążenia.</p>
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zaburzenia funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych: <ol style="list-style-type: none"> a) niedowład lub porażenia wiotkie (mononeuropatia, polineuropatia), zaniki mięśniowe b) zaburzenia dotyczące czynności życia codziennego c) zaburzenia emocjonalne i behawioralne d) zaburzenia zwieraczy 2. wymaga całodobowej opieki medycznej 	<p>zmodyfikowana skala Rankina - 4-5 stopień - Osoba niepełnosprawna w bardzo ciężkim stopniu, całkowicie zależny od otoczenia, Konieczna stała pomoc drugiej osoby</p> <p>oraz</p> <p>skala Barthel ADL 0-6 pkt. – stan ciężki, pacjent całkowicie niesamodzielny, wymagający opieki przez całą dobę przy wszystkich czynnościach życia codziennego</p>

Nazwa świadczenia	Profil pacjenta – zaburzenia mogą występować opcjonalnie	Charakterystyka populacji docelowej
<p>Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II</p>	<p>1. Zaburzenia funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych: a) niedowłady lub porażenia wiotkie (mononeuropatia, polineuropatia), zaniki mięśniowe b) zaburzenia dotyczące czynności życia codziennego c) zaburzenia emocjonalne i behawioralne d) zaburzenia zwieraczy 2. wymaga całodobowej opieki medycznej</p>	<p>zmodyfikowana skala Rankina - 3-4 stopień</p> <ul style="list-style-type: none"> osoba niepełnosprawna w średnim stopniu. objawy znacznie zmieniają dotychczasowy tryb życia i uniemożliwiają całkowicie niezależne funkcjonowanie, lub osoba niepełnosprawna w dość ciężkim stopniu. objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie. nie jest konieczna ciągła opieka i pomoc osoby drugiej lub osoba niepełnosprawna w bardzo ciężkim stopniu. świadczeniobiorca całkowicie zależny od otoczenia. konieczna stała pomoc drugiej osoby
		<p>oraz</p>
		<p>skala Barthel ADL - liczba punktów 7-14 – stan pacjenta “średnio ciężki”, częściowo potrzebuje pomocy przy niektórych czynnościach życia codziennego stan,</p>
		<p>oraz</p> <p>skala MRC – ocena stanu funkcjonalnego - stopień 5 – 8, gdzie 5 oznacza pacjenta który wymaga wsparcia w chodzeniu na odległość 5 m; ma wyraźne upośledzenie motoryki i czucia, 6 - pacjenta który nie może chodzić na odległość 5 m, może stać bez wsparcia i być w stanie przenieść się na wózek inwalidzki, zdolny do samodzielnego jedzenia, 7 - pacjent obłożnie chory, ciężki niedowład czterokończynowy, maksymalna siła mięśniowa wg MRC - stopień 3 oceny siły mięśni (mięśnie osłabione, zdolny do wykonania ruchu przeciwko grawitacji), 8 – pacjent pod respiratorem i / lub ciężki niedowład czterokończynowy, mięśnie wykonują minimalny ruch w warunkach odciążenia.</p>

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Szczegółowy opis świadczenia zawiera tabela poniżej.

Tabela 33 Opis świadczeń w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
1. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I	Kryteria włączenia	<p>Opis włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> Pacjenci spełniający łącznie 5 kryteriów: <ol style="list-style-type: none"> potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej, rozpoznanie wg kodów ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu (zawarta w załączniku nr 1)) lub z rozpoznaniem R40.2 z udokumentowaną datą wybudzenia w ramach zakresu leczenia dorosłych chorych ze śpiączką oraz oceną stanu funkcjonalnego pacjenta wg skali Glasgow GCS powyżej 8 pkt. stopień, oraz stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina – 4- 5 stopień, oraz stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 0- 6, lub zaburzenia funkcji poznawczo – behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania – po nabytych uszkodzeniach mózgu - co najmniej jedno zaburzenie funkcji w stopniu ciężkim uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w sytuacjach codziennych na poziomie 4, pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub wypisu po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych lub z zakładu realizującego program zdrowotny – leczenie dorosłych chorych ze śpiączką. W przypadku wystąpienia, w ww. wymienionym okresie tj. w ciągu 14 dni od wypisu, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia. W przypadku pacjenta niespełniającego kryteriów kwalifikacji, ale którego stan kliniczny lub funkcjonalny stanowi wskazanie do tej formy rehabilitacji, dopuszcza się możliwość zakwalifikowania do świadczeń przez lekarza oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).
		<p>Opis dodatkowy</p> <ol style="list-style-type: none"> Wstępną kwalifikację do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: <ol style="list-style-type: none"> w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub w trakcie pobytu pacjenta w zakładzie realizującym program zdrowotny – leczenie dorosłych chorych ze śpiączką, lub niezwłocznie od dnia zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.
	Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> Osiągnięcie celu terapeutycznego, W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

		<p>informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”,</p> <p>3. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II, lub 2) innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.
	<p>Etapy udzielania świadczeń</p>	<p>1. Etapy udzielania świadczeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz b) konsultację fizjoterapeutyczną, <p>oraz zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego poradę kwalifikacyjną:</p> <ol style="list-style-type: none"> c) konsultację logopedyczną, lub d) konsultację psychologiczną, lub e) konsultację terapeuty zajęciowego, lub f) konsultację dietetyczną; 2) etap II – terapia i opieka - obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> a) opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz b) opiekę pielęgniarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej cztery profile interwencji terapeutycznej, realizowane w trybie przed- i popołudniowym, liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów: <ul style="list-style-type: none"> – profil fizjoterapeutyczny - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 120 minut dziennie fizjoterapii indywidualnej, przez co najmniej 6 dni w tygodniu, oraz – inne profile - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 70 minut dziennie, przez co najmniej 5 dni w tygodniu: <ul style="list-style-type: none"> • profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna, lub • profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna, lub • profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa, oraz d) dobór i dopasowanie zaopatrzenia rehabilitacyjnego. 3) dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – 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). <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali, która została użyta jako kryterium kwalifikacji do świadczenia, 2) na każde 14 dni pobytu co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz 3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.
	<p>Ramy czasowe realizacji świadczeń</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Czas trwania rehabilitacji w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż do 21 dni. 2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

		<p>dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji realizowanej w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – maksymalnie o 21 dni.</p>
	<p>Świadczenia dodatkowe</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leczenie żywieniowe dojelitowe dietą przemysłową i pozajelitowe realizowane procedurami ICD-9: 99.152 Częściowe żywienie pozajelitowe 99.153 Całkowite żywienie pozajelitowe 99.87 Żywienie dojelitowe Kwalifikacja i leczenie żywieniowe dojelitowe lub pozajelitowe pacjenta w rehabilitacji leczniczej stacjonarnej, odbywają się na zasadach określonych w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach. 2. Leczenie 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*⁶
	<p>Wskaźniki jakości</p>	<p>Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej bezpośrednio z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej, – wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej powyżej 14 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej, 2. Długość trwania kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób niezakwalifikowanych do rehabilitacji, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie, – wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do innego typu świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji.
	<p>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji. 4. Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń <ol style="list-style-type: none"> 1. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów/skał służących do oceny stanu pacjenta.

* Wprowadzenie dodatkowego świadczenia towarzyszącego: leczenie odleżyn (IV-V stopnia) wymaga decyzji Ministra Zdrowia

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

<p>2. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II</p>	<p>Kryteria włączenia</p>	<p>Opis włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacjenci spełniający łącznie 6 kryteriów: <ol style="list-style-type: none"> 1) potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej, 2) rozpoznanie wg kodów ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu (zawarta w załączniku nr 1) lub z rozpoznaniem R40.2 oraz udokumentowaną datą wybudzenia w ramach zakresu leczenia dorosłych chorych ze śpiączką oraz oceną stanu funkcjonalnego pacjenta wg skali Glasgow GCS powyżej 8 pkt., oraz 3) stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina - 3-4 stopień, oraz 4) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 7-14, lub według skali MRC – stopień <5, oraz 5) zaburzenia funkcji poznawczo – behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania – po nabytych uszkodzeniach mózgu - co najmniej jedno zaburzenie funkcji w stopniu ciężkim uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w sytuacjach codziennych na poziomie 3-4, 6) pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od: <ol style="list-style-type: none"> e) wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub f) wypisu po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych, lub g) bezpośrednio po zakończeniu kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I, lub h) wypisu z zakładu realizującego program zdrowotny – leczenie dorosłych chorych ze śpiączką. 2. W przypadku wystąpienia, w wymienionym ww. okresie tj. w ciągu 14 dni od wypisu, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia. 3. W przypadku pacjenta niespełniającego kryteriów kwalifikacji, ale którego stan kliniczny lub funkcjonalny stanowi wskazanie do tej formy rehabilitacji, dopuszcza się możliwość zakwalifikowania do świadczeń przez lekarza oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).
	<p>Kryteria wyłączenia</p>	<p>Opis dodatkowy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wstępną kwalifikację do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: <ol style="list-style-type: none"> 1) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub 2) w trakcie pobytu pacjenta w zakładzie realizującym program zdrowotny – leczenie dorosłych chorych ze śpiączką, lub 3) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej realizującym świadczenie dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I, lub 4) niezwłocznie od dnia zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji. 2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. <p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p>

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

		<p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> Osiągnięcie celu terapeutycznego. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „informacja dla lekarza kierującego”. Stan kliniczny /funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.
	<p>Etapy udzielania świadczeń</p>	<ol style="list-style-type: none"> Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz konsultację fizjoterapeutyczną, <p>oraz zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego poradę kwalifikacyjną:</p> <ol style="list-style-type: none"> konsultację logopedyczną, lub konsultację psychologiczną, lub konsultację terapeuty zajęciowego, lub konsultację dietetyczną, etap II – terapia i opieka - obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> opieka lekarska - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz opieka pielęgniarstwa - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej cztery profile interwencji terapeutycznej, realizowane w trybie przed- i popołudniowym, liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów): <ul style="list-style-type: none"> profil fizjoterapeutyczny - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 120 minut dziennie, w tym co najmniej jedna fizjoterapia indywidualna, przez co najmniej 6 dni w tygodniu: <ul style="list-style-type: none"> fizjoterapia indywidualna, funkcjonalny trening medyczny (do 5 osób w grupie), oraz inne profile - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 150 minut dziennie, przez co najmniej 5 dni w tygodniu: <ul style="list-style-type: none"> profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna, lub profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna, lub profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa, oraz dobór i dopasowanie zaopatrzenia rehabilitacyjnego. dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – 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 sprawozdawczości). Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii: <ol style="list-style-type: none"> ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali, która została użyta jako kryterium kwalifikacji do świadczenia,

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

		<p>2) na każde 14 dni pobytu co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</p> <p>3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.</p>
	<p>Ramy czasowe realizacji świadczeń</p>	<p>1. Czas trwania rehabilitacji w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż do 21 dni.</p> <p>2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji realizowanej w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – maksymalnie o 21 dni.</p>
	<p>Świadczenia dodatkowe</p>	<p>1. Leczenie żywieniowe dojelitowe dietą przemysłową i pozajelitowe realizowane procedurami ICD-9:</p> <p>99.152 Częściowe żywienie pozajelitowe 99.153 Całkowite żywienie pozajelitowe 99.87 Żywienie dojelitowe</p> <p>Kwalifikacja i leczenie żywieniowe dojelitowe lub pozajelitowe pacjenta w rehabilitacji leczniczej stacjonarnej, odbywają się na zasadach określonych w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.</p> <p>2. Leczenie odleżyn (IV i V stopnia) - L89 Owrzodzenie odleżynowe realizowane procedurami ICD-9:</p> <p>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*7</p>
	<p>Wskaźniki jakości</p>	<p>Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy):</p> <p>1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej bezpośrednio z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej, - wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej powyżej 14 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej, <p>2. Długość trwania kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, - wskaźnik liczby osób niezakwalifikowanych do rehabilitacji, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie, - wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji,

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
		<ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do innego typu świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji.
	Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji. 4. Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń 5. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów/skal służących do oceny stanu pacjenta.
3. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I	Kryteria włączenia	<p>Opis włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacjenci spełniający łącznie 5 kryteriów: <ol style="list-style-type: none"> 1) potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej, 2) rozpoznanie wg kodów ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych (zawarta w załączniku nr 1) oraz 3) stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina - 4-5 stopień, oraz 4) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 0-6, 5) pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu: <ol style="list-style-type: none"> a) z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub b) po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych. 2. W przypadku wystąpienia, w ww. wymienionym okresie tj. w ciągu 14 dni od wypisu, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia. 3. W przypadku pacjenta niespełniającego kryteriów kwalifikacji, ale którego stan kliniczny lub funkcjonalny stanowi wskazanie do tej formy rehabilitacji, dopuszcza się możliwość zakwalifikowania do świadczeń przez lekarza oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).
		<p>Opis dodatkowy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wstępną kwalifikację do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: <ol style="list-style-type: none"> 1) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub 2) niezwłocznie od dnia zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji. 2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.
	Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Osiągnięcie celu terapeutycznego. 2. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

		<p>informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</p> <p>3. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza II, lub 2) innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.
	<p>Etapy udzielania świadczeń</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz b) konsultację fizjoterapeutyczną, <p>oraz zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego poradę kwalifikacyjną:</p> <ol style="list-style-type: none"> c) konsultację logopedyczną, lub d) konsultację psychologiczną, lub e) konsultację terapeuty zajęciowego, lub f) konsultację dietetyczną, 2) etap II – terapia i opieka obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> a) opieka lekarska - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz b) opieka pielęgniarska - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej cztery profile interwencji terapeutycznej, realizowane w trybie przed- i popołudniowym, liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów): <ul style="list-style-type: none"> – profil fizjoterapeutyczny - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 120 minut dziennie fizjoterapii indywidualnej, przez co najmniej 6 dni w tygodniu, oraz – inne profile - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 70 minut dziennie, przez co najmniej 5 dni w tygodniu: <ul style="list-style-type: none"> • profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna, lub • profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna, lub • profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa, oraz d) dobór i dopasowanie zaopatrzenia rehabilitacyjnego. 3) dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcyjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej i sprawozdawczości). 2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii: <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali, która została użyta jako kryterium kwalifikacji do świadczenia, 2) na każde 14 dni pobytu co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz 1) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

	<p>Ramy czasowe realizacji świadczeń</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Czas trwania rehabilitacji w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż do 21 dni. 2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji realizowanej w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – maksymalnie o 21 dni.
	<p>Świadczenia dodatkowe</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leczenie żywieniowe dojelitowe dietą przemysłową i pozajelitowe realizowane procedurami ICD-9: 99.152 Częściowe żywienie pozajelitowe 99.153 Całkowite żywienie pozajelitowe 99.87 Żywienie dojelitowe Kwalifikacja i leczenie żywieniowe dojelitowe lub pozajelitowe pacjenta w rehabilitacji leczniczej stacjonarnej, odbywają się na zasadach określonych w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach. 2. Leczenie 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*⁸
	<p>Wskaźniki jakości</p>	<p>Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej bezpośrednio z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej, – wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej powyżej 14 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej. 2. Długość trwania kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób niezakwalifikowanych do rehabilitacji, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie, – wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do innego typu świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji.

* Wprowadzenie dodatkowego świadczenia towarzyszącego: leczenie odleżyn (IV-V stopnia) wymaga decyzji Ministra Zdrowia

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

	<p>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji. 4. Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń. 5. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów/skal służących do oceny stanu pacjenta.
<p>4. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza II</p>	<p>Kryteria włączenia</p>	<p>Opis włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacjenci spełniający łącznie 6 kryteriów: <ol style="list-style-type: none"> 1) potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej, 2) rozpoznanie wg kodów ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych (zawarta w załączniku nr 1) oraz 3) stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina - 3-5 stopień, oraz 4) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 7-14, oraz 5) stan funkcjonalny według skali MRC – stopień 5 – 8, 6) pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od: <ol style="list-style-type: none"> a) wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub b) wypisu po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych, lub c) po zakończeniu kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I. 2. W przypadku wystąpienia, w ww. wymienionym okresie tj. w ciągu 14 dni od wypisu, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia. 3. W przypadku pacjenta niespełniającego kryteriów kwalifikacji, ale którego stan kliniczny lub funkcjonalny stanowi wskazanie do tej formy rehabilitacji, dopuszcza się możliwość zakwalifikowania do świadczeń przez lekarza oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej). <p>Opis dodatkowy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wstępną kwalifikację do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: <ol style="list-style-type: none"> 1) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub 2) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej realizującym świadczenie dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I, lub 3) niezwłocznie od dnia zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji. 2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.
	<p>Kryteria wyłączenia</p>	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Osiągnięcie celu terapeutycznego.

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

		<p>2. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „informacja dla lekarza kierującego”.</p> <p>3. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</p>
	<p>Etapy udzielania świadczeń</p>	<p>1. Etapy udzielania świadczeń:</p> <p>1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz b) konsultację fizjoterapeutyczną, <p>oraz zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego poradę kwalifikacyjną:</p> <ul style="list-style-type: none"> c) konsultację logopedyczną, lub d) konsultację psychologiczną, lub e) konsultację terapeuty zajęciowego, lub f) konsultację dietetyczną, <p>2) etap II – terapia i opieka - obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) opieka lekarska - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz b) opieka pielęgniarska - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej cztery profile interwencji terapeutycznej, realizowane w trybie przed- i popołudniowym, liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów): <ul style="list-style-type: none"> – profil fizjoterapeutyczny - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 120 minut dziennie, w tym co najmniej jedna fizjoterapia indywidualna, przez co najmniej 6 dni w tygodniu: <ul style="list-style-type: none"> • fizjoterapia indywidualna, • funkcjonalny trening medyczny (do 5 osób w grupie), oraz – inne profile - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 150 minut dziennie, przez co najmniej 5 dni w tygodniu: <ul style="list-style-type: none"> • profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna, lub • profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna, lub • profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa, oraz d) dobór i dopasowanie zaopatrzenia rehabilitacyjnego <p>3) dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – 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 sprawozdawczości).</p> <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali, która została użyta jako kryterium kwalifikacji do świadczenia, 2) na każde 14 dni pobytu co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

	<p>Ramy czasowe realizacji świadczeń</p>	<p>1) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.</p> <p>1. Czas trwania rehabilitacji w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż do 21 dni.</p> <p>2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji realizowanej w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego narodowego funduszu zdrowia – maksymalnie o 21 dni.</p>
	<p>Świadczenia dodatkowe</p>	<p>1. Leczenie żywieniowe dojelitowe dietą przemysłową i pozajelitowe realizowane procedurami ICD-9:</p> <p>99.152 Częściowe żywienie pozajelitowe 99.153 Całkowite żywienie pozajelitowe 99.87 Żywienie dojelitowe</p> <p>Kwalifikacja i leczenie żywieniowe dojelitowe lub pozajelitowe pacjenta w rehabilitacji leczniczej stacjonarnej, odbywają się na zasadach określonych w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.</p> <p>2. Leczenie odleżyn (IV i V stopnia) - L89 Owrzodzenie odleżynowe realizowane procedurami ICD-9:</p> <p>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*⁹</p>
	<p>Wskaźniki jakości</p>	<p>Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy):</p> <p>1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej bezpośrednio z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej, – wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej powyżej 14 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej. <p>2. Długość trwania kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób niezakwalifikowanych do rehabilitacji, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie, – wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do innego typu świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji.

* Wprowadzenie dodatkowego świadczenia towarzyszącego: leczenie odleżyn (IV-V stopnia) wymaga decyzji Ministra Zdrowia

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

	<p>Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji. 4. Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń. 5. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów/skal służących do oceny stanu pacjenta.
<p>5. Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I</p>	<p>Kryteria włączenia</p>	<p>Opis włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacjenci spełniający łącznie 5 kryteriów: <ol style="list-style-type: none"> 1) potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej, 2) rozpoznanie wg kodów ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń rehabilitacji neurologicznej zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych (zawarta w załączniku nr 1) oraz 3) stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina - 4-5 stopień, oraz 4) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 0-6, 5) pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od wypisu: <ol style="list-style-type: none"> a) z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub b) po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych. 2. W przypadku wystąpienia, w ww. wymienionym okresie tj. w ciągu 14 dni od wypisu, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia. 3. W przypadku pacjenta niespełniającego kryteriów kwalifikacji, ale którego stan kliniczny lub funkcjonalny stanowi wskazanie do tej formy rehabilitacji, dopuszcza się możliwość zakwalifikowania do świadczeń przez lekarza oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).
	<p>Kryteria wyłączenia</p>	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Osiągnięcie celu terapeutycznego. 2. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. 3. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do:

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

		<p>1) kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II, lub</p> <p>2) innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</p>
	<p>Etapy udzielania świadczenia</p>	<p>1. Etapy udzielania świadczeń:</p> <p>1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz b) konsultację fizjoterapeutyczną, <p>oraz zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego poradę kwalifikacyjną:</p> <ul style="list-style-type: none"> c) konsultację logopedyczną, lub d) konsultację psychologiczną, lub e) konsultację terapeuty zajęciowego, lub f) konsultację dietetyczną; <p>2) etap II – terapia i opieka - obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) opieka lekarska - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz b) opieka pielęgniarska - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej cztery profile interwencji terapeutycznej, realizowane w trybie przed- i popołudniowym, liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów): <ul style="list-style-type: none"> – profil fizjoterapeutyczny - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 120 minut dziennie, w tym co najmniej jedna fizjoterapia indywidualna, przez co najmniej 6 dni w tygodniu: <ul style="list-style-type: none"> • fizjoterapia indywidualna, • funkcjonalny trening medyczny (do xxx osób w grupie), oraz – inne profile - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 70 minut dziennie, przez co najmniej 5 dni w tygodniu: <ul style="list-style-type: none"> • profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna, lub • profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna, lub • profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa, oraz d) dobór i dopasowanie zaopatrzenia rehabilitacyjnego <p>3) dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – 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 sprawozdawczości).</p> <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali, która została użyta jako kryterium kwalifikacji do świadczenia, 2) na każde 14 dni pobytu co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz 3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

	<p>Ramy czasowe realizacji świadczeń</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Czas trwania rehabilitacji w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż do 21 dni. 2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji realizowanej w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego narodowego funduszu zdrowia – maksymalnie o 21 dni.
	<p>Świadczenia dodatkowe</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leczenie żywieniowe dojelitowe dietą przemysłową i pozajelitowe realizowane procedurami ICD-9: 99.152 Częściowe żywienie pozajelitowe 99.153 Całkowite żywienie pozajelitowe 99.87 Żywienie dojelitowe Kwalifikacja i leczenie żywieniowe dojelitowe lub pozajelitowe pacjenta w rehabilitacji leczniczej stacjonarnej, odbywają się na zasadach określonych w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach. 2. Leczenie 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*¹⁰
	<p>Wskaźniki jakości</p>	<p>Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej bezpośrednio z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej, – wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej powyżej 14 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej. 2. Długość trwania kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób niezakwalifikowanych do rehabilitacji, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie, – wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do innego typu świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji.

* Wprowadzenie dodatkowego świadczenia towarzyszącego: leczenie odleżyn (IV-V stopnia) wymaga decyzji Ministra Zdrowia

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
	Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji. 4. Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń. 5. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów/skal służących do oceny stanu pacjenta.
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II	Kryteria włączenia	<p>Opis włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacjenci spełniający łącznie 6 kryteriów: <ol style="list-style-type: none"> 1) potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji neurologicznej, 2) rozpoznanie wg kodów ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń rehabilitacji neurologicznej zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych (zawarta w załączniku nr 1) oraz 3) stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina - 3-5 stopień, oraz 4) stan funkcjonalny według skali Barthel ADL - liczba punktów 7-14, oraz 5) stan funkcjonalny według skali MRC – stopień 5 – 8, 6) pacjent bezpośrednio lub w ciągu 14 dni od: <ol style="list-style-type: none"> a) wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub b) wypisu po zaostrzeniu choroby o podłożu immunologicznym leczonej w warunkach szpitalnych, lub c) po zakończeniu kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I. 2. W przypadku wystąpienia, w ww. wymienionym okresie tj. w ciągu 14 dni od wypisu, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia. 3. W przypadku pacjenta niespełniającego kryteriów kwalifikacji, ale którego stan kliniczny lub funkcjonalny stanowi wskazanie do tej formy rehabilitacji, dopuszcza się możliwość zakwalifikowania do świadczeń przez lekarza oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).
		<p>Opis dodatkowy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wstępną kwalifikację do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: <ol style="list-style-type: none"> 1) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub 2) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej realizującym świadczenie dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I, lub 3) niezwłocznie od dnia zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji. 2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.
	Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Osiągnięcie celu terapeutycznego.

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

		<p>2. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</p> <p>3. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</p>
	<p>Etapy udzielania świadczeń</p>	<p>1. Etapy udzielania świadczeń:</p> <p>1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz b) konsultację fizjoterapeutyczną, <p>oraz zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego poradę kwalifikacyjną:</p> <ul style="list-style-type: none"> c) konsultację logopedyczną, lub d) konsultację psychologiczną, lub e) konsultację terapeuty zajęciowego, lub f) konsultację dietetyczną, <p>2) etap II – terapia i opieka - obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) opieka lekarska - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz b) opieka pielęgniarska - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej cztery profile interwencji terapeutycznej, realizowane w trybie przed- i popołudniowym, liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów): <ul style="list-style-type: none"> – profil fizjoterapeutyczny - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 120 minut dziennie, w tym co najmniej jedna fizjoterapia indywidualna, przez co najmniej 6 dni w tygodniu: <ul style="list-style-type: none"> • fizjoterapia indywidualna, • funkcjonalny trening medyczny (do 5 osób w grupie), oraz – inne profile - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, jednak nie mniej niż 120 minut dziennie, przez co najmniej 5 dni w tygodniu: <ul style="list-style-type: none"> • profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna, lub • profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna, lub • profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa, oraz d) dobór i dopasowanie zaopatrzenia rehabilitacyjnego. <p>3) dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – 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 sprawozdawczości).</p> <p>2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali, która została użyta jako kryterium kwalifikacji do świadczenia, 2) na każde 14 dni pobytu co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

	<p>Ramy czasowe realizacji świadczeń</p>	<p>3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.</p> <p>1. Czas trwania rehabilitacji w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż do 21 dni.</p> <p>2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji realizowanej w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego narodowego funduszu zdrowia – maksymalnie o 21 dni.</p>
	<p>Świadczenia dodatkowe</p>	<p>1. Leczenie żywieniowe dojelitowe dietą przemysłową i pozajelitowe realizowane procedurami ICD-9:</p> <p>99.152 Częściowe żywienie pozajelitowe 99.153 Całkowite żywienie pozajelitowe 99.87 Żywienie dojelitowe</p> <p>Kwalifikacja i leczenie żywieniowe dojelitowe lub pozajelitowe pacjenta w rehabilitacji leczniczej stacjonarnej, odbywają się na zasadach określonych w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.</p> <p>2. Leczenie odleżyn (IV i V stopnia) - L89 Owrzodzenie odleżynowe realizowane procedurami ICD-9:</p> <p>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*¹¹</p>
	<p>Wskaźniki jakości</p>	<p>Wskaźniki mierzone w jednostce czasu (rok kalendarzowy):</p> <p>1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej bezpośrednio z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej, – wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji neurologicznej powyżej 14 dni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji neurologicznej. <p>2. Długość trwania kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób niezakwalifikowanych do rehabilitacji, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie, – wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji, – wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do innego typu świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, do liczby wszystkich osób poddanych rehabilitacji.

* Wprowadzenie dodatkowego świadczenia towarzyszącego: leczenie odleżyn (IV-V stopnia) wymaga decyzji Ministra Zdrowia

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej		
	Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	2. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 3. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 4. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji. 5. Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń. 1. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów/skal służących do oceny stanu pacjenta.

Dodatkowe warunki dla wszystkich świadczeń:

- 1) Świadczeniodawca uwzględnia zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).
- 2) Po zakończeniu rehabilitacji realizowanej w warunkach stacjonarnych, wraz z opisem stanu pacjenta oraz zaleceniami co do dalszego postępowania leczniczego, pacjent w ramach kontynuacji może być kierowany do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.

2.5.2. Poziom opieki dzienny – kompleksowa rehabilitacja dzienna

Zdefiniowane problemy: brak wyodrębnionych specyficznych świadczeń dla pacjenta „neurologicznego” oznacza jednocześnie brak kompleksowości leczenia, dostosowanego do potrzeb pacjenta. Obecnie większość pacjentów uzyskuje świadczenia jednoprofilowe – fizjoterapeutyczne, przez co rehabilitacja w ośrodku dziennym pełni funkcję ambulatorium, nie uwzględniając wieloprofilowości świadczeń. Pogłębiają ten fakt również przepisy rozporządzenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, gdzie zawarta jest opcjonalność odnośnie wymogu zatrudniania innych specjalistów – terapeutów (brak obowiązku skutkuje rezygnacją świadczeniodawców z zatrudniania dodatkowych osób). Dodatkowo brak określonych kryteriów kwalifikacji oraz jednolita wycena świadczeń bez względu na „ciężkość” pacjenta, skutkuje preferowaniem pacjentów w stanie funkcjonalnym lekkim (zgodnie z opiniami ekspertów). Jednocześnie długi czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, w szczególności pacjentów pilnych, może prowadzić do generowania wyższych kosztów leczenia na skutek leczenia powikłań i utrwalania lub pogłębiania dysfunkcji.

Tabela 34 Zdefiniowane problemy związane z realizacją świadczeń w oddziale dziennym

Nazwa świadczenia – stan aktualny	Charakterystyka pacjentów	Zdefiniowany problem	Projekty nowych świadczeń - stan docelowy	Charakterystyka pacjentów – stan docelowy*
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym	Opis: Pacjent „neurologiczny” w różnych stanach funkcjonalnych, zarówno po ostrym incydencie jak i przewlekły (TOP 3 rozpoznają: Inne choroby kręzka międzykręgowego, Zaburzenia korzeni i splotów nerwowych, Choroby kręzków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych Stwardnienie rozsiane)	1) brak wyodrębnionych specyficznych świadczeń dla pacjenta „neurologicznego” 2) brak kompleksowości leczenia 3) brak zdefiniowanych kryteriów kwalifikacji 4) jednolita wycena świadczeń nieuwzględniająca „ciężkości” stanu pacjenta (w konsekwencji preferowani są pacjenci w stanie funkcjonalnym lekkim)	Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	Opis: – pacjent po ostrym incydencie chorobowym (np. udar) – pacjent wymagający kompleksowości leczenia (wieloprofilowość interwencji) – pacjent wymagający szybkiego rozpoczęcia rehabilitacji
	Liczba pacjentów: ok. 56 tys.	5) <u>odległy</u> czas realizacji tj. 50 dni średniego czasu oczekiwania (pilny) oraz 170 dni - stabilny 6) dostępność do leczenia uzyskują pacjenci przewlekli o umiarkowanym/niskim potencjale rehabilitacji		Docelowa populacja zmiana specyfiki potrzeb rehabilitowanych pacjentów bez zmiany ogólnej liczby pacjentów rehabilitowanych (częściowe przejście do fizjoterapii ambulatoryjnej i POF)

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Odpowiedzią na wymienione problemy jest:

- Zdefiniowanie świadczeń dla pacjentów z dysfunkcjami układu nerwowego – gwarantujących kompleksowość leczenia jak w warunkach stacjonarnych, lecz bez potrzeby hospitalizacji,

- Zdefiniowanie pacjenta – wymagającego wczesnego rozpoczęcia terapii, kompleksowości leczenia – są to głównie pacjenci, którzy zgodnie z rozpoznaniami stanowią większość rozpoznań w rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

Tabela 35 Charakterystyka populacji docelowej w ramach kompleksowej rehabilitacji neurologicznej dziennej

Nazwa świadczenia	Profil pacjenta – zaburzenia mogą występować opcjonalnie	Charakterystyka populacji docelowej
Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zaburzenia układu nerwowego: <ol style="list-style-type: none"> a) niedowłady lub porażenia spastyczne lub wiotkie b) zaburzenia dotyczące czynności życia codziennego c) zaburzenia emocjonalne i behawioralne, d) zaburzenia zwieraczy 2. nie wymaga całodobowej opieki medycznej 	<p>Pacjenci spełniający łącznie 4 kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potrzeba realizacji rehabilitacji w ośrodku dziennym potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z ośrodka rehabilitacji dziennej, 2) rozpoznanie medyczne wg ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń rehabilitacji neurologicznej w ramach kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej (zawarta w załączniku nr 1), 3) porażenia lub niedowłady będące skutkiem uszkodzeń układu nerwowego lub zaburzenia funkcji poznawczo – behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania – po nabytych uszkodzeniach mózgu - co najmniej jedno zaburzenie funkcji w stopniu ciężkim uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w sytuacjach codziennych na poziomie 3-4, 4) pacjent bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od dnia zakończenia leczenia - po przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego: <ol style="list-style-type: none"> a) w oddziale leczenia ostrej fazy choroby, lub b) w rehabilitacji stacjonarnej – w ramach kontynuacji leczenia, lub c) wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby, lub d) dodatkowo w przypadku pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi lub podobnymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego po zaostrzeniu / rzucie choroby. <p>2. Stan zdrowia pacjenta wymagający udziału w procesie rehabilitacji minimum trzech członków zespołu terapeutycznego (w tym lekarza i fizjoterapeuty) - na podstawie kwalifikacji wstępnej.</p>

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Szczegółowy opis świadczenia zawiera tabela poniżej.

Tabela 36 Opis świadczeń w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej		
Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	Kryteria włączenia	<p>Opis włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> Pacjenci spełniający łącznie 4 kryteria: <ol style="list-style-type: none"> potrzeba realizacji rehabilitacji w ośrodku dziennym potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z ośrodka rehabilitacji dziennej, rozpoznanie medyczne wg ICD-10 z Listy rozpoznań uprawniających do świadczeń rehabilitacji neurologicznej w ramach kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej (zawarta w tabeli poniżej), porażenia lub niedowłady będące skutkiem uszkodzeń układu nerwowego lub zaburzenia funkcji poznawczo – behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania – po nabytych uszkodzeniach mózgu - co najmniej jedno zaburzenie funkcji w stopniu ciężkim uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w sytuacjach codziennych na poziomie 3-4, pacjent bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od dnia zakończenia leczenia - po przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego: <ol style="list-style-type: none"> w oddziale leczenia ostrej fazy choroby, lub w rehabilitacji stacjonarnej – w ramach kontynuacji leczenia, lub wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby, lub dotatkowo w przypadku pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi lub podobnymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego po zaostrzeniu / rzucie choroby. W przypadku wystąpienia, w ww. wymienionym okresie tj. w ciągu 30 dni, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas rozpoczęcia terapii może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia, jednak nie dłużej niż do 90 dni. W przypadku pacjenta niespełniającego kryteriów kwalifikacji, ale którego stan kliniczny lub funkcjonalny stanowi wskazanie do tej formy rehabilitacji, dopuszcza się możliwość zakwalifikowania do świadczeń przez lekarza oddziału kompleksowej rehabilitacji dziennej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej). Stan zdrowia pacjenta wymagający udziału w procesie rehabilitacji minimum trzech członków zespołu terapeutycznego (w tym lekarza i fizjoterapeuty) - na podstawie kwalifikacji wstępnej.
	Kryteria wyłączenia	<p>Opis dodatkowy</p> <ol style="list-style-type: none"> Kwalifikacja wstępna przed przyjęciem do ośrodka odbywa się niezwłocznie od dnia zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza ośrodka, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz ośrodka przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. Rehabilitacja odbywa się w ciągu 12 miesięcy po przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego, a w przypadku pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi lub podobnymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego - po zaostrzeniu/rzucie choroby.
	Kody wg ICD – nie dotyczy	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej

		<p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Osiągnięcie celu terapeutycznego. 2. Poprawa stanu klinicznego/funkcjonalnego powodująca brak konieczności udziału w rehabilitacji minimum 3 członków zespołu terapeutycznego. 3. W przypadku, gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. 4. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.
	<p>Etapy udzielania świadczeń</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego poradę kwalifikacyjną: <ol style="list-style-type: none"> c) konsultację logopedyczną, lub d) konsultację psychologiczną, lub e) konsultację terapeuty zajęciowego; lub f) konsultację dietetyczną, lub g) konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub h) konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii, lub i) konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii, lub j) konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii, lub k) konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie chorób płuc. 2) etap II – terapia i opieka - obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> a) opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz b) opiekę pielęgniarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej dwa profile interwencji (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów): <ul style="list-style-type: none"> – profil fizjoterapeutyczny - fizjoterapia indywidualna, funkcjonalny trening medyczny – czas trwania średnio w trakcie pobytu (cyklu)120 minut dziennie, oraz – profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna - czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, lub – profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna lub interwencja kryzysowa – czas trwania 45 minut w dniu zabiegowym, lub – profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa - czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów. 3) dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – 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 sprawozdawczości). 2. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii: <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali lub innych narzędzi opisu stanu pacjenta, które zostały użyte przy kwalifikacji do świadczenia,

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej		
		2) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz 3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.
	Ramy czasowe realizacji świadczeń	1. Czas trwania rehabilitacji w ośrodku kompleksowej rehabilitacji dziennej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza ośrodka, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż 40 dni zabiegowych w roku kalendarzowym. 2. Czas trwania rehabilitacji w ośrodku kompleksowej rehabilitacji dziennej dla jednego pacjenta z chorobami demielinizacyjnymi lub podobnymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego jest ustalany indywidualnie przez lekarza ośrodka, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż 20 dni zabiegowych w roku kalendarzowym, 3. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.
	Wskaźniki jakości	1. Odsetek pacjentów, którzy wymagali udziału więcej niż trzech profili terapii, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 2. Odsetek pacjentów którzy rozpoczęli rehabilitację powyżej 30 dni od dnia zakończenia leczenia - po przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego, zaostrzeniu choroby, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 3. Odsetek pacjentów niezakwalifikowanych do rehabilitacji, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie, 4. Odsetek pacjentów u których wydłużona została rehabilitacja, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 5. Odsetek pacjentów, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 6. Średnia liczba profili interwencji w dniu zabiegowym. 7. Odsetek pacjentów dla których zrealizowano terapię psychologiczną lub logopedyczną lub terapię zajęciową, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.
	Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji. 4. Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń. 5. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów/skal lub innych narzędzi służących do oceny stanu pacjenta.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Dodatkowe warunki dla wszystkich świadczeń:

Świadczeniodawca uwzględnia zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).

2.5.3. Poziom opieki ambulatoryjny – fizjoterapia ambulatoryjna

Zdiagnozowane problemy: długi czas oczekiwania na realizację świadczenia dla pacjentów pilnych, czyli wymagających szybkiej pomocy terapeutycznej, na skutek oczekiwania w kolejce razem z pacjentami przewlekłymi (w proponowanych zmianach pacjenci ci będą odbiorcami świadczeń POF), proces leczenia oparty na realizacji procedur (głównie fizykoterapeutycznych) realizowanych często niejednocześnie z uwagi na kolejki, nieadekwatna wycena świadczeń nieuwzględniająca specyfiki - „ciężkości” stanu pacjenta.

Tabela 37 Zdefiniowane problemy związane z realizacją świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej

Nazwa świadczenia – stan aktualny	Charakterystyka pacjentów	Zdefiniowany problem	Projekty nowych świadczeń - stan docelowy	Charakterystyka pacjentów – stan docelowy*
Fizjoterapia ambulatoryjna	Opis: pacjent „neurologiczny” w różnych stanach funkcjonalnych, zarówno po ostrym incydencie jak i przewlekły (TOP 3 rozpoznać: Zaburzenia korzeni i splotów nerwowych; Inne choroby krążka międzykręgowego; Choroby krążków międzykręgowych szyjnych)	1) brak wyodrębnionych specyficznych świadczeń dla pacjenta „neurologicznego” 2) proces fizjoterapii sprowadzony do „realizacji cykli procedur” 3) niska <u>dostępność do świadczeń w sytuacjach doraźnych</u> o umiarkowanej „ciężkości” stanu i wysokim potencjale rehabilitacji	Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	Opis: – pacjent w stanach pourazowych i pooperacyjnych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, lub – w sytuacjach mających na celu przygotowanie do zaplanowanych zabiegów chirurgicznych lub neurochirurgicznych
	Liczba pacjentów: 831 tys.	4) odległy czas realizacji tj. 49 dni średniego czasu oczekiwania (pilny) oraz 129 dni - stabilny 5) dostępność do leczenia uzyskują pacjenci przewlekli o umiarkowanym/niskim potencjale rehabilitacji 6) nieadekwatna wycena świadczeń nieuwzględniająca specyfiki - „ciężkości” stanu pacjenta		Docelowa populacja ~ zmiana specyfiki potrzeb rehabilitowanych pacjentów zmniejszenie ogólnej liczby pacjentów rehabilitowanych (częściowe przejście do POF)

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Odpowiedzią na wymienione problemy jest:

- Zdefiniowanie świadczeń dla pacjentów z dysfunkcjami układu nerwowego,
- Zdefiniowanie pacjenta – wymagającego wczesnego rozpoczęcia terapii.

Tabela 38 Charakterystyka populacji docelowej w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej

Nazwa świadczenia	Profil pacjenta – zaburzenia mogą występować opcjonalnie	Charakterystyka populacji docelowej
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	Zaburzenia układu nerwowego: a) niedowład lub porażenia spastyczne lub wiotkie, neuropatie, b) zaburzenia dotyczące czynności życia codziennego	1. w stanach pourazowych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, lub 2. w stanach pooperacyjnych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, lub 3. w sytuacjach mających na celu przygotowanie do zaplanowanych zabiegów chirurgicznych lub neurochirurgicznych.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Szczegółowy opis świadczenia zawiera tabela poniżej.

Tabela 39 Opis świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów z zaburzeniami układu nerwowego

Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej		
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	Kryteria włączenia	<p>Opis włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> Pacjenci spełniający kryteria: <ol style="list-style-type: none"> w stanach pourazowych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, lub w stanach pooperacyjnych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, lub w sytuacjach mających na celu przygotowanie do zaplanowanych zabiegów chirurgicznych lub neurochirurgicznych. Przyjęcie następuje bezpośrednio lub do 30 dni od dnia wystawienia skierowania. Dodatkowo wymagany dokumentu potwierdzający termin zaplanowanego zabiegu chirurgicznego lub neurochirurgicznego. <p>Opis dodatkowy</p> <ol style="list-style-type: none"> Kwalifikacja wstępna przed przyjęciem do pracowni fizjoterapii odbywa się niezwłocznie od dnia zarejestrowania skierowania na podstawie badania pacjenta przez fizjoterapeutę prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną, przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas rozpoczęcia terapii może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.
	Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> Osiągnięcie celu terapeutycznego. W przypadku, gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania, co do realizacji stawianych celów terapii, o czym fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.
	Etapy udzielania świadczenia	<ol style="list-style-type: none"> Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> etap I - obejmuje interwencję - wizytę kwalifikacyjną fizjoterapeutyczną. etap II – terapia - w ramach jednego dnia zabiegowego, liczba i rodzaj interwencji jest realizowana zgodnie z planem fizjoterapii i obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> fizjoterapię indywidualną – maksimum 3 razy 30 minut w ciągu dnia zabiegowego, lub funkcjonalny trening medyczny – maksimum 2 razy 30 minut w ciągu dnia zabiegowego. dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – 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 sprawozdawczości). Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie fizjoterapii:

Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej		
		<ol style="list-style-type: none"> 1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali lub innych narzędzi opisu stanu pacjenta, które zostały użyte przy kwalifikacji do świadczenia, 2) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez fizjoterapeutę, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz 3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej fizjoterapii.
	Ramy czasowe realizacji świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1. Czas trwania fizjoterapii ambulatoryjnej jest ustalany indywidualnie przez fizjoterapeutę na podstawie oceny funkcjonalnej pacjenta oraz założonych do realizacji celów terapii, wynosi nie więcej niż 20 dni zabiegowych w roku kalendarzowym, każdorazowo w przypadku wystąpienia kryterium włączenia. 2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem funkcjonalnym, czas trwania fizjoterapii może zostać przedłużony decyzją fizjoterapeuty prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia - maksymalnie o kolejne 20 dni zabiegowe, 3. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem funkcjonalnym możliwa jest realizacja części dni zabiegowych w warunkach domowych.
	Wskaźniki jakości	<ol style="list-style-type: none"> 1. Odsetek pacjentów niezakwalifikowanych do fizjoterapii, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie. 2. Odsetek pacjentów u których wydłużona została fizjoterapia, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 3. Odsetek pacjentów którzy rozpoczęli fizjoterapię powyżej 30 dni od wystawienia skierowania, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 4. Odsetek pacjentów, u których zrealizowano założony cel fizjoterapii, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 5. Odsetek pacjentów, u których cel fizjoterapii został osiągnięty w ciągu 10 lub mniej dni zabiegowych, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 6. Średnia liczba interwencji w dniu zabiegowym. 7. Średnia liczba procedur zrealizowanych w ramach interwencji.
	Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Osiągnięcie celu fizjoterapii w poszczególnych profilach interwencji. 4. Raportowanie na początku i na zakończenie fizjoterapii wyników testów/skal lub innych narzędzi służących do oceny stanu pacjenta.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Dodatkowe warunki dla wszystkich świadczeń:

Świadczeniodawca uwzględni zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).

2.5.4. Poziom opieki domowej – fizjoterapia domowa

Zdefiniowane problemy: kryteria kwalifikacji są określone wyłącznie dla ograniczonej populacji pacjentów tj. z ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego, dla pozostałych pacjentów brak kryteriów dotyczących ciężkości (pacjent o różnym stopniu upośledzenia funkcji – od lekkich do ciężkich). Wycena świadczeń nie uwzględnia „ciężkości” stanu pacjenta, (co jest różnoznaczne z intensywniejszą opieką) oraz kosztów dojazdu do pacjenta.

Tabela 40 Zdefiniowane problemy związane z realizacją świadczeń w fizjoterapii domowej

Nazwa świadczenia – stan aktualny	Charakterystyka pacjentów	Zdefiniowany problem	Projekty nowych świadczeń - stan docelowy	Charakterystyka pacjentów – stan docelowy*
Fizjoterapia domowa	<p>Opis:</p> <p>Pacjenci z:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu; 2) ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadającymi 5. stopniowi skali Rankina (nie stosuje się do dzieci); 3) uszkodzeniem rdzenia kręgowego – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego 	<ol style="list-style-type: none"> 1) kryteria kwalifikacji wyłącznie dla ograniczonej populacji pacjentów 2) nieadekwatna wycena świadczeń nieuwzględniająca „ciężkości” stanu pacjenta oraz kosztów pośrednich (np. dojazd do pacjenta) 	Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	<p>Opis:</p> <ul style="list-style-type: none"> – populacja wyodrębniona na podstawie analogicznych wskazań – stan funkcjonalny pacjenta zdefiniowany w oparciu o skalę medyczne (np. zmodyfikowana skala Rankina)

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Odpowiedzią na wymienione problemy jest – doszczegółowienie kryteriów kwalifikacji do świadczeń.

Tabela 41 Charakterystyka populacji docelowej w ramach fizjoterapii domowej

Nazwa świadczenia	Profil pacjenta – zaburzenia mogą występować opcjonalnie	Charakterystyka populacji docelowej
Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zaburzenia układu nerwowego: <ol style="list-style-type: none"> a) niedowłady lub porażenia spastyczne b) zaburzenia dotyczące czynności życia codziennego 2. Nie wymaga całodobowej opieki medycznej, 3. Brak możliwości samodzielnego poruszania się i dotarcia na rehabilitację 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zmodyfikowana skala Rankina - 4-5 stopień, <ol style="list-style-type: none"> a) Osoba niepełnosprawna w dość ciężkim stopniu. Objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie. Nie jest konieczna ciągła opieka i pomoc osoby drugiej, lub b) Osoba niepełnosprawna w bardzo ciężkim stopniu. Świadczeniobiorca całkowicie zależny od otoczenia. Konieczna stała pomoc drugiej osoby 2. Pacjent z uszkodzeniem układu nerwowego o różnej etiologii 3. Pacjent do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia centralnego układu nerwowego

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Szczegółowy opis świadczenia zawiera tabela poniżej. Zgodnie z opinią Rady Przejrzystości nr 362/2018 z dnia 20 grudnia 2018 roku w sprawie oceny koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce, przedmiotowe świadczenia mogą zostać objęte programem pilotażowym w ramach POF.

Tabela 42 Opis świadczeń w zakresie fizjoterapii domowej

Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej		
Fizjoterapia domowa dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	Kryteria włączenia	<p>Opis włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> Pacjenci spełniający łącznie 4 kryteria: <ol style="list-style-type: none"> zadeklarowany na liście lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, z uszkodzeniem układu nerwowego o różnej etiologii stopień niepełnosprawności według zmodyfikowanej skali Rankina - 4-5 stopień, do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia układu nerwowego. Rozpoczęcie fizjoterapii domowej bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od dnia wystawienia zlecenia/skierowania. <p>Opis dodatkowy</p> <ol style="list-style-type: none"> Kwalifikacja wstępna przed przyjęciem do fizjoterapii odbywa się niezwłocznie od dnia zarejestrowania skierowania na podstawie badania pacjenta przez fizjoterapeutę prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną, przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas rozpoczęcia terapii może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.
	Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> Osiągnięcie celu terapeutycznego. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów fizjoterapii, fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”, celem podjęcia decyzji o zasadności kontynuacji dalszej fizjoterapii Podjęcie terapii w ramach innego typu świadczeń w rehabilitacji leczniczej.
	Etapy udzielania świadczenia	<ol style="list-style-type: none"> Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> etap I - obejmuje interwencję - wizytę kwalifikacyjną fizjoterapeutyczną. etap II – terapia - w ramach jednego dnia zabiegowego, liczba i rodzaj interwencji jest realizowana zgodnie z planem fizjoterapii i obejmuje fizjoterapię indywidualną (czas trwania pojedynczej interwencji wynosi 30 minut). dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania 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 sprawozdawczości). Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie fizjoterapii: <ol style="list-style-type: none"> ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali lub innych narzędzi opisu stanu pacjenta, które zostały użyte przy kwalifikacji do świadczenia, co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez fizjoterapeutę, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz na końcu terapii ocena efektów prowadzonej fizjoterapii.
	Ramy czasowe realizacji świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> Czas trwania fizjoterapii domowej jest ustalany indywidualnie przez fizjoterapeutę na podstawie oceny funkcjonalnej pacjenta

Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej		
		<p>oraz założonych do realizacji celów fizjoterapii, wynosi nie więcej niż 40 dni zabiegowych w roku kalendarzowym, każdorazowo w przypadku wystąpienia kryterium włączenia.</p> <p>2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem funkcjonalnym, czas trwania fizjoterapii może zostać przedłużony decyzją fizjoterapeuty prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną oraz lekarza zlecającego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia - maksymalnie o kolejne 40 dni zabiegowe.</p>
	Wskaźniki jakości	<ol style="list-style-type: none"> 1. Odsetek pacjentów niezakwalifikowanych do fizjoterapii, do liczby wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie. 2. Odsetek pacjentów, którzy rozpoczęli fizjoterapię domową powyżej 30 dni od dnia wypisania zlecenia, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 3. Odsetek pacjentów, u których wydłużona została fizjoterapia domowa, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 4. Odsetek pacjentów, u których zrealizowano założony cel fizjoterapii domowej, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 5. Odsetek pacjentów, u których cel fizjoterapii domowej został osiągnięty w ciągu 10 lub mniej dni zabiegowych, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. 6. Udział procentowy realizacji poszczególnych interwencji.
	Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji. 4. Raportowanie na początku i na zakończenie fizjoterapii wyników testów/skał lub innych narzędzi służących do oceny stanu pacjenta.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Dodatkowe warunki dla wszystkich świadczeń:

Świadczeniodawca uwzględnia zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).

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 ekspercki 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 neurologiczny). 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

Ekspersi zgłaszali brak możliwości dosumowania produktów na oddziale rehabilitacji neurologicznej 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 rezygnować 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.

Podsumowanie założeń projektowanych świadczeń:

1. Poprawa dostępności do świadczeń dla pacjentów wymagających szybkiej i intensywnej rehabilitacji neurologicznej:
 - Rehabilitacja neurologiczna stacjonarna jest rozumiana, jako rehabilitacja wczesna, która daje szansę 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 neurologicznej pozastacjonarnej umożliwi leczenie adekwatne do potrzeb pacjenta
2. Określenie kryteriów kwalifikacji pacjenta
 - rozpoznania ICD-10 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych
 - ocena funkcjonalna pacjenta przy użyciu dostępnych skal klinicznych, klasyfikacji czy innych kryteriów oceny
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 układu nerwowego tj. mózgu, rdzenia kręgowego i nerwów obwodowych

Główne różnice proponowanego podejścia w stosunku do podejścia aktualnego:

- Przyjęcie tylko rozpoznań zasadniczych – rezygnacja z rozpoznań współistniejących,
- Bardziej jednoznaczny podział pacjentów wg stanu funkcjonalnego przy zastosowaniu szeregu skal,
- Koncentracja leczenia na oddziałach rehabilitacji neurologicznej pacjentów ciężkich przechodzących bezpośrednio z oddziałów fazy ostrej lub z niedawno zakończonym leczeniem na oddziale fazy ostrej.
- Przesunięcie z rehabilitacji neurologicznej do innych poziomów i zakresów rehabilitacji np. ogólnoustrojowej lub ZOL-u pacjentów z bardzo mało nasiloną komponentą neurologiczną / innymi niż wyselekcjonowane rozpoznaniem neurologicznymi i niespełniających kryterium ciężkości, lub pacjentów, u których stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego i brak rokowania, co do realizacji stawianych celów terapii, czy też bezpośrednio leczenia na oddziale fazy ostrej.
- Usunięcie z listy procedur przysługujących pacjentom tych, które eksperci uznali za niepotrzebne dla pacjentów, którzy będą leczeni na oddziale rehabilitacji neurologicznej.

3. Analiza skuteczności i bezpieczeństwa profili interwencji w rehabilitacji neurologicznej

3.1. Wczesna rehabilitacja neurologiczna

Opis metodyki

W celu odnalezienia badań pierwotnych i wtórnych dotyczących oceny zasadności wczesnego rozpoczęcia rehabilitacji u pacjentów neurologicznych, dokonano niesystematycznego przeszukiwania bazy danych naukowych Cochrane. Wyszukiwanie zostało przeprowadzone dnia 14.01.2019 r. przez dwóch analityków. Nie ograniczono przedziału czasowego wyszukiwania. W wyszukiwaniu zastosowano następujące słowa kluczowe: *early neurological rehabilitation, early neurorehabilitation*.

Poniżej przedstawiono kryteria włączenia publikacji do niniejszego opracowania:

Tabela 43 Kryteria włączenia publikacji do opracowania

Element PICOS	Opis
Populacja:	pacjenci objęci rehabilitacją neurologiczną
Komparator:	opóźnione rozpoczęcie rehabilitacji
Interwencja:	wczesna interwencja medyczna w zakresie rehabilitacji pacjenta
Punkty końcowe:	nie określono
Typ badań:	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. Do analizy włączano publikacje pełnotekstowe w języku polskim i angielskim. Nie włączano publikacji dostępnych wyłącznie w postaci abstraktów konferencyjnych.

Opis badań włączonych do przeglądu

1) Charakterystyka badań włączonych do przeglądu

W wyniku wyszukiwania niesystematycznego odnaleziono 1 przegląd systematyczny Langhorne 2018 oceniający skuteczność wczesnej interwencji u pacjentów po udarze, którego charakterystykę przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 44 Charakterystyka przeglądu Langhorne 2018 włączonego do analizy klinicznej.

Badanie	Kryteria selekcji	Badania dotyczące wczesnej interwencji medycznej u pacjentów po udarze
<p>Langhorne 2018</p> <p><u>Źródła finansowania:</u> nie określono</p> <p><u>Cel:</u> określenie, czy wczesna interwencja medyczna u osób z ostrym udarem poprawia rekonwalescencję</p>	<p><u>Populacja:</u> pacjenci po udarze</p> <p><u>Kryteria wykluczenia:</u> nie określono</p> <p><u>Interwencja:</u> wczesna interwencja polegająca na mobilizacji pacjenta (ang. very early mobilisation – VEM) – pierwszy epizod pacjenta po wyjściu z pozycji leżącej polegający na aktywności fizycznej (udzielona jak najwcześniej, jednak nie później niż 48 godzin od pierwszych objawów)</p>	<p><u>Włączone badania:</u> n=9</p> <ul style="list-style-type: none"> • RCT: AVERT II 2008, AVERT III 2015, Chippala 2015a, Chippala 2015b, Langhorne 2010, Morreale 2016, Poletto 2015, SEVEL 2016, Sundseth 2012. <p><u>Populacja:</u> n=2958</p> <p>według badań:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AVERT II 2008: 71 pacjentów (M=74,7 lat; 53,5% mężczyzn); interwencja: VEM + standardowa opieka; komparator: standardowa opieka,

Badanie	Kryteria selekcji	Badania dotyczące wczesnej interwencji medycznej u pacjentów po udarze
<p><u>Synteza wyników:</u> ilościowa i jakościowa</p> <p><u>Przedział czasu objętego wyszukiwaniem:</u> autorzy badania nie wskazali ograniczenia czasowego wyszukiwania</p>	<p><u>Komparator:</u> standardowa opieka (standardowa praktyka mobilizacji pacjenta)</p> <p><u>Pierwszorzędowe punkty końcowe:</u> Zgon lub wystąpienie negatywnego punktu końcowego w chwili zaplanowanego badania follow-up. Negatywne punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • niesamodzielnosc pacjenta – wg zmodyfikowanej skali Rankina [3 do 5 pkt], wg skali Barthel [<15] lub odpowiednik, • konieczność prowadzenia opieki nad pacjentem w opiece instytucjonalnej. <p><u>Drugorzędowe punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • liczba zgonów z jakiegokolwiek przyczyny, • zgon lub liczba pacjentów niesamodzielnych fizycznie, • zgon lub potrzeba przyjęcia do jednostki ochrony zdrowia, • ocena codziennych czynności (ocena ADL), • stan zdrowia pacjenta lub wynik oceny jakości życia, • zdolność do poruszania się (poruszanie się bez pomocy drugiej osoby), określona osobno lub jako składowa ocena funkcjonalnej mobilności, • wynik oceny mobilności, • komplikacje (zdarzenia niepożądane) – liczba komplikacji, włączając zakrzepicę żył dolnych, zatorowość płucną, częstość występowania oraz stopień zaawansowania odleżyn, ciężkość oraz liczbę sytuacji, w których pacjent nie kontrolował czynności fizjologicznych przez 24 godziny, infekcje w klatce piersiowej, upadki oraz zarejestrowane zmiany dotyczące fizjologii pacjenta (ciśnienie krwi, tlen, temperatura), • nastrój pacjenta, • długość pobytu w oddziale szpitalnym, zajmującym się nagłymi i ostrymi przypadkami (w dniach). 	<ul style="list-style-type: none"> • AVERT III 2015: 2104 pacjentów (M=72,5 lat; 39% mężczyzn); interwencja: VEM + standardowa opieka; komparator: standardowa opieka, • Chippala 2015a: 80 pacjentów (M=60 lat; 52% mężczyzn); interwencja: wsparcie siadania na łóżku, siadanie bez wsparcia poza łóżkiem, poruszanie się z asystą, przekraczanie się i wstawanie, siadanie bez wsparcia, przemieszczanie stóp na podłogę, czynności stojące, wczesny chód oraz zaawansowane czynności związane z chodem; komparator: standardowa opieka, • Chippala 2015b: 54 pacjentów (M=63,3 lat; 57% mężczyzn); interwencja i komparator: tożsame z Chippala 2015a, • Langhorne 2010: 32 pacjentów (M=67,5 lat; 50% mężczyzn); interwencja: VEM; komparator: mobilizacja zgodnie z protokołem oddziału udarowego • Morreale 2016: 340 pacjentów (M=64 lat; 72% mężczyzn); interwencja: Proprioceptywne Nerwowo-Mięśniowe Torowanie (PNF) lub poznawcze ćwiczenia terapeutyczne (ang. cognitive therapeutic exercise – CTE) w ciągu 24h od przyjęcia; komparator: Proprioceptywne Nerwowo-Mięśniowe Torowanie (PNF) lub poznawcze ćwiczenia terapeutyczne (ang. cognitive therapeutic exercise – CTE) opóźnione o 4 dni. • Poletto 2015: 37 pacjentów (M=65 lat; 35% mężczyzn); interwencja: procedury ukierunkowane na wychodzenie z łóżka, siadanie na krześle, pionizacja (kiedy tylko możliwa) trening funkcjonalny oraz ponowna nauka motoryki, zgodnie z konceptem Bobath.; komparator: konwencjonalna fizykoterapia, • SEVEL 2016: 167 pacjentów (M=70 lat; 64% mężczyzn), interwencja: sadzanie poza łóżkiem najwcześniej jak możliwe (najlepiej dnia w którym doszło do udaru, najpóźniej dzień po); komparator: protokół sadzania pacjenta na łóżku, zaczynając od dnia po udarze, stopniowo zwiększając kąt do końca drugiego dnia po udarze, docelowo sadzając pacjenta poza łóżkiem w dniu 3. • Sundseth 2012: 65 pacjentów (M=77 lat, 45% mężczyzn); interwencja VEM + standardowa opieka rozpoczęta najszybciej jak to możliwe po randomizacji oraz minimum 24 od przyjęcia do szpitala; komparator: mobilizacja w ciągu 24 do 48 od przyjęcia do szpitala. <p><u>Pierwszorzędowe punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • zgon lub wystąpienie negatywnego punktu końcowego w chwili zaplanowanego badania follow-up. <p>Negatywne punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • niesamodzielnosc pacjenta – wg. zmodyfikowanej skali Rankin [3 do 5 pkt], według skali Barthel [<15] lub odpowiednik, • konieczność prowadzenia opieki nad pacjentem w opiece instytucjonalnej. <p><u>Drugorzędowe punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • zgon, • zgon lub występowanie niesamodzielnosci pacjenta (skala mRS) w chwili zaplanowanego badania follow-up, • zgon lub konieczność prowadzenia opieki nad pacjentem w opiece instytucjonalnej, • codzienna aktywność mierzona w skali ADL (activities of daily living) w chwili zaplanowanego badania follow-up, • subiektywna ocena jakości życia przy pomocy skali AQoL, • możliwość samodzielnego poruszania się pacjenta w chwili zaplanowanego badania follow-up,

Badanie	Kryteria selekcji	Badania dotyczące wczesnej interwencji medycznej u pacjentów po udarze
		<ul style="list-style-type: none"> ocena mobilności pacjenta za pomocą uznanej skali oceny mobilności w chwili zaplanowanego badania follow-up, występowanie powikłań (dowolne powikłania) w chwili zaplanowanego badania follow-up, ocena nastroju pacjenta za pomocą uznanej skali oceny nastroju w chwili zaplanowanego badania follow-up, długość pobytu w szpitalu (dni).

2) Ocena jakości badań włączonych do przeglądu

Włączony do analizy przegląd systematyczny Langhorne 2018 zostały poddany ocenie za pomocą skali AMSTAR2, w której został uznany za *przegląd systematyczny o umiarkowanej jakości*.

Punkty w skali AMSTAR2 zostały odjęte za:

- brak informacji o źródłach finansowania poszczególnych badań włączonych do przeglądu,
- brak informacji o potencjalnych źródłach konfliktu interesów, takich jak źródła finansowania przeglądu,
- brak uwzględnienia opinii ekspertów z danej dziedziny.

Analiza skuteczności

Tabela 45 Wyniki w zakresie punktów końcowych odnoszących się do skuteczności klinicznej w przeglądzie Langhorne 2018.

Punkt końcowy	Badanie	Wyniki		Analiza statystyczna
		Interwencja	Komparator	
Punkty pierwszorzędowe				
Zgon lub wystąpienie negatywnego punktu końcowego w chwili zaplanowanego badania follow-up Negatywne punkty końcowe: - niesamodzielność pacjenta – wg zmodyfikowanej skali Rankin [3 do 5 pkt], według skali Barthel [<15] lub odpowiednik, - konieczność prowadzenia opieki nad pacjentem w opiece instytucjonalnej	Metaanaliza 8 RCT: AVERT II 2008, AVERT III 2015, Chippala 2015a, Chippala 2015b, Langhorne 2010, Poletto 2015, SEVEL 2016, Sundseth 2012. n=2542	640/1262 (50,7%)	622/1280 (48,6%)	OR=1,08 [95% CI 0,92; 1,26], p=0,36, I ² =68%
Punkty drugorzędowe				
Zgon w chwili zaplanowanego badania follow-up	Metaanaliza 8 RCT: AVERT II 2008, AVERT III 2015, Chippala 2015a, Chippala 2015b, Langhorne 2010, Poletto 2015, SEVEL 2016, Sundseth 2012. n=2561	108/1274 (8,5%)	87/1274 (6,8%)	OR=1,27 [95% CI 0,95; 1,70], p=0,11, I ² =0%
Zgon lub występowanie niesamodzielności pacjenta (skala mRS) w chwili zaplanowanego badania follow-up	Metaanaliza 8 RCT: AVERT II 2008, AVERT III 2015, Chippala 2015a, Chippala 2015b, Langhorne 2010, Poletto 2015, SEVEL 2016, Sundseth 2012. n=2542	640/1262 (50,7%)	622/1280 (48,6%)	OR=1,08 [95% CI 0,92; 1,26], p=0,36, I ² =68%
Zgon lub konieczność prowadzenia opieki nad pacjentem w opiece instytucjonalnej w chwili zaplanowanego badania follow-up	Metaanaliza 3 RCT: AVERT II 2008, Langhorne 2010, SEVEL 2016. n=227	21/112 (18,8%)	20/115 (17,4%)	OR=1,05 [95% CI 0,53; 2,07], p=0,89, I ² =20%

Punkt końcowy	Badanie	Wyniki		Analiza statystyczna
		Interwencja	Komparator	
Codzienna aktywność mierzona w skali ADL (activities of daily living) w chwili zaplanowanego badania follow-up	Metaanaliza 8 RCT: AVERT II 2008, AVERT III 2015, Chippala 2015a, Langhorne 2010, Morreale 2016, Poletto 2015, SEVEL 2016, Sundseth 2012. n=2630	n=1348	n=1282	MD=1,94 [95% CI 0,75; 3,13], p=0,001, I ² =93%
Subiektywna ocena jakości życia przy pomocy skali AQoL w chwili zaplanowanego badania follow-up	1 RCT: AVERT II 2008 n=68	M=0,373 (SD=0,372)	M=0,31 (SD=0,317)	MD=0,07 [95% CI -0,10; 0,23], p=0,42
Możliwość samodzielnego poruszania się pacjenta w chwili zaplanowanego badania follow-up	Metaanaliza 4 RCT: AVERT II 2008, AVERT III 2015, Langhorne 2010, Sundseth 2012. n=2255	831/1130 (73,5%)	827/1125 (73,5%)	OR=1,00 [95% CI 0,83; 1,21], p=0,99, I ² =60%
Ocena mobilności pacjenta za pomocą uznanej skali oceny mobilności w chwili zaplanowanego badania follow-up	Metaanaliza 2 RCT: AVERT II 2008, Langhorne 2010. n=102	n=54	n=48	SMD=0,14 [95% CI -0,27; 0,56], p=0,50, I ² =8%
Występowanie powikłań (dowolne powikłania) w chwili zaplanowanego badania follow-up	Metaanaliza 6 RCT: AVERT II 2008, AVERT III 2015, Langhorne 2010, Morreale 2016, Poletto 2015, Sundseth 2012. n=2778	287/1436 (20,0%)	301/1342 (22,4%)	OR=0,88 [95% CI 0,73; 1,06], p=0,18, I ² =0%
Ocena nastroju pacjenta za pomocą uznanej skali oceny nastroju w chwili zaplanowanego badania follow-up	Metaanaliza 2 RCT: AVERT II 2008, Sundseth 2012. n=100	n=48	n=52	SMD=0,07 [95% CI -0,33; 0,46], p=0,74, I ² =0%
Długość pobytu w szpitalu (dni) w chwili zaplanowanego badania follow-up	Metaanaliza 8 RCT: AVERT II 2008, AVERT III 2015, Chippala 2015a, Chippala 2015b, Langhorne 2010, Poletto 2015, SEVEL 2016, Sundseth 2012. n=2551	n=1273	n=1278	MD=-1,44 [CI 95% -2,28; -0,6], p=0,0008, I ² =26%

Podsumowanie

W przeglądzie systematycznym Langhorne 2018 w zakresie skuteczności klinicznej stwierdzono i.s. wpływ wczesnej mobilizacji pacjentów poudarowych następujących drugorzędowych punktach końcowych:

- Poprawa codziennej aktywności mierzonej w skali ADL (activities of daily living) w chwili zaplanowanego badania follow-up na korzyść wczesnego rozpoczęcia mobilizacji pacjenta (MD=1,94 [95% CI 0,75; 3,13], p=0,001, I²=93%),
- Skrócenie długości pobytu w szpitalu (dni) w chwili zaplanowanego badania follow-up na korzyść wczesnego rozpoczęcia mobilizacji pacjenta (MD=-1,44 [CI 95% -2,28; -0,6], p=0,0008, I²=26%).

Analiza bezpieczeństwa

W badaniu analitycy zidentyfikowali następujące nieistotnie statystycznie punkty końcowe dotyczące bezpieczeństwa:

1. Pierwszorzędowe:

- Zgon lub wystąpienie negatywnego punktu końcowego w chwili zaplanowanego badania follow-up. (OR=1,08 [95% CI 0,92; 1,26], p=0,36, I²=68%)

2. Drugorzędowe:

- Zgon w chwili zaplanowanego badania follow-up. (OR=1,27 [95% CI 0,95; 1,70], p=0,11, I²=0%)
- Zgon lub występowanie niesamodzielności pacjenta (skala MRS) w chwili zaplanowanego badania follow-up. (OR=1,08 [95% CI 0,92; 1,26], p=0,36, I²=68%)
- Zgon lub konieczność prowadzenia opieki nad pacjentem w opiece instytucjonalnej w chwili zaplanowanego badania follow-up. (OR=1,05 [95% CI 0,53; 2,07], p=0,89, I²=20%)
- Występowanie powikłań (dowolne powikłania) w chwili zaplanowanego badania follow-up. (OR=0,88 [95% CI 0,73; 1,06], p=0,18, I²=0%)

Ograniczenia

W powyższej analizie analitycy Agencji stwierdzili następujące ograniczenia:

- Z uwagi na ograniczony czas realizacji przeglądu, został on wykonany metodą przeglądu niesystematycznego.
- Odnaleziony przegląd systematyczny Langhorne 2018, zgodnie ze skalą AMSTAR2, jest przeglądem o umiarkowanej jakości.
- Odnaleziony przegląd systematyczny Langhorne 2018 uwzględnia tylko populację pacjentów po udarze.

3.2. Profil interwencji psychologicznych

Opis metodyki

W celu odnalezienia badań pierwotnych i wtórnych, dokonano przeszukiwania baz danych naukowych: MEDLINE, EMBASE oraz Cochrane. Wyszukiwanie zostało przeprowadzone dnia 10.01.2019 r. przez dwóch analityków. Wyszukiwanie ograniczono do lat 2017–2019. Zastosowane strategie wyszukiwania zostały przedstawione w rozdziale *Załączniki*.

Poniżej przedstawiono kryteria włączenia publikacji do niniejszego opracowania:

Tabela 46 Kryteria włączenia publikacji do opracowania.

Element PICOS	Opis
Populacja:	populacja pacjentów objętych rehabilitacją neurologiczną
Interwencja:	świadczenia z zakresu psychologii/psychoterapii udzielane przez psychologa
Komparator:	nie określono
Punkty końcowe:	nie określono
Typ badań:	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. Do analizy włączano publikacje pełnotekstowe w języku polskim i angielskim. Nie włączano publikacji dostępnych wyłącznie w postaci abstraktów konferencyjnych.

Opis badań włączonych do przeglądu

1) Charakterystyka badań włączonych do przeglądu

W wyniku wyszukiwania systematycznego odnaleziono 2 przeglądy systematyczne: Wang 2018 i Baker 2017. Ze względu na brak wyników badań dotyczących rehabilitacji neurologicznej w kontekście procedur psychologicznych w przeglądzie Baker 2017, ostatecznie do analizy włączono 1 przegląd systematyczny Wang 2018, którego charakterystykę przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 47 Charakterystyka badań włączonych do przeglądu systematycznego Wang 2018.

Badanie	Kryteria selekcji	Badania dotyczące świadczeń z zakresu psychologii/psychoterapii udzielanych przez psychologa pacjentom objętych rehabilitacją neurologiczną
<p>Wang 2018</p> <p><u>Źródła finansowania:</u> Beijing Brain Research Institute Ministry of Science and Technology of China</p> <p><u>Cel:</u> Ocena wpływu terapii poznawczo-behawioralnej u pacjentów z depresją poudarową</p> <p><u>Synteza wyników:</u> ilościowa i jakościowa</p> <p><u>Przedział czasu objętego wyszukiwaniem:</u> nie odnaleziono</p> <p><u>Ocena przeglądu w skali Amstar2:</u> badanie niskiej jakości</p>	<p><u>Populacja:</u> M=60 lat (SD=5,6) Pacjenci z depresją poudarową według dowolnych kryteriów diagnostycznych. Analiza w subpopulacjach pacjentów:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Przyjmujących antydepresanty • Nieprzyjmujących antydepresantów • Populacja mieszana (część pacjentów przyjmuje, część nie) • Wszyscy pacjenci biorący udział w badaniu (populacja ogólna) <p><u>Interwencja:</u> Terapia poznawczo-behawioralna lub terapia poznawczo-behawioralna w połączeniu z antydepresantami.</p> <p><u>Komparator:</u> Placebo lub te same antydepresanty co w grupie interwencyjnej.</p> <p><u>Pierwszorzędowe punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • określenie wielkości zmian dla wyników skal* (punkty) mierzących objawy depresji u pacjentów: <ul style="list-style-type: none"> ○ niestosujących antydepresantów, ○ stosujących antydepresanty, ○ w populacji mieszanej (u wszystkich pacjentów), ○ w populacji ogólnej. <p>* - Oceny objawów depresji dokonano za pomocą skal: HAMD, SDS, HADS-D, WDI; wyniki podawane w postaci liczby punktów.</p> <p><u>Drugorzędowe punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • niepokój (skala: SAS), • deficyt funkcji neurologicznych (skala: NFDS lub NIHSS), • wykonywanie codziennych czynności (skala: ADL, Barthel index, EADL), • funkcje poznawcze (skala: MMSE). 	<p><u>Włączone badania:</u> n=23 RCT: 23</p> <p><u>Populacja:</u> wszystkie RCT: n=1 972</p> <p><u>Badania bez użycia antydepresantów:</u> n=859</p> <ul style="list-style-type: none"> • He CL 2010 (n=180) • Mei L 2012 (n=160) • Wang JB 2014 (n=60) • Chen XH 2015 (n=88) • Li AQ 2015 (n=120) • Yuan DW 2015 (n=78) • Gao J 2017 (n=173) <p><u>Badania z użyciem antydepresantów:</u> n=970</p> <ul style="list-style-type: none"> • Huang Y 2003 (n=60) • You SM 2006 (n=58) • Li L 2009 (n=40) • Lu J 2011 (n=60) • Lin LL 2013 (n=40) • Wang FH 2014 (n=110) • Tang KH (n=60) • Fan WT 2014 (n=44) • Hao WR (n=119) • Zhou C 2015 (n=75) • Lan J 2015 (n=68) • Hu XF 2015 (n=60) • Li GF 2018 (n=116) • GeDJ 2016 (n=60) <p><u>Badania z użyciem antydepresantów u części pacjentów:</u> n=143</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lincol 2003 (n=82) • Kootker 2017 (n=61)

2) Ocena jakości badań włączonych do przeglądu

Włączony do analizy przegląd systematyczny Wang 2018 zostały poddany ocenie za pomocą skali AMSTAR2, w której został uznany za *przegląd systematyczny o niskiej jakości*.

Punkty w skali AMSTAR2 zostały odjęte za:

- brak listy wykluczonych badań wraz z uzasadnieniem wykluczeń,

- nie użyto odpowiednich narzędzi do oceny ryzyka błędu systematycznego w poszczególnych badaniach włączonych do przeglądu,
- brak informacji o źródłach finansowania poszczególnych badań włączonych do przeglądu,
- nie oceniono potencjalnego wpływu ryzyka błędu systematycznego w poszczególnych badaniach na wyniki metaanalizy lub innej kalkulacji wyników.

Ocena badań pierwotnych z przeglądu Wang 2018 w skali Jadad:

He CL 2010 – 2 pkt, Mei L 2012 – 2 pkt, Wang JB 2014 – 2 pkt, Chen XH 2015 – 3 pkt, Li AQ 2015 – 3 pkt, Yuan DW 2015 – 3 pkt, Gao J 2017 – 5 pkt, Huang Y 2003 – 2 pkt, You SM 2006 – 2 pkt, Li L 2009 – 2 pkt, Lu J 2011 – 2 pkt, Lin LL 2013 – 2 pkt, Wang FH 2014 – 2 pkt, Tang KH – 2 pkt, Fan WT 2014 – 2 pkt, Hao WR – 2 pkt, Zhou C 2015 – 4 pkt, Lan J 2015 – 2 pkt, Hu XF 2015 – 2 pkt, Li GF 2018 – 3 pkt, Ge DJ 2016 – 3 pkt, Lincol 2003 – 4 pkt, Kootker 2017 – 5 pkt.

Wyniki

Do analizy włączono jeden przegląd systematyczny Wang 2018 dotyczący skuteczności i bezpieczeństwa świadczeń z zakresu psychologii/psychoterapii udzielanych przez psychologa w populacji pacjentów objętych rehabilitacją neurologiczną.

W poniższej tabeli przedstawiono wyniki przeglądu systematycznego Wang 2018.

Analiza skuteczności

Tabela 48 Wyniki w zakresie punktów końcowych odnoszących się do skuteczności klinicznej terapii poznawczo-behavioralnej u pacjentów z depresją poudarową w przeglądzie Wang 2018.

Punkt końcowy	Badanie	Wyniki	Analiza statystyczna
Punkty pierwszorzędowe			
Objawy depresji u pacjentów niestosujących antydepresantów (standaryzowana średnia różnic dla zmiany wyniku skal: HAMD, SDS, HADS-D, WDI)	Wang 2018: metaanaliza 7 RCT: Gao 2017, Yuan 2015, Li 2015, Chen 2015, Wang 2014, Mei 2012, He 2010 N=859	SMD=-0,76 [95% CI -1,22; -0,29]	p=0,001; I²=91%
Objawy depresji u pacjentów stosujących antydepresanty (standaryzowana średnia różnic dla zmiany wyniku skal: HAMD, SDS, HADS-D, WDI)	Wang 2018: metaanaliza 14 RCT: Ge 2016, Li 2016, Hu 2015, Lan 2015, Zhou 2015, Hao 2014, Fan 2014, Tang 2014, Wang 2014, Lin 2013, Lu 2011, Li 2009, You 2006, Huang 2003 N=970	SMD=-0,95 [95% CI -1,20; -0,71]	p<0,0001; I²=69%
Objawy depresji w populacji, gdzie część pacjentów stosowała antydepresanty (standaryzowana średnia różnic dla zmiany wyniku skal: HAMD, SDS, HADS-D, WDI)	Wang 2018: metaanaliza 2 RCT: Kootker 2017, Lincoln 2003 N=143	SMD=-0,20 [95% CI -0,53; 0,13]	p=0,24; I ² =0%
Objawy depresji u wszystkich pacjentów (standaryzowana średnia różnic dla zmiany wyniku skal: HAMD, SDS, HADS-D, WDI)	Wang 2018 metaanaliza 23 RCT: Gao 2017, Yuan 2015, Li 2015, Chen 2015, Wang 2014, Mei 2012, He 2010, Ge 2016, Li 2016, Hu 2015, Lan 2015, Zhou 2015, Hao 2014, Fan 2014, Tang 2014, Wang 2014, Lin 2013, Lu 2011, Li 2009, You 2006, Huang 2003, Kootker 2017, Lincoln 2003 N=1972	SMD=-0,83 [95% CI -1,05; -0,60]	p<0,0001; I²=82%
Punkty drugorzędowe*			

Punkt końcowy		Badanie	Wyniki	Analiza statystyczna
Niepokój (ang. anxiety) (skala SAS)	Ogólnie	Wang 2018 N (ramiona): 403 (5)	SMD=-0,49 [95% CI -0,79; -0,19]	p=0,001; I²=55%
	Populacja bez antydepresantów	Wang 2018 N (ramiona): 88 (1)	SMD=-0,49 [95% CI -0,92; -0,07]	p=0,02; I²=b.d.
	Populacja stosująca antydepresanty	Wang 2018 N (ramiona): 254 (3)	SMD=-0,58 [95% CI -1,09; -0,06]	p=0,03; I²=74%
	Populacja częściowo stosująca antydepresanty	Wang 2018 N (ramiona): 61 (1)	SMD=-0,25 [95% CI -1,09; -0,06]	p=0,34; I ² =b.d.
Zaburzenia funkcji neurologicznych (skala: NFDS lub NIHSS)	Ogólnie	Wang 2018 N (ramiona): 382 (5)	SMD= -1,22 [95% CI -1,80; -0,64]	p<0,001; I²=84%
	Populacja bez antydepresantów	Wang 2018 N (ramiona): 160 (1)	SMD= -0,67 [95% CI -0,99; -0,35]	p<0,001; I²=82%
	Populacja stosująca antydepresanty	Wang 2018 N (ramiona): 222 (4)	SMD=-1,38 [95% CI -2,07; -0,69]	p<0,001; I²=82%
Wykonywanie codziennych czynności (ang. activities of daily living) (skala: Barthel ADL, index, EADL)	Ogólnie	Wang 2018 N (ramiona): 753 (7)	SMD=0,78 [95% CI 0,15; 1,41]	p=0,01; I²=82%
	Populacja bez antydepresantów	Wang 2018, N (ramiona): 551 (4)	SMD=0,68 [95% CI -0,14; 1,51]	p=0,10; I ² =82%
	Populacja stosująca antydepresanty	Wang 2018 N (ramiona): 120 (2)	SMD=1,42 [95% CI -0,41; 3,24]	p=0,13; I ² =82%
	Populacja częściowo stosująca antydepresanty	Wang 2018 N (ramiona): 82 (1)	SMD=0,00 [95% CI -0,43; 0,43]	p=1,00; I ² =82%
Funkcje poznawcze (skala: MMSE)	Ogólnie	Wang 2018 N (ramiona): 283 (2)	MD=-2,67 [95% CI -7,04; 1,70]	p=0,28; I ² =82%
	Populacja bez antydepresantów	Wang 2018 N (ramiona): 173 (1)	MD=-0,40 [95% CI -1,98; 1,18]	p=0,62; I ² =82%
	Populacja stosująca antydepresanty	Wang 2018 N (ramiona): 110 (1)	MD=-0,75 [95% CI -0,95; -0,55]	p<0,001; I²=82%

*W przypadku punktów drugorzędowych w przeglądzie nie wskazano, które badania zostały włączone do metaanalizy, a podano jedynie liczbę ramion.

Podsumowanie

W przeglądzie systematycznym Wang 2018 w zakresie skuteczności klinicznej stwierdzono i.s. wpływ stosowania terapii poznawczo-behawioralnej u pacjentów z depresją poudarową w następujących punktach końcowych:

- PK pierwszorzędowe:
 - umiarkowany efekt zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej wskazujący na zmniejszenie objawów depresji u pacjentów niestosujących antydepresantów (standaryzowana średnia różnica dla zmiany wyniku mierzonego w skalach: HAMD, SDS, HADS-D, WDI) – SMD=-0,76 ([95% CI -1,22; -0,29]; p=0,001; I²=91%),
 - duży efekt zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej wskazujący na zmniejszenie objawów depresji u pacjentów stosujących antydepresanty (standaryzowana średnia różnica dla zmiany wyniku skal: HAMD, SDS, HADS-D, WDI) – SMD=-0,95 ([95% CI -1,20; -0,71]; p<0,0001; I²=69%),
 - duży efekt zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej wskazujący na zmniejszenie objawów depresji u wszystkich pacjentów (standaryzowana średnia różnica dla zmiany wyniku skal: HAMD, SDS, HADS-D, WDI) – SMD=-0,83 ([95% CI -1,05; -0,60], p<0,00001; I²=82%),
- PK drugorzędowe:
 - efekt zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej wskazujący na zmniejszenie objawów niepokoju:
 - mały efekt w populacji ogólnej – SMD=-0,49 ([95% CI -0,79; -0,19], p=0,001; I²=55%),

- mały efekt w populacji bez antydepresantów – SMD=-0,49 ([95% CI -0,92; -0,07], p=0,02; I²=b.d.),
- umiarkowany efekt w populacji stosująca antydepresanty – SMD=-0,58 ([95% CI -1,09; -0,06], p=0,03; I²=74%),
- efekt zastosowania terapii poznawczo-behawioralne wskazujący na zmniejszenie występowania zaburzeń funkcji neurologicznych:
 - duży efekt w populacji ogólnej – SMD= -1,22 ([95% CI -1,80; -0,64], p<0,001; I²=84%),
 - umiarkowany efekt w populacji bez antydepresantów – SMD= -0,67 ([95% CI -0,99; -0,35], p<0,001; I²=82%)
 - duży efekt w populacji stosującej antydepresanty – SMD=-1,38 ([95% CI -2,07; -0,69], p<0,001; I²=82%)
- umiarkowany efekt zastosowania terapii poznawczo-behawioralne wskazujący na poprawę w wykonywaniu codziennych czynności w populacji ogólnej – SMD=0,78 ([95% CI 0,15; 1,41], p=0,01; I²=82%),
- efekt zastosowania terapii poznawczo-behawioralne wskazujący poprawę w zakresie funkcji poznawczych :
 - umiarkowany efekt w populacji stosującej antydepresanty – MD=-0,75 [95% CI -0,95; -0,55], p<0,001; I²=82%).

Dla standaryzowanej średniej różnic (SMD) przyjęto następujące progi¹²:

- Efekt mały ≥0,2
- Efekt umiarkowany ≥0,5
- Efekt duży ≥0,8

Analiza bezpieczeństwa

W przeglądzie systematycznym Wang 2018 nie odnaleziono punktów końcowych odnoszących się do bezpieczeństwa.

Ograniczenia

W niniejszej analizie stwierdzono następujące ograniczenia:

- Odnaleziony przegląd systematyczny, zgodnie ze skalą AMSTAR2, jest niskiej jakości.
- Zdecydowana większość badań (21/23 badania) przeprowadzono w populacji chińskiej. Pozostałe dwa badania prowadzono w Wielkiej Brytanii i Holandii. W związku z powyższym istnieją ograniczenia co do generalizacji wyników na populację kaukaską.
- Z uwagi iż większość badań została opublikowana w języku chińskim odstąpiono od przedstawienia szczegółów stosowanych interwencji w poszczególnych badaniach pierwotnych.
- W przeglądzie systematycznym Wang 2018 uwzględniono jedynie populację pacjentów z depresją poudarową.
- W wykonanej przez autorów przeglądu Wang 2018 analizie wrażliwości wskazano istotny statystycznie wpływ następujących zmiennych:
 - Lokalizacja badania (Chiny lub inne),
 - Zaślepienie badania (badanie otwarte (ang. Open-label) lub zaślepienie osoby oceniającej wyniki badania (ang. Rater masked),
 - Rodzaj stosowanej skali (HAMD, SDS, inne [BDI/HADS-D]),

¹² Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988. s. 81–82.

- o Czas trwania leczenia (≤ 8 tygodni lub > 8 tygodni). Dietetyka

3.3. Profil interwencji dietetycznych

Opis metodyki

W celu odnalezienia badań pierwotnych i wtórnych dotyczących zasadności udzielania świadczeń z zakresu dietetyki/żywienia udzielonych przez dietetyka w populacji pacjentów objętych rehabilitacją neurologiczną, dokonano przeszukiwania baz danych naukowych: MEDLINE, EMBASE oraz Cochrane. Wyszukiwanie zostało przeprowadzone dnia 9.01.2019 r. przez dwóch analityków. Wyszukiwanie ograniczono do lat 2014–2018. Zastosowane strategie wyszukiwania zostały przedstawione w rozdziale *Załączniki*. Dnia 10.01.2019 r. przeprowadzono również wyszukiwanie niesystematyczne w wyszukiwarce „Google” używając słów: *dietician, nutritionist, neurologic rehabilitatio*.

Poniżej przedstawiono kryteria włączenia publikacji do niniejszego opracowania.

Tabela 49 Kryteria włączenia publikacji do opracowania.

Element PICOS	Opis
Populacja:	populacja pacjentów objętych rehabilitacją neurologiczną
Interwencja:	świadczenia z zakresu dietetyki/żywienia udzielone przez dietetyka
Komparator:	nie określono
Punkty końcowe:	nie określono
Typ badań:	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.

Opis badań włączonych do przeglądu

W wyniku wyszukiwania systematycznego nie odnaleziono publikacji oceniających skuteczność i bezpieczeństwa świadczeń z zakresu dietetyki/żywienia udzielonych przez dietetyka dla populacji pacjentów objętych rehabilitacją neurologiczną.

3.4. Profil interwencji terapii zajęciowej

Opis metodyki

W celu odnalezienia badań pierwotnych i opracowań wtórnych dotyczących skuteczności świadczeń z zakresu terapii zajęciowej dokonano przeszukiwania w bazie Medline, Cochrane i Embase. Wyszukiwanie przeprowadzono 11.01.2018 r. Zastosowane strategie wyszukiwania zostały przedstawione w załącznikach do niniejszego opracowania. Selekcji badań dokonywało niezależnie od siebie dwóch analityków. Protokół zakładał, że w przypadku niezgodności między badaczami dyskusja będzie prowadzona do czasu osiągnięcia konsensusu.

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 50 Kryteria włączenia publikacji do przeglądu.

Opis	Komentarz
<u>Populacja:</u> - pacjenci objęci rehabilitacją neurologiczną	-
<u>Interwencje:</u> - świadczenia z zakresu terapii zajęciowej	-
<u>Komparator:</u> - brak terapii zajęciowej / standardowy model opieki	-
<u>Punkty końcowe:</u> - nie określono	-
<u>Rodzaj badania:</u> - 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. Do analizy włączano wyłącznie publikacje pełnotekstowe w języku polskim i angielskim.	Do przeglądu włączano dowody o najwyższym poziomie wiarygodności. Gdyby nie odnaleziono badań komparatywnych z wnioskowaniem o skuteczności i bezpieczeństwie, włączono by prospektywne badania obserwacyjne bez grupy kontrolnej (I/II fazy). Gdyby nie odnaleziono badań obserwacyjnych II fazy, włączono by inne badania, opisy serii przypadków oraz opisy przypadków. Nie włączano publikacji dostępnych wyłącznie w postaci abstraktów konferencyjnych.

Charakterystyka

W ramach wyszukiwania odnaleziono 2 przeglądy systematyczne (Stewart 2018, Legg 2017), których charakterystykę zamieszczono w tabeli poniżej.

Tabela 51 Charakterystyka przeglądów włączonych do analizy.

Badanie	Kryteria selekcji	Badania dotyczące porównania skuteczności terapii zajęciowej vs brak terapii/standardowa opieka
<p>Stewart 2018</p> <p><u>Źródła finansowania:</u> nie określono</p> <p><u>Cel: ocena skuteczności niefarmakologicznych interwencji na aktywności życia codziennego u osób starszych po udarze mózgu</u></p> <p><u>Synteza wyników:</u> jakościowa</p> <p><u>Przedział czasu objętego wyszukiwaniem:</u> nie ograniczono</p> <p><u>Ocena przeglądu w skali Amstar2:</u> krytycznie niska.</p>	<p><u>Populacja:</u> dorośli ≥65 r.ż. po przebytych udarach mózgu</p> <p><u>Kryteria włączenia:</u> (przeglądy systematyczne)</p> <ul style="list-style-type: none"> • pełny tekst dostępny w języku angielskim, hiszpańskim lub włoskim; • zidentyfikowano co najmniej jedno badanie pierwotne spełniające kryteria włączenia do przeglądu; • przeszukano co najmniej jedną bazę danych literatury medycznej; • uwzględniono również możliwość włączenia wytycznych pod warunkiem, że zastosowano w nich przejrzyste i systematyczne metody uzyskiwania dowodów naukowych. <p><u>Kryteria włączenia:</u> (badania pierwotne)</p> <ul style="list-style-type: none"> • wszyscy uczestnicy muszą mieć 65 lat lub średni wiek uczestników musi wynosić 65 lat; • uwzględnienie wszystkich etiologii, typów i nasileń objawów udaru mózgu; • uwzględnienie wszystkich niefarmakologicznych interwencji w przypadku udaru mózgu: <ul style="list-style-type: none"> a) interwencja jedno- lub wieloskładnikowa, nielekowa, stosowana w celu poprawy objawów po udarze mózgu b) interwencja nielekowa będąca leczeniem lub terapią, którą można wykonać u pacjenta lub nauczyć pacjenta, aby mógł ją wykonywać samodzielnie c) interwencja nielekowa możliwa do zrealizowania w praktyce klinicznej • leczenie co najmniej 1 powikłania lub szczególnej niepełnosprawności udaru mózgu 	<p><u>Włączone badania:</u> n=12</p> <ul style="list-style-type: none"> • RCT: Chiu 2004, Corr 1995, Donkervoort 2001, Gilbertson 2000, Jongbloed 1989, Landi 2006, Logan 1997, Logan 2004, Parker 2001, Sackley 2006, Walker 1996, Wa ker 1999 • 8 badań przeprowadzono w Wielkiej Brytanii oraz po jednym w Chinach, Holandii, Kanadzie i Włoszech. <p><u>Populacja:</u> 1632 uczestników,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Płeć: mężczyźni 49,6% (n = 810), kobiety: 50,4% (n=822) - Chiu 2004 (35 mężczyzn, 18 kobiet), - Corr 1995 (41 mężczyzn, 69 kobiet), - Donkervoort 2001 (64 mężczyzn, 49 kobiet), - Gilbertson 2000 (60 mężczyzn, 78 kobiet), - Jongbloed 1989 (41 mężczyzn, 49 kobiet), - Landi 2006 (23 mężczyzn, 27 kobiet), - Logan 1997 (56 mężczyzn, 55 kobiet), - Logan 2004 (91 mężczyzn, 77 kobiet), - Parker 2001 (269 mężczyzn, 197 kobiet), - Sackley 2006 (20 mężczyzn, 98 kobiet), - Wa ker 1996 (16 mężczyzn, 14 kobiet), - Wa ker 1999 (94 mężczyzn, 91 kobiet). • Średni wiek wahał się od 65,9 lat (SD=8,16) do 88,6 lat (SD=6,5) <p><u>Interwencja:</u> terapia zajęciowej u osób starszych po udarze mózgu</p> <p><u>Komparator:</u> zwykła (tradycyjna) terapia zajęciowa lub jej brak</p> <p>Chiu 2004:</p>

Badanie	Kryteria selekcji	Badania dotyczące porównania skuteczności terapii zajęciowej vs brak terapii/standardowa opieka
	<p>(np. nietrzymanie moczu, podwichnięcie ramienia, zespół zaniedbywania itp.);</p> <ul style="list-style-type: none"> • porównanie leczenia niefarmakologicznego z brakiem leczenia, interwencją pozorną lub leczeniem uznawanym za standardową praktykę w czasie badania; • badanie z zastosowaniem metodyki Randomized Controlled Trial (RCT) lub Quasi RCT; • dokument musi skupiać się na co najmniej jednej lub więcej z trzech zmiennych wynikowych uzyskanych w drodze konsensusu Delphi: ADL, jakość życia lub niepełnosprawność (tylko środki globalne); • artykuły opublikowane wyłącznie w języku angielskim, włoskim i hiszpańskim. <p><u>Kryteria wykluczenia:</u> (badania pierwotne)</p> <ul style="list-style-type: none"> • jakkolwiek terapia przeciwdziałania udarom mózgu; • jakkolwiek terapia przy użyciu produktów niekonwencjonalnych, ale podawana w sposób konwencjonalny (np. medycyna chińska, suplementy ziołowe); • badania obserwacyjne lub badania z historyczną grupą kontrolną; • włączenie uczestników z innymi schorzeniami neurologicznymi; • badania dotyczące leczenia udarów mózgu na oddziałach intensywnej terapii/po wypadkach i pomocy doraźnej; • badania w zakresie usług zdrowotnych oceniające dwie różne jednostki leczenia udarowego (szpital, leczenie pozaszpitalne lub domowe), stosowanie dwóch lub więcej metod terapii niefarmakologicznych (np. rehabilitacja „face to face”) lub ocena różnych metod świadczenia opieki/koordynowania opieki (np. różne osoby odpowiedzialnej za leczenie/opiekę poszpitalną w porównaniu ze zwykłą opieką); • ocena ekonomiczna terapii niefarmakologicznej; • dokumenty omawiające zależność dawka-odpowiedź (czas trwania, intensywność terapii lub czas rozpoczęcia leczenia, w tym wczesny wypis ze szpitala); • interwencje zawierające jedynie informacje edukacyjne/informacje o udarze/współpracy z innymi świadczeniami, w których pacjent odgrywa rolę pasywną (uwaga: jeżeli te elementy są zawarte w szerszej ustrukturyzowanej wieloelementowej interwencji, tj. samodzielny program do zarządzania, interwencja zostanie uwzględniona). <p><u>Interwencja:</u> terapia zajęciowa wpływająca na codzienną aktywność osób po udarze mózgu</p> <p><u>Komparator:</u> brak terapii zajęciowej lub tradycyjna terapia zajęciowa</p> <p><u>Punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ocena czynności życia codziennego (skala Barthel, NeADL) • Pomiar niezależności funkcjonalnej (jakość życia) 	<p>Obie grupy otrzymały szkolenie dotyczące wykorzystania urządzeń wspierających kąpiel przeprowadzone przez terapeutę zajęciowego;</p> <p>I: dodatkowy trening przeprowadzony w domu, po wypisie ze szpitala ;</p> <p>C: brak dodatkowego treningu.</p> <p>Corr 1995:</p> <p>I: nauka nowych umiejętności; ułatwianie większej niezależności w czynnościach życia codziennego oraz udzielanie informacji uczestnikom i opiekunowi;</p> <p>C: standardowy model opieki, nieokreślony.</p> <p>Donkervoort 2001:</p> <p>I: nauka pacjenta strategii skupiających się na kompensowaniu apraksji podczas wykonywania czynności życia codziennego połączone ze standardową opieką. Pacjenci otrzymywali dodatkowy dzień zajęć oraz spotkania przypominające;</p> <p>C: standardowa terapia zajęciowa terapii zajęciowej skoncentrowana na funkcjach motorycznych i percepcyjnych.</p> <p>Gilbertson 2000:</p> <p>I: terapia zajęciowa składająca się z 10 wizyt domowych przez 6 tygodni, dostosowana do indywidualnych celów i możliwości pacjenta;</p> <p>C: standardowy model opieki, nieokreślony.</p> <p>Jongbloed 1989:</p> <p>I: funkcjonalna terapia zajęciowa: skupiona na wykonywaniu określonych zadań, zazwyczaj związanymi z czynnościami życia codziennego, w celu zwiększenia niezależności pacjenta</p> <p>C: zintegrowana terapia zajęciowa sensomotoryczna: zakłada holistyczne podejście, w którym układy motoryczne i sensoryczne są współzależne. Obejmuje planowane działania sensoryczne zaprojektowane w celu poprawy funkcji motorycznych.</p> <p>Landi 2006:</p> <p>I: połączona terapia zajęciowa i interwencja fizjoterapeutyczna (według standardowego modelu opieki). Terapia zajęciowa prowadzona w programie zindywidualizowanym do potrzeb pacjenta, obejmowała wykonywanie czynności higieny osobistej, spożywanie posiłków i ubieranie się w celu poprawy i osiągnięcia niezależności w czynnościach życia codziennego</p> <p>C: standardowy model opieki (bez terapii zajęciowej), nieokreślony</p> <p>Logan 1997:</p> <p>I: rozszerzona terapia zajęciowa, w której leczenie było tożsame ze standardowym modelem opieki, jednak dostarczane z większą częstotliwością i intensywnością;</p> <p>C: standardowy model opieki, nieokreślony.</p> <p>Logan 2004:</p> <p>I: przeprowadzenie oceny pacjenta przez terapeuta zajęciowego, opracowanie celów i przeprowadzenie interwencji w celu osiągnięcia tych celów.</p> <p>C: broszury opisujące lokalne usługi transportowe dla osób niepełnosprawnych</p> <p>Parker 2001:</p> <p>I grupa I: cele leczenia zostały ustalone w kategoriach aktywności wypoczynkowych, interwencje obejmowały wykonywanie zadań rekreacyjnych, a także wszelkie ADL. Mające na celu osiągnięcie aktywności wypoczynkowych;</p>

Badanie	Kryteria selekcji	Badania dotyczące porównania skuteczności terapii zajęciowej vs brak terapii/standardowa opieka
		<p>I grupa II: cele leczenia w grupie ADL polegały na poprawie niezależności w tychże zadaniach, interwencje obejmowały wykonywanie czynności życia codziennego (takich jak przygotowanie posiłku lub chodzenie na zewnątrz); C: standardowy model opieki, nieokreślony. Sackley 2006:</p> <p>I: dodatkowe zajęcia z terapii zajęciowej w celu poprawienia sprawności wykonywania czynności życia codziennego C: standardowy model opieki, nieokreślony Walker 1996</p> <p>I: leczenie prowadzone przez doświadczonego terapeutę zajęciowego w domu pacjenta. Leczenie obejmowało m.in. naukę ubierania, ergonomię wykonywania czynności i przezwyciężenie trudności percepcyjnych; C: brak interwencji Walker 1999</p> <p>I: prowadzenie wizyt przez terapeutę zajęciowego do okresu 5 miesięcy. Częstotliwość i zakres leczenia były uzgodnione pomiędzy pacjentem i terapeutą. Celem leczenia było osiągnięcie samodzielności pacjenta w czynnościach życia codziennego. C: brak interwencji.</p>
<p>Legg 2017</p> <p><u>Źródła finansowania:</u> <u>Źródła wewnętrzne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Greater Glasgow i Clyde Health Board, Wielka Brytania. <p><u>Źródła zewnętrzne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Chest Heart and Stroke, Scotland, UK. The Big Lottery Fund, Wielka Brytania. National Institute for Health Research, Wielka Brytania. <p><u>Cel:</u> ocena efektów interwencji terapii zajęciowej pod względem sprawności funkcjonalnej dorosłych po udarze mózgu w zakresie czynności życia codziennego</p> <p><u>Synteza wyników:</u> ilościowa i jakościowa</p> <p><u>Przedział czasu objętego wyszukiwaniem:</u> do stycznia 2017</p> <p><u>Ocena przeglądu w skali Amstar2:</u> przegląd wysokiej jakości</p>	<p><u>Populacja:</u> pacjenci >18 lat, po udarze mózgu</p> <p><u>Kryteria włączenia publikacji:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> badania eksperymentalne naprzemienne, badania RCT; interwencja w terapii zajęciowej prowadzona przez terapeutę zajęciowego lub pod jego nadzorem; badania skoncentrowane na czynnościach życia codziennego (activities of daily living, ADL) <p><u>Kryteria wykluczenia publikacji:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> badania porównujące różne rodzaje interwencji w terapii zajęciowej badania z populacją o różnej etiologii, gdzie populacja po udarze stanowiła <50% badania obejmujące wyłącznie osoby dorosłe z konkretnymi upośledzeniami związanymi z udarem badania opisujące terapię zajęciową skierowaną do dorosłych po udarze znajdujących się w domach opieki <p><u>Interwencja:</u> terapia zajęciowa prowadzona przez terapeutę zajęciowego lub pod jego nadzorem</p> <p><u>Komparator:</u> standardowy model opieki lub brak interwencji</p> <p><u>Pierwszorzędowe punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> wydajność w czynnościach życia codziennego pod koniec okresu obserwacji. Pomiar obejmowały skalę Barthel lub Pomiar Niezależności Funkcjonalnej (FIM). zgon lub złe wyniki po zakończeniu obserwacji* <p><u>Drużorzędne punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> zgon pod koniec okresu obserwacji; liczba zgonów lub pacjentów fizycznie zależnych na koniec okresu obserwacji; 	<p><u>Włączone badania:</u> 9 badań RCT</p> <ul style="list-style-type: none"> Radomski 2007; Chui 2004; Parker 2001; Gilbertson 2000; Walker 1999; Logan 1997; Drummond 1996; Walker 1996; Corr 1995; <p><u>Populacja:</u> 994 pacjentów</p> <ul style="list-style-type: none"> średnia wieku od 55 do 87,5 lat - Radomski 2007 (15 pacjentów, śr. wiek 59 lat, 80% mężczyźni); - Chui 2004 (53 pacjentów, śr. wiek 72,1 lat, 66% mężczyźni); - Parker 2001 (151 pacjentów, śr. wiek 71 lat, 58% mężczyźni); - Gilbertson 2000 (138 pacjentów, śr. wiek 69 lat, 45% mężczyźni); - Walker 1999 (185 pacjentów, śr. wiek 74 lat, 51% mężczyźni); - Logan 1997; (111 pacjentów, śr. wiek 55 lat, 43% mężczyźni); - Drummond 1996 (44 pacjentów, śr. wiek 66 lat, 57% mężczyźni); - Walker 1996 (30 pacjentów, śr. wiek 68 lat, 53% mężczyźni); - Corr 1995 (110 pacjentów, śr. wiek: 75,5 lat, 37% mężczyźni). <p><u>Interwencja:</u> terapia zajęciowa</p> <p><u>Interwencja:</u> terapia zajęciowa prowadzona przez terapeutę zajęciowego lub pod jego nadzorem, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> 8 badań obejmowało interwencję prowadzoną przez jednego terapeutę; 1 badanie obejmowało interwencję prowadzoną przez kilku terapeutów <p><u>Komparator:</u> standardowy model opieki lub brak interwencji</p> <p><u>Chui 2004</u> Obie grupy otrzymały szkolenie dotyczące wykorzystania urządzeń wspierających kąpiel przeprowadzone przez terapeutę zajęciowego;</p>

Badanie	Kryteria selekcji	Badania dotyczące porównania skuteczności terapii zajęciowej vs brak terapii/standardowa opieka
	<ul style="list-style-type: none"> • liczba uczestników wymagających opieki instytucjonalnej po zakończeniu planowej obserwacji. • wydajność w rozszerzonych czynnościach życia codziennego (EADL) (indeksu aktywności Frenchay lub Nottingham Extended ADL) • samopoczucie uczestników po zakończeniu okresu obserwacji (kwestionariusz Depresji Becka lub Skala Lęku i Depresji w Szpitalu) • jakość życia związaną ze zdrowiem pacjenta (HRQOL) • samopoczucie opiekunów po zakończeniu okresu obserwacji • jakość życia związaną z opieką zdrowotną po zakończeniu okresu obserwacji • zadowolenie uczestników i opiekunów z usług. <p>*punkt łączony z drugorzędowych wyników</p>	<p>I: dodatkowy trening przeprowadzony w domu, po wypisie ze szpitala; C: brak dodatkowego treningu.</p> <p><u>Corr 1995</u> I: prowadzenie terapii zajęciowej w domu prowadzona przez terapeutę, polegająca na nauce nowych umiejętności; ułatwianie większej niezależności w czynnościach życia codziennego oraz udzielanie informacji uczestnikowi i opiekunowi; C: standardowy model opieki, nieokreślony.</p> <p><u>Drummond 1996</u> I: konwencjonalna terapia zajęciowa prowadzona przez terapeutę. Nacisk kładziony na wykonywanie czynności życia codziennego oraz, w razie potrzeby, niwelowaniu problemów związanych z zaburzeniami percepcji; C: standardowy model opieki, nieokreślony.</p> <p><u>Gilbertson 2000</u> I: Terapia zajęciowa domowa: świadczona przez okres sześciu tygodni przez wykwalifikowanego terapeutę zajęciowego. C: standardowy model opieki, w tym multidyscyplinarna rehabilitacja szpitalna, wstępna wizyta domowa dla wybranej grupy uczestników.</p> <p><u>Logan 1997</u> I: rozszerzona terapia zajęciowa, w której leczenie było tożsame ze standardowym modelem opieki, jednak dostarczane z większą częstotliwością i intensywnością; C: standardowy model opieki, nieokreślony.</p> <p><u>Parker 2001</u> I: zapewniana przez terapeutę zajęciowego w warunkach domowych. Cele zmierzające do poprawy niezależności w czynnościach życia codziennego i obejmujące praktykę w takich działaniach, jak przygotowywanie posiłków i spacerowanie na świeżym powietrzu; C: brak terapii zajęciowej.</p> <p><u>Radomski 2007</u> I: wykorzystanie listy kontrolnej przedstawiającej zindywidualizowaną, rutynową samoopiekę + codzienne wzmocnienie przestrzegania zaleceń za pomocą urządzenia bezprzewodowego w okresie od 4 do 5 tygodni; C I: wykorzystanie listy kontrolnej przedstawiającej zindywidualizowaną, rutynową samoopiekę + uczestnicy otrzymali bezprzewodowy komputer kieszonkowy i musieli odpowiadać na pytania dotyczące poziomu energii 3 razy w tygodniu Zarówno grupa eksperymentalna, jak i grupa kontrolna współpracowały z terapeutą zajęciowym w celu opracowania zindywidualizowanej rutynowej listy kontrolnej porannej samoopieki; C II: brak interwencji terapeutycznej.</p> <p><u>Walker 1996</u> I: domowa terapia zajęciowa prowadzona przez doświadczoną terapeutę, przez okres 3 miesięcy, skupiająca się na codziennym ubieraniu się, ergonomii wykonywania czynności i przezwyciężeniu trudności percepcyjnych; C: standardowy model opieki, bez kontaktu z terapeutą zajęciowym.</p> <p><u>Walker 1999</u> Interwencja: prowadzenie wizyt przez terapeutę zajęciowego do okresu 5 miesięcy. Częstotliwość i zakres leczenia były uzgodnione pomiędzy pacjentem i terapeutą. Celem leczenia było</p>

Badanie	Kryteria selekcji	Badania dotyczące porównania skuteczności terapii zajęciowej vs brak terapii/standardowa opieka
		osiągnięcie samodzielności pacjenta w czynnościach życia codziennego. Pomiedzy sesjami ustalano pracę domową dla pacjenta; C: brak interwencji w postaci terapii zajęciowej.

Ocena jakości badań włączonych do przeglądu

Włączone do analizy przeglądy systematyczne Stewart 2018 i Legg 2017 zostały poddane ocenie za pomocą skali AMSTAR2. Szczegóły przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 52 Ocena jakości badań włączonych do przeglądu.

Nazwa badania	Ocena jakości w skali AMSTAR2	Punkty odjęto za:
Stewart 2018	Krytycznie niska	<ul style="list-style-type: none"> • brak metaanalizy, • brak informacji o źródłach finansowania, • brak informacji o potencjalnych źródłach konfliktu interesów.
Legg 2017	Wysoka	<ul style="list-style-type: none"> • brak oceny potencjalnego wpływu błędu ryzyka w poszczególnych badaniach na wyniki metaanalizy.

Wyniki

W tabeli poniżej zawarto zestawienie wyników zawartych w odnalezionych przeglądach systematycznych włączonych do analizy skuteczności.

Tabela 53 Zestawienie wyników zawarte w odnalezionych przeglądach systematycznych.

Badanie	Wyniki			
Stewart 2018	Tabela 1. Wpływ intensywności terapii zajęciowej na powrót do zdrowia osób, które przeżyły udar mózgu w starszym wieku.			
	Badanie	Grupa eksperymentalna	Grupa kontrolna	
	Chiu 2004	Pomiar niezależności funkcjonalnej (brak określenia metody pomiaru) (średnia, SD)		
		Wartość początkowa: 97,6 (10,7)	Wartość początkowa: 97,7 (11,8)	Wartość początkowa: nie dotyczy
		Wartość po teście: 108,9 (11,6)	Wartość po teście: 104,9 (12,0)	Wartość po teście: p=0,001
		Średnia różnica (MD): 11,4 (4,2)	Średnia różnica (MD): 7,0 (3,7)	Średnia różnica (MD): p=0,001
	Corr 1995	Skala Barthel (mediana, IQR)		Skala Barthel
		12 miesięcy: 13 (10–15)	12 miesięcy: 12 (6–15)	12 miesięcy: p>0,05
		Rozszerzone czynności życia codziennego NeADL (mediana, IQR)		Rozszerzone czynności życia codziennego NeADL
		12 miesięcy: 3 (0–20)	12 miesięcy: 2 (0–21)	p>0,05
	Gilbertson 2000	Rozszerzone czynności życia codziennego NeADL (mediana, IQR)		Rozszerzone czynności życia codziennego NeADL (średnia różnica) (95% CI)
		Wartość początkowa: nie dotyczy	Wartość początkowa: nie dotyczy	Wartość początkowa: nie dotyczy
		8 tyg.: 27 (19–43)	8 tyg.: 23 (11–35)	8 tyg.: 4 (-0,05; 10,0) p=0,08
		6 mies.: 28 (15–38)	6 mies.: 21 (14–38)	6 mies.: 7 (-3,6; 7,8) p=0,48
		Skala Barthel (mediana, IQR)		Skala Barthel średnia różnica (95% CI)
		Wartość początkowa: 17 (15–18)	Wartość początkowa: 18 (16–19)	Wartość początkowa: nie dotyczy
		8 tyg.: 18 (16–20)	8 tyg.: 17 (14–19)	8 tyg.: 1 (0,0; 2,3) p=0,06
		6 mies.: 17 (15–19)	6 mies.: 17 (13–18)	6 mies.: 0 (-0,6; 2,4) p=0,25
	Landi 2006	ADL (średnia, SD)		
		Wartość początkowa: 30,7 (6,1)	Wartość początkowa: 30,8 (7,8)	Wartość początkowa: p=0,9
8 tyg.: 13,2 (9,9)		8 tyg.: 20,3 (11,5)	8 tyg.: p=0,02	

Badanie	Wyniki																																																																																																																																																																																					
Jongbloed 1989	Skala Barthel (średnia zmiana)		Skala Barthel (średnia zmiana)		wielkość efektu: 0,05																																																																																																																																																																																	
	Wartość początkowa: 56,05		Wartość początkowa: 51,17		p>0,05																																																																																																																																																																																	
	4 tyg.: 68,95		4 tyg.: 64,78																																																																																																																																																																																			
	8 tyg.: 75,57		8 tyg.: 74,71																																																																																																																																																																																			
<p>Komentarz</p> <p>Skala jakości GRADE: Włączone badania osiągnęły niski poziom jakości wg GRADE</p> <p>Wysoka jakość: dalsze badania prawdopodobnie nie zmieniają pewności estymacji efektu</p> <p>Średnia jakość: dalsze badania mogą mieć znaczący wpływ na pewność estymacji efektu i mogą zmienić oszacowania wpływu interwencji</p> <p>Niska jakość: bardzo prawdopodobne jest, iż dalsze badania będą miały znaczący wpływ na pewność oceny i estymacji efektu i prawdopodobnie zmienią oszacowania wpływu interwencji</p> <p>Bardzo niska jakość: jakakolwiek estymacja efektu jest bardzo niepewna</p>																																																																																																																																																																																						
Legg 2017	<p>Tabela 3. Wyniki punktów końcowych pierwszorzędowych i drugorzędowych porównujących terapię zajęciową z brakiem terapii/standardowym postępowaniem.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="7" style="background-color: #cccccc;">Wydajność podczas czynności życia codziennego (ADL)</th> </tr> <tr> <th rowspan="2" style="background-color: #cccccc;">Badanie</th> <th colspan="2" style="background-color: #cccccc;">Interwencja</th> <th colspan="2" style="background-color: #cccccc;">Komparator</th> <th rowspan="2" style="background-color: #cccccc;">Waga (%)</th> <th rowspan="2" style="background-color: #cccccc;">Standaryzowana średnia różnica [95% CI]</th> <th rowspan="2" style="background-color: #cccccc;">Analiza statystyczna p, χ^2, df, I²</th> </tr> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">n</th> <th style="background-color: #cccccc;">średnia (SD)</th> <th style="background-color: #cccccc;">n</th> <th style="background-color: #cccccc;">średnia (SD)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Chui 2004</td> <td>30</td> <td>108,9 (11,6)</td> <td>23</td> <td>104,9 (12)</td> <td>6,9</td> <td>0,33 [-0,21; 0,88]</td> <td rowspan="8"></td> </tr> <tr> <td>Corr 1995</td> <td>46</td> <td>12,3 (4,74)</td> <td>39</td> <td>10,87 (5,72)</td> <td>11,3</td> <td>0,27 [-0,16; 0,70]</td> </tr> <tr> <td>Gilbertson 2000</td> <td>60</td> <td>16,17 (3,76)</td> <td>62</td> <td>15,45 (4,48)</td> <td>16,4</td> <td>0,17 [-0,18; 0,53]</td> </tr> <tr> <td>Logan 1997</td> <td>45</td> <td>15,42 (4,64)</td> <td>38</td> <td>14,82 (3,97)</td> <td>11,1</td> <td>0,14 [-0,30; 0,57]</td> </tr> <tr> <td>Parker 2001</td> <td>106</td> <td>79,58 (20,05)</td> <td>110</td> <td>80,41 (19,34)</td> <td>29,1</td> <td>-0,04 [-0,31; 0,22]</td> </tr> <tr> <td>Walker 1996</td> <td>12</td> <td>10,75 (3,86)</td> <td>15</td> <td>10,33 (4,19)</td> <td>3,6</td> <td>0,10 [-0,66; 0,86]</td> </tr> <tr> <td>Walker 1999</td> <td>84</td> <td>18,44 (2,72)</td> <td>79</td> <td>17,35 (3,05)</td> <td>21,6</td> <td>0,38 [0,07; 0,69]</td> </tr> <tr> <td>Łącznie (95% CI)</td> <td>383</td> <td></td> <td>366</td> <td></td> <td>100,0</td> <td>0,17 [0,03; 0,31]</td> <td>p=0,021 $\chi^2=4,74$; df=6; I²=0,0%</td> </tr> <tr> <th colspan="7" style="background-color: #cccccc;">Zgon lub złe wyniki (pogorszenie wyników lub niesamodzielność fizyczna)</th> </tr> <tr> <th rowspan="2" style="background-color: #cccccc;">Badanie</th> <th colspan="2" style="background-color: #cccccc;">Interwencja</th> <th colspan="2" style="background-color: #cccccc;">Komparator</th> <th rowspan="2" style="background-color: #cccccc;">Waga (%)</th> <th rowspan="2" style="background-color: #cccccc;">Iloraz szans [95% CI]</th> <th rowspan="2" style="background-color: #cccccc;">Analiza statystyczna p, χ^2, df, I²</th> </tr> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">n/N</th> <th style="background-color: #cccccc;">n/N</th> </tr> <tr> <td>Corr 1995</td> <td colspan="2">33/55</td> <td colspan="2">32/54</td> <td>15,6</td> <td>1,03 [0,48; 2,21]</td> <td rowspan="6"></td> </tr> <tr> <td>Gilbertson 2000</td> <td colspan="2">33/66</td> <td colspan="2">41/67</td> <td>19,5</td> <td>0,64 [0,32; 1,26]</td> </tr> <tr> <td>Logan 1997</td> <td colspan="2">6/53</td> <td colspan="2">4/58</td> <td>9,7</td> <td>0,42 [0,16; 1,11]</td> </tr> <tr> <td>Parker 2001</td> <td colspan="2">51/121</td> <td colspan="2">56/121</td> <td>35,3</td> <td>0,85 [0,51; 1,40]</td> </tr> <tr> <td>Walker 1999</td> <td colspan="2">18/90</td> <td colspan="2">27/86</td> <td>19,8</td> <td>0,55 [0,28; 1,08]</td> </tr> <tr> <td>Łącznie (95% CI)</td> <td colspan="2">141/385</td> <td colspan="2">170/386</td> <td>100,0</td> <td>0,71 [0,52; 0,96]</td> <td>p=0,025 $\chi^2=3,12$; df=4; I²=0,0%</td> </tr> <tr> <th colspan="7" style="background-color: #cccccc;">Zgon na koniec okresu obserwacji</th> </tr> <tr> <th rowspan="2" style="background-color: #cccccc;">Badanie</th> <th colspan="2" style="background-color: #cccccc;">Interwencja</th> <th colspan="2" style="background-color: #cccccc;">Komparator</th> <th rowspan="2" style="background-color: #cccccc;">Waga (%)</th> <th rowspan="2" style="background-color: #cccccc;">Iloraz szans [95% CI]</th> <th rowspan="2" style="background-color: #cccccc;">Analiza statystyczna p, χ^2, df, I²</th> </tr> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">n/N</th> <th style="background-color: #cccccc;">n/N</th> </tr> <tr> <td>Chui 2004</td> <td colspan="2">0/30</td> <td colspan="2">0/23</td> <td>-</td> <td>-</td> <td rowspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Corr 1995</td> <td colspan="2">9/55</td> <td colspan="2">11/55</td> <td>22,5</td> <td>0,78 [0,30; 2,06]</td> </tr> <tr> <td>Gilbertson 2000</td> <td colspan="2">6/67</td> <td colspan="2">5/71</td> <td>13,9</td> <td>1,30 [0,38; 4,42]</td> </tr> </tbody> </table>					Wydajność podczas czynności życia codziennego (ADL)							Badanie	Interwencja		Komparator		Waga (%)	Standaryzowana średnia różnica [95% CI]	Analiza statystyczna p, χ^2 , df, I ²	n	średnia (SD)	n	średnia (SD)	Chui 2004	30	108,9 (11,6)	23	104,9 (12)	6,9	0,33 [-0,21; 0,88]		Corr 1995	46	12,3 (4,74)	39	10,87 (5,72)	11,3	0,27 [-0,16; 0,70]	Gilbertson 2000	60	16,17 (3,76)	62	15,45 (4,48)	16,4	0,17 [-0,18; 0,53]	Logan 1997	45	15,42 (4,64)	38	14,82 (3,97)	11,1	0,14 [-0,30; 0,57]	Parker 2001	106	79,58 (20,05)	110	80,41 (19,34)	29,1	-0,04 [-0,31; 0,22]	Walker 1996	12	10,75 (3,86)	15	10,33 (4,19)	3,6	0,10 [-0,66; 0,86]	Walker 1999	84	18,44 (2,72)	79	17,35 (3,05)	21,6	0,38 [0,07; 0,69]	Łącznie (95% CI)	383		366		100,0	0,17 [0,03; 0,31]	p=0,021 $\chi^2=4,74$; df=6; I ² =0,0%	Zgon lub złe wyniki (pogorszenie wyników lub niesamodzielność fizyczna)							Badanie	Interwencja		Komparator		Waga (%)	Iloraz szans [95% CI]	Analiza statystyczna p, χ^2 , df, I ²	n/N	n/N	Corr 1995	33/55		32/54		15,6	1,03 [0,48; 2,21]		Gilbertson 2000	33/66		41/67		19,5	0,64 [0,32; 1,26]	Logan 1997	6/53		4/58		9,7	0,42 [0,16; 1,11]	Parker 2001	51/121		56/121		35,3	0,85 [0,51; 1,40]	Walker 1999	18/90		27/86		19,8	0,55 [0,28; 1,08]	Łącznie (95% CI)	141/385		170/386		100,0	0,71 [0,52; 0,96]	p=0,025 $\chi^2=3,12$; df=4; I ² =0,0%	Zgon na koniec okresu obserwacji							Badanie	Interwencja		Komparator		Waga (%)	Iloraz szans [95% CI]	Analiza statystyczna p, χ^2 , df, I ²	n/N	n/N	Chui 2004	0/30		0/23		-	-		Corr 1995	9/55		11/55		22,5	0,78 [0,30; 2,06]	Gilbertson 2000	6/67		5/71		13,9	1,30 [0,38; 4,42]
Wydajność podczas czynności życia codziennego (ADL)																																																																																																																																																																																						
Badanie	Interwencja		Komparator		Waga (%)	Standaryzowana średnia różnica [95% CI]	Analiza statystyczna p, χ^2 , df, I ²																																																																																																																																																																															
	n	średnia (SD)	n	średnia (SD)																																																																																																																																																																																		
Chui 2004	30	108,9 (11,6)	23	104,9 (12)	6,9	0,33 [-0,21; 0,88]																																																																																																																																																																																
Corr 1995	46	12,3 (4,74)	39	10,87 (5,72)	11,3	0,27 [-0,16; 0,70]																																																																																																																																																																																
Gilbertson 2000	60	16,17 (3,76)	62	15,45 (4,48)	16,4	0,17 [-0,18; 0,53]																																																																																																																																																																																
Logan 1997	45	15,42 (4,64)	38	14,82 (3,97)	11,1	0,14 [-0,30; 0,57]																																																																																																																																																																																
Parker 2001	106	79,58 (20,05)	110	80,41 (19,34)	29,1	-0,04 [-0,31; 0,22]																																																																																																																																																																																
Walker 1996	12	10,75 (3,86)	15	10,33 (4,19)	3,6	0,10 [-0,66; 0,86]																																																																																																																																																																																
Walker 1999	84	18,44 (2,72)	79	17,35 (3,05)	21,6	0,38 [0,07; 0,69]																																																																																																																																																																																
Łącznie (95% CI)	383		366		100,0	0,17 [0,03; 0,31]		p=0,021 $\chi^2=4,74$; df=6; I ² =0,0%																																																																																																																																																																														
Zgon lub złe wyniki (pogorszenie wyników lub niesamodzielność fizyczna)																																																																																																																																																																																						
Badanie	Interwencja		Komparator		Waga (%)	Iloraz szans [95% CI]	Analiza statystyczna p, χ^2 , df, I ²																																																																																																																																																																															
	n/N	n/N																																																																																																																																																																																				
Corr 1995	33/55		32/54		15,6	1,03 [0,48; 2,21]																																																																																																																																																																																
Gilbertson 2000	33/66		41/67		19,5	0,64 [0,32; 1,26]																																																																																																																																																																																
Logan 1997	6/53		4/58		9,7	0,42 [0,16; 1,11]																																																																																																																																																																																
Parker 2001	51/121		56/121		35,3	0,85 [0,51; 1,40]																																																																																																																																																																																
Walker 1999	18/90		27/86		19,8	0,55 [0,28; 1,08]																																																																																																																																																																																
Łącznie (95% CI)	141/385		170/386		100,0	0,71 [0,52; 0,96]		p=0,025 $\chi^2=3,12$; df=4; I ² =0,0%																																																																																																																																																																														
Zgon na koniec okresu obserwacji																																																																																																																																																																																						
Badanie	Interwencja		Komparator		Waga (%)	Iloraz szans [95% CI]	Analiza statystyczna p, χ^2 , df, I ²																																																																																																																																																																															
	n/N	n/N																																																																																																																																																																																				
Chui 2004	0/30		0/23		-	-																																																																																																																																																																																
Corr 1995	9/55		11/55		22,5	0,78 [0,30; 2,06]																																																																																																																																																																																
Gilbertson 2000	6/67		5/71		13,9	1,30 [0,38; 4,42]																																																																																																																																																																																

Badanie	Wyniki						
	Logan 1997	5/53		7/58	14,7	0,76 [0,23; 2,52]	
Parker 2001	15/156		11/157	32,5	1,41 [0,63; 3,14]		
Radomski 2007	0/5		0/5	-	-		
Walker 1996	0/15		0/15	-	-		
Walker 1999	6/94		7/91	16,5	0,82 [0,27; 2,52]		
Łącznie (95% CI)	41/475		41/475	100,0	1,02 [0,65; 1,61]	p=0,93; $\chi^2=1,42$; df=4; $I^2=0,0\%$	
Zgon lub opieka instytucjonalnej przed zakończeniem okresu obserwacji							
Badanie	Interwencja		Komparator		Waga (%)	Iloraz szans [95% CI]	Analiza statystyczna p, χ^2 , df, I^2
	n/N		n/N				
Corr 1995	25/55		29/54		27,9	0,72 [0,34; 1,52]	
Gilbertson 2000	10/67		9/71		16,8	1,21 [0,46; 3,17]	
Logan 1997	6/53		14/58		16,8	0,42 [0,16; 1,11]	
Parker 2001	24/156		20/157		38,5	1,24 [0,66; 2,35]	
Łącznie (95% CI)	62/331		72		100,0	0,89 [0,60; 1,32]	
							p=0,55; $\chi^2=4,03$; df=3; $I^2=26\%$
Zgon lub niesamodzielność fizyczna przed zakończeniem okresu obserwacji							
Badanie	Interwencja		Komparator		Waga (%)	Iloraz szans [95% CI]	Analiza statystyczna p, χ^2 , df, I^2
	n/N		n/N				
Corr 1995	41/55		41/54		14,2	0,93 [0,39; 2,21]	
Gilbertson 2000	27/66		20/66		21,1	1,58 [0,78; 3,22]	
Parker 2001	51/121		56/121		41,5	0,85 [0,51; 1,40]	
Walker 1999	18/90		27/86		23,3	0,55 [0,28; 1,08]	
Łącznie (95% CI)	137/332		144/327		100,0	0,89 [0,64; 1,23]	
							p=0,47; $\chi^2=4,50$; df=3; $I^2=33\%$
Wydajność w rozszerzonych czynnościach życia codziennego (EADL)							
Badanie	Interwencja		Komparator		Waga (%)	Standaryzowana średnia różnica [95% CI]	Analiza statystyczna p, χ^2 , df, I^2
	n	średnia (SD)	n	średnia (SD)			
Corr 1995	45	5,73 (5,1)	39	5,1 (6)	12,7	0,11 [-0,32; 0,54]	
Gilbertson 2000	60	28,33 (15,72)	62	26,58 (16,47)	18,5	0,11 [-0,25; 0,46]	
Logan 1997	45	8,36 (5,89)	38	6,63 (4,83)	12,4	0,32 [-0,12; 0,75]	
Parker 2001	104	34,9 (19,1)	109	33,3 (19,53)	32,4	0,08 [-0,19; 0,35]	
Walker 1999	84	42,95 (15,05)	79	34,67 (17,73)	24,0	0,50 [0,19; 0,81]	
Łącznie (95% CI)	338		327		100,0	0,22 [0,07; 0,37]	p=0,0047 $\chi^2=4,96$; df=4; $I^2=19\%$
Samopoczucie uczestników po zakończeniu okresu obserwacji							
Badanie	Interwencja		Komparator		Waga (%)	Standaryzowana średnia różnica [95% CI]	Analiza statystyczna p, χ^2 , df, I^2
	n	średnia (SD)	n	średnia (SD)			
Corr 1995	41	8,02 (2,64)	31	7,55 (2,64)	13,7	0,18 [-0,29; 0,64]	
Logan 1997	39	31,74 (4,81)	34	30,15 (5,74)	13,9	0,30 [-0,16; 0,76]	
Parker 2001	105	19,08 (7,3)	109	19,84 (7,4)	41,5	-0,10 [-0,37; 0,17]	
Walker 1999	83	12,96 (11,24)	77	10,62 (12,96)	30,9	0,19 [-0,12; 0,50]	
Łącznie (95% CI)	268		251		100,0	0,08 [-0,09; 0,26]	
							p=0,35; $\chi^2=3,31$; df=3; $I^2=9\%$

Bada- nie	Wyniki
	<p><u>Komentarz</u></p> <p>Skala jakości GRADE: Włączone badania osiągnęły niski poziom jakości wg GRADE</p> <p>Wysoka jakość: dalsze badania prawdopodobnie nie zmienią pewności estymacji efektu</p> <p>Średnia jakość: dalsze badania mogą mieć znaczący wpływ na pewność estymacji efektu i mogą zmienić oszacowania wpływu interwencji</p> <p>Niska jakość: bardzo prawdopodobne jest, iż dalsze badania będą miały znaczący wpływ na pewność oceny i estymacji efektu i prawdopodobnie zmienią oszacowania wpływu interwencji</p> <p>Bardzo niska jakość: jakakolwiek estymacja efektu jest bardzo niepewna</p>

Podsumowanie

W wyniku wyszukiwania systematycznego odnaleziono dwa opracowania wtórne: Stewart 2018 i Legg 2017, które włączono do niniejszej analizy klinicznej. Włączone przeglądy systematyczne dotyczyły terapii zajęciowej w populacji pacjentów dorosłych, u których wystąpił udar mózgu.

W ramach wyszczególnionych punktów końcowych osiągnięto i.s. wyniki na korzyść grupy interwencyjnej (terapia zajęciowa):

- poprawa wyników w zakresie wydajności czynności życia codziennego (Stewart 2018 w Landi 2006: po 8 tygodniach terapii: średnia (skala ADL) 13,2 (SD=9,9) vs 20,3 (SD=11,5) (grupa eksperymentalna vs kontrolna), $p=0,02$; Legg 2017: SMD=0,17 [95% CI: 0,03; 0,31], $p=0,02$);
- poprawa wyników w zakresie rozszerzonej wydajności czynności życia codziennego (Stewart 2018 w Walker 1999: po 6 miesiącach terapii: mediana 16 (IQR=11–18,75) vs 12 (IQR=6–17) (grupa eksperymentalna vs kontrolna), MD=3 [95% CI: 1; 4] ($p=0,009$); Legg 2017: (SMD=0,22 [95% CI: 0,07; 0,37], $p=0,005$);
- zmniejszenie ryzyka złego wyniku (zgon, pogorszenie się wyników lub niesamodzielność fizyczna w codziennych czynnościach życiowych) (Legg 2017: OR=0,71 [95% CI: 0,52; 0,96], $p=0,03$);
- pomiaru niezależności funkcjonalnej – średnia różnica (MD) między grupą eksperymentalną vs grupą kontrolną, odpowiednio: 11,4 (SD=4,2) vs 7,0 (SD=3,7), $p=0,001$ (Stewart 2018 w Chui 2004).

Wyniki n.s. osiągnięto w następujących punktach końcowych: zgon na koniec okresu obserwacji, zgon lub opieka instytucjonalnej przed zakończeniem okresu obserwacji, zgon lub niesamodzielność fizyczna przed zakończeniem okresu obserwacji, samopoczucie uczestników po zakończeniu okresu obserwacji (Legg 2017).

Ograniczenia

1) Ograniczenia dotyczące wskazania:

- Odnalezione przeglądy dotyczyły wyłącznie pacjentów po udarze mózgu (pacjenci dorośli);
- 8 badań przeprowadzono w Wielkiej Brytanii oraz po jednym w Chinach, Holandii, Kanadzie i Włoszech.

2) Ograniczenia dotyczące odnalezionych przeglądów:

a) W przeglądzie Stewart 2018:

Według autorów przeglądu:

- Ze względu na heterogeniczność badań i niewystarczające dane przeprowadzono jedynie narracyjną analizę danych.
- Dowody włączone do analizy były niskiej jakości.
- Nie przeszukano „szarej literatury”, przeprowadzono jedynie strategie wyszukiwania przeglądów systematycznych, które mogły doprowadzić do pominięcia niektórych badań, szczególnie tych najświeższych.
- Brak opublikowanych badań, które spełniają wymagane kryteria wiekowe (średni wiek ≥ 65 lat) i prezentowane wyniki przy użyciu miary ADL.
- Mała liczebność uczestników badań oraz brak danych dotyczących selekcji uczestników i randomizacji.

Według Analityków Agencji:

- Brak przeprowadzonej metaanalizy.
- Brak informacji o źródłach finansowania i o konflikcie interesów.

b) W przeglądzie Legg 2017:

Według Analityków Agencji:

- Nie zawarto oceny potencjalnego wpływu błędu ryzyka w poszczególnych badaniach na wyniki metaanalizy.

3.5. Profil interwencji logopedycznych

Opis metodyki

W celu odnalezienia badań pierwotnych i opracowań wtórnych dotyczących skuteczności świadczeń logopedycznych wykonywanych przez logopedę u pacjentów kwalifikujących się do świadczeń z zakresu rehabilitacji neurologicznej dokonano przeszukiwania w bazie Medline, Cochrane i Embase. Wyszukiwanie przeprowadzono 09.01.2018 r. Zastosowane strategie wyszukiwania zostały przedstawione w załącznikach do niniejszego opracowania. Selekcji badań dokonywało niezależnie od siebie dwóch analityków. Protokół zakładał, że w przypadku niezgodności między badaczami dyskusja będzie prowadzona do czasu osiągnięcia konsensusu.

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 54 Kryteria włączenia publikacji do przeglądu.

Opis	Komentarz
<u>Populacja:</u> - pacjenci objęci rehabilitacją neurologiczną	-
<u>Interwencje:</u> - świadczenia z zakresu logopedii wykonywane przez logopedę	-
<u>Komparator:</u> - nie określono	-
<u>Punkty końcowe:</u> - nie określono	-
<u>Rodzaj badania:</u> - 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. Do analizy włączano wyłącznie publikacje pełnotekstowe w języku polskim i angielskim.	Do przeglądu włączano dowody o najwyższym poziomie wiarygodności. Gdyby nie odnaleziono badań komparatywnych z wnioskowaniem o skuteczności i bezpieczeństwie, włączono by prospektywne badania obserwacyjne bez grupy kontrolnej (I/II fazy). Gdyby nie odnaleziono badań obserwacyjnych II fazy, włączono by inne badania, opisy serii przypadków oraz opisy przypadków. Nie włączano publikacji dostępnych wyłącznie w postaci abstraktów konferencyjnych.

Charakterystyka

W ramach wyszukiwania odnaleziono 1 przegląd systematyczny (Mitchell 2017) oraz 1 badanie RCT (Woldag 2016), których charakterystykę zamieszczono w poniższych tabelach.

1) Charakterystyka przeglądu systematycznego

Tabela 55 Charakterystyka przeglądu włączonego do analizy.

Badanie	Kryteria selekcji	Badania dotyczące skuteczności terapii logopedycznej
<p>Mitchell 2017</p> <p><u>Źródła finansowania:</u> <u>Źródła wewnętrzne:</u> Jo Whitcombe (Clinical Outreach L brarian), Naomi Leech (Assistant L brarian) i Steven Glover (Head of L brary Services) Central Manchester University Hospitals NHS Foundation Trust, UK.</p> <p><u>Źródła zewnętrzne:</u> National Institute for Health Research, UK; Claire Mitchell jest finansowana przez National Institute for Health Research Doctoral Research Fellowship; Wynagrodzenie Audrey Bowen jest częściowo finansowane przez Stowarzyszenie Udarowe, a po części przez Narodowy Instytut Badań nad Zdrowiem (Leadership in Applied Health Research and Care, NIHR CLAHRC) Greater Manchester. Fundatorzy nie mieli żadnej roli w projektowaniu badania, gromadzeniu i analizie danych, decyzji o publikacji lub przygotowaniu manuskryptu. Jednak projekt zarysowany w tym artykule można uznać za związany z pracami NIHR CLAHRC Greater Manchester.</p> <p><u>Cel:</u> Ocena skutków interwencji mających na celu poprawę mowy dyzartrycznej po udarze i innych niepostępujących urazach mózgu nabytych w wieku dorosłym takich jak uraz, infekcje, guz i operacje.</p> <p><u>Synteza wyników:</u> Ilościowa i jakościowa</p> <p><u>Przedział czasu objętego wyszukiwaniem:</u> do maja 2016 r.</p> <p><u>Ocena przeglądu w skali Amstar2:</u> Krytyczne niska jakość (brak użytych odpowiednich narzędzi do oceny ryzyka błędu systematycznego)</p>	<p><u>Populacja:</u> dorośli (w wieku powyżej 18 lat) z rozpoznaniem niepostępującej dyzartrii po nabytym urazie mózgu, głównie udarze mózgu i urazowym uszkodzeniu mózgu, w dowolnym momencie od początku wystąpienia udaru lub urazu.</p> <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • brak randomizacji; • populacja nie obejmowała pacjentów z dyzartrią; • mieszana etiologia, w tym choroby postępujące i wrodzone; • badanie obejmowało interwencję chirurgiczną. <p><u>Interwencja:</u> Interwencje mające na celu zmniejszenie dyzartrii lub jej wpływu na jakość życia tych osób</p> <p><u>Komparator:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • inne interwencje; • kontrola uwagi; • placebo; • brak interwencji. <p><u>Pierwszorzędowe punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • długotrwała skuteczność interwencji dotyczącej dyzartrii w mowie codziennej (poziom aktywności, utrzymujący się efekt) w porównaniu z jakąkolwiek kontrolą (inna interwencja, kontrola uwagi lub placebo lub brak interwencji). <p><u>Drugorzędowe punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • komunikacja na poziomie utraty wartości: pomiary zaburzeń mowy, pomiary zrozumienia, akustyczne i percepcyjne pomiary głosu i mowy (np. analiza głosu, wysokość, głośność dźwięku, przepływ powietrza rzez głośnię, analiza sygnału dźwiękowego przy pomocy spektrogramu).komunikacja na poziomie aktywności (natychmiastowa): pomiar aktywności, pomiar akceptacji słuchacza; • jakość życia związana z komunikacją (natychmiastowy i utrzymujący się poziom partycypacji): wpływ na percepcję pacjenta, ocena komunikacji (Stroke Scale); • ogólne mierniki jakości życia: skala nastroju (np. skala depresji i lęku) subiektywne skale zdrowia (np. kwestionariusz EuroQol (EQ-5D), SF-36 	<p><u>Włączone badania:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • n=5 • RCT: Bowen 2012, Kwon 2015, Mackenzie 2014, Wenke 2010, Xu 2010* <p>*- w badaniu Xu 2010 w obu ramionach pacjentom udzielono terapii logopedycznej, natomiast badano wpływ akupunktury (grupa eksperymentalna) vs brak akupunktury (grupa kontrolna).</p> <p><u>Populacja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bowen 2012: n=66 • Kwon 2015: n=20 • Mackenzie 2014: n=39 • Wenke 2010: n=26 • Xu 2010: n=61 • N=234 • Przedział wieku: 49–70 lat <p><u>Interwencja:</u> Interwencje mające na celu zmniejszenie dyzartrii lub jej wpływu na jakość życia tych osób</p> <p><u>Komparator:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • kontrola uwagi (Bowen 2012; Kwon 2015) • podstawowa opieka nad pacjentami z dyzartrią (strategie behawioralne, które obejmują upośledzenie i poziomy funkcjonowania (Mackenzie 2014; Wenke 2010; Xu 2010) <p>Bowen 2012: I: Interwencja była wielopłaszczyznowa i dostosowana do indywidualnych potrzeb, ale składała się z 6 głównych elementów tj.: - ocena i zbieranie informacji, - dostarczanie informacji na temat trudności w komunikacji, celów interwencji, postępów - materiały komunikacyjne do rejestrowania interwencji i działań oraz zapewnienie odpowiednich urządzeń AAC - informacja i szkolenie opiekunów w zakresie potrzeb pacjentów - kontakt indywidualny polegający na interwencji w zakresie mowy i języka, oddziaływań psychospołecznych, - dostarczona interwencja była klasyfikowana według rodzaju niepełnosprawności: utrata wartości (97%), aktywność (61%), członkostwo (61%). C: Interwencja rozpoczęła się około 2 tygodnie po przyjęciu do szpitala. Sesje składały się z 3 etapów: - budowanie relacji i wzajemne poznawanie się, znalezienie wspólnej płaszczyzny - regularne sesje kontaktowe, w tym rozmowy ogólne i działania ◦ sesje relaksacyjne</p> <p>Kwon 2015: I: Interwencja miała na celu ustalenie ruchowych potencjałów wywołanych, które zostały zarejestrowane u każdego uczestnika po stronie niedotkniętej zmianą za pomocą przezczaszkowej stymulacji magnetycznej. Interwencją była stymulacja LF, która polegała na siedzeniu w wygodnym fotelu z piankowymi zatyczkami do uszu. Każdy uczestnik odbył 10 kolejnych sesji (5 razy w tygodniu przez 2 tygodnie)</p>

Badanie	Kryteria selekcji	Badania dotyczące skuteczności terapii logopedycznej
		<p>powtarzalnej przezczaszkowej stymulacji magnetycznej z użyciem 70 mm cewki chłodzonej powietrzem w kształcie litery Y. Intensywność stymulacji wynosiła 90% progu pobudliwości korowej, a częstotliwość (1 Hz).</p> <p>C: W grupie kontrolnej okrągłą cewkę o średnicy 90 mm umieszczono na przeciwległym biegunie kory ruchowej w celu zidentyfikowania punktu zapalnego. Stymulacja nastąpiła przy użyciu tego samego protokołu, co w przypadku LF, ale cewka umieszczona była pod kątem prostym do czaszki, a nie stycznym do niej. Pole magnetyczne nie mogło przeniknąć do mózgu, mimo, że uczestnicy mogli usłyszeć dźwięk, który został wyprodukowany.</p> <p>Mackenzie 2014: I: Grupa miała interwencję behawioralną na poziomie aktywności w zakresie istotnych dźwięków mowy w słowach, zdaniach i rozmowie. W razie potrzeby stosowano również strategię optymalizacji mowy, spowolnienia tempa, podkreślania kluczowych sylab, celowej artykulacji. Czas trwania sesji: 20 minut praktyki słowno-zdaniowej w ramach 40-minutowej sesji. C: Grupa kontrolna miała interwencję jak grupa badana, ale wzbogaconą o ćwiczenia oromotoryczne bez mowy. Czas trwania sesji: 10 minut praktyki słowno-zdaniowej i 10 minut ćwiczeń oromotorycznych w ramach 40-minutowej sesji.</p> <p>Wenke 2010: I: Stosowano techniki behawioralne tj.: ćwiczenia fonacyjne i/lub oromotoryczne, strategię poprawy artykulacji, terapię oddechową/fonacyjną, rezonans. Codziennie od 5 do 10 minut ćwiczeń domowych. Ćwiczenia podtrzymujące: od 5 do 10 minut dziennie, od 3 do 5 dni w tygodniu, przez 6 miesięcy po zakończeniu leczenia. C: Leczenie LSVT zostało przeprowadzone zgodnie z instrukcją terapeuty przeszkolonego w LSVT, który stosował zwiększoną głośność głosu i maksymalny wysiłek fizyczny. Ćwiczenia podtrzymujące wykonywano po leczeniu prowadzonym przez 5 do 10 minut dziennie, od 3 do 5 dni w tygodniu, przez 6 miesięcy</p> <p>Xu 2010: I: Stosowano trening oddechowy, ćwiczenia artykulacyjne, nosowanie, ćwiczenia intonacyjne. Główne punkty akupunktury to: CV 23, EX-HN 12, EX-HN 13, GB 20, TE 17 GB 12. Igły akupunkturowe były umieszczane na różne sposoby na okres 30 minut, z wyjątkiem miejsc skóry EX-HN 12 i EX-HN 13, które zaczęły krwawić. C: Stosowano trening oddechowy, ćwiczenia artykulacyjne, nosowanie, ćwiczenia intonacyjne.</p> <p><u>Pierwszorzędowe punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ocena utrzymującego się wpływu interwencji na poziom aktywności i funkcjonowania. <p><u>Drugorzędowe punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • pomiary w różnych czasie interwencji dyzartrycznych z powodu udaru lub innych urazów niepostępujących nabytych w wieku dorosłym (w celu wykazania utrzymującego się efektu między trzymiesięcznym a dziewięciomiesięcznym okresem).

2) Charakterystyka badania

Tabela 56 Charakterystyka badania RCT włączonego do analizy.

Badanie	Metodyka	Populacja	Punkty końcowe																							
<p>Woldag 2016</p> <p><u>Ocena jakości badania wg klasyfikacji AOTMiT:</u> I B</p>	<p><u>Cel:</u> Identyfikacja efektywnego komponentu terapii afazji indukowanej ograniczeniami (CIAT, ang. Constraint-induced aphasia therapy) i ocena możliwości przeprowadzenia terapii logopedycznej w ostrym stadium po udarze.</p> <p><u>Informacje o badaniu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ranomizowane z pojedynczo ślełą próbą • trzyramienne • jednośrodkowe (Neurologisches Rehabilitationszentrum Leipzig) • jednonarodowe <p><u>Okres badań:</u> nie określono</p> <p><u>Interwencja:</u> Przeprowadzenie terapii CIAT (3 godziny dziennie przez 10 dni, łącznie 30 godzin terapii)</p> <p><u>Komparator:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia konwencjonalna za pomocą komunikacji bez ograniczeń (3 godziny dziennie przez 10 dni, łącznie 30 godzin terapii) – grupa CTG • Terapia indywidualna (przeprowadzona dwukrotnie oraz grupowa (łącznie 14 godzin terapii) – grupa kontrolna 	<p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacjenci z afazją, którzy otrzymali wynik w zakresie 1–4 (przedział 0–5) w badaniu przesiewowym za pomocą podtestu AAT koncentrującym się na spontanicznej mowie <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ciężkie upośledzenie funkcji poznawczych lub uwagi, • ciężka depresja, • leworęczność, • ciężka dyszartria, • apraksja mowy, • ciężka głuchota, • dodatkowe choroby neurologiczne wpływające na mowę (np. Choroba Parkinsona). <p><u>Liczba pacjentów:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Łącznie 60 pacjentów z objawami afazji, które pojawiły się średnio 18 dni po pierwszym udarze • 38 kobiet, 22 mężczyzn <p>Średnia wieku \pm SD: 68,2 \pm 11,6 lat</p> <p>Tabela 1. Charakterystyka pacjentów.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Parametr</th> <th colspan="3">Grupa</th> </tr> <tr> <th>CIAT</th> <th>CTG</th> <th>CG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liczba pacjentów</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Wiek (lata, wartość średnia (SD))</td> <td>71,3 (7,2)</td> <td>70,3 (11,2)</td> <td>63 (14,3)</td> </tr> <tr> <td>Płeć</td> <td>K: 12 M: 8</td> <td>K: 15 M: 5</td> <td>K: 9 M: 11</td> </tr> <tr> <td>Liczba dni od udaru średnia (SD)</td> <td>20,6 (10,9)</td> <td>19,9 (10,1)</td> <td>16,3 (6,2)</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Skróty: K – kobiety; M – mężczyźni</i></p>	Parametr	Grupa			CIAT	CTG	CG	Liczba pacjentów	20	20	20	Wiek (lata, wartość średnia (SD))	71,3 (7,2)	70,3 (11,2)	63 (14,3)	Płeć	K: 12 M: 8	K: 15 M: 5	K: 9 M: 11	Liczba dni od udaru średnia (SD)	20,6 (10,9)	19,9 (10,1)	16,3 (6,2)	<p><u>Pierwszorzędowy punkt końcowy:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ocena stopnia nasilenia afazji za pomocą Aachener Aphasia Test (AAT) – Test Tokena <p><u>Drugorzędowe punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ocena poziomu nasilenia afazji – wyniki podtestów AAT (powtarzanie, język pisany, nazywanie, rozumienie). • Ocena poziomu nasilenia afazji za pomocą profilu AAT (średnia ważona miary podtestu biorąc pod uwagę wiarygodność indywidualnego podtestu). • Ocena poziomu nasilenia afazji za pomocą dziennika aktywności komunikacyjnej (CAL, Communicative Activity Log).
Parametr	Grupa																									
	CIAT	CTG	CG																							
Liczba pacjentów	20	20	20																							
Wiek (lata, wartość średnia (SD))	71,3 (7,2)	70,3 (11,2)	63 (14,3)																							
Płeć	K: 12 M: 8	K: 15 M: 5	K: 9 M: 11																							
Liczba dni od udaru średnia (SD)	20,6 (10,9)	19,9 (10,1)	16,3 (6,2)																							

Wyniki

W tabelach poniżej zawarto zestawienie wyników zawartych w odnalezionych badaniach włączonych do analizy skuteczności.

1) Wyniki przeglądu systematycznego

Tabela 57 Wyniki punktów końcowych w przeglądzie systematycznym Mitchell 2017.

Badanie	Wynik
Mitchell 2017	<p>W 2 badaniach włączonych do przeglądu Mitchell 2017, w których wzięło udział łącznie 65 losowo wybranych uczestników, porównywano ze sobą dwa ramiona (Mackenzie 2014; Wenke 2010): podstawową opiekę zdrowotną (ramię B) z interwencją dyszartryczną (ramię A, kilka typów).</p> <p><u>Ramię A – typy interwencji dyszartrycznej:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lee Silverman Voice Treatment (LSVT), mający na celu zwiększenie siły głosu (Wenke 2010). - 10-minutowe ćwiczenia oromotoryczne bez mowy (ruchy języka i warg) zastąpiono ćwiczeniami 10-minutową praktyką słów i zdań (Mackenzie 2014). <p><u>Ramię B:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenke 2010, Mackenzie 2014 – podstawowa opieka zdrowotna

Badanie	Wynik						
Tabela 1. Zestawienie wyników łącznych w punktów końcowych badań włączonych do przeglądu systematycznego Mitchell 2017.							
Punkty końcowe	Standaryzowana różnica średnich, [95% CI]	Liczba uczestników	Liczba badań	Heterogeniczność	p		
Porównanie 1 – trwałe efekty							
Pierwszorzędowy punkt końcowy: Interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą: <i>trwałe efekty, poziom aktywności</i>	0,18 [-0,18; 0,55]	116	3 RCT	Tau ² =0,00; Chi ² =1,4, df=2, (p=0,48); I ² =0%	0,33		
Drugorzędowy punkt końcowy: Interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą: <i>trwałe efekty, poziom utraty wartości</i>	0,07 [-0,91; 1,06]	56	2 RCT	Tau ² =0,35; Chi ² =3,32, df=1 (p=0,07); I ² =70%	0,88		
Drugorzędowy punkt końcowy: Interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą: <i>trwałe efekty, poziom uczestnictwa</i>	-0,11 [-0,56; 0,33]	79	2 RCT	Tau ² =0,00; Chi ² =0,16, df=1 (p=0,69); I ² =0%	0,62		
Pierwszorzędowy punkt końcowy: Interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą: <i>poziom aktywności: prawidłowe ukrycie kodu alokacji / właściwe zaślepienie</i>	0,21 [-0,30; 0,73]	92	2 RCT	Tau ² =0,05; Chi ² =1,47, df=1 (p=0,23); I ² =32%	0,42		
Drugorzędowy punkt końcowy: Interwencja dyzartryczna w porównaniu z kontrolą uwagi, placebo lub brakiem interwencji: <i>trwałe efekty, poziom aktywności</i>	0,0 [-0,51; 0,51]	60	1 RCT	Heterogeniczność: nie dotyczy	1,0		
Drugorzędowy punkt końcowy: Interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą dla podgrupy udaru: <i>trwałe efekty, poziom aktywności</i>	0,16 [-0,23; 0,54]	106	3 RCT	Chi ² =1,61, df=2 (p=0,45); I ² =0%	0,43		
Porównanie 2 – natychmiastowe efekty							
Drugorzędowy punkt końcowy: Interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą: <i>natychmiastowe efekty, poziom aktywności</i>	0,29 [-0,07; 0,66]*	117	3 RCT	Chi ² =0,64, df=2 (p=0,73); I ² =0%	0,12		
Drugorzędowy punkt końcowy: Interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą: <i>natychmiastowe efekty, poziom zaburzenia</i>	0,47 [0,02; 0,92]*	99	4 RCT	Chi²=0,73, df=2 (p=0,69); I²=0%	0,039		
Drugorzędowy punkt końcowy: Interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą: <i>natychmiastowe efekty, poziom uczestnictwa</i>	-0,24 [-0,94; 0,45]	32	1 RCT	Heterogeniczność: nie dotyczy	0,49		
Porównanie 3 – trwałe efekty							
Drugorzędowy punkt końcowy: porównanie interwencji dyzartrycznej A z interwencją dyzartryczną B: <i>trwałe efekty, poziom aktywności</i>	0,38 [-0,15; 0,91]	56	2 RCT	Tau ² =0,0; Chi ² =0,43, df=1 (p=0,51); I ² =0,0%	0,16		
Drugorzędowy punkt końcowy: porównanie interwencji dyzartrycznej A z interwencją dyzartryczną B: <i>trwałe efekty, poziom uczestnictwa</i>	-0,22 [-0,92; 0,47]	32	1 RCT	Heterogeniczność: nie dotyczy	0,53		
* - Xu 2010 – w interwencji oprócz terapii logopedycznej, zastosowano dodatkowo akupunkturę.							
Wyniki interwencji dyzartrycznej w porównaniu z inną interwencją kontrolą uwagi, placebo, lub brakiem interwencji.							
Tabela 2. Zestawienie wyników punktów końcowych dla pojedynczych badań włączonych do przeglądu.							
Badanie	Grupa				Waga	Standaryzowana różnica średnich	Analiza statystyczna
	Eksperymentalna		Kontrolna				
	Zdarzenie	Średnia wartość (SD)	Zdarzenie	Średnia wartość (SD)			
Porównanie 1							

Badanie	Wynik						
Wynik 1: Pierwszorzędowy punkt końcowy interwencji dyzartrycznej w porównaniu z jakąkolwiek kontrolą: utrzymujące się efekty, poziom aktywności.							
Bowen 2012	30	3,1 (1,4)	27	3,1 (1,7)	52,2 %	0,0 [-0,51; 0,51]	Heterogenność: $\tau^2=0,0$; $\chi^2=1,47$, $df=2$ ($p=0,48$); $I^2=0,0\%$
Mackenzie 2014	16	4,92 (1,44)	16	4,09 (1,56)	27,0 %	0,54 [-0,17; 1,25]	Heterogenność: $\tau^2=0,0$; $\chi^2=1,47$, $df=2$ ($p=0,48$); $I^2=0,0\%$
Wenke 2010	13	121,4 (36,4)	11	110,25 (79,9)	20,8 %	0,18 [-0,63; 0,98]	Heterogenność: $\tau^2=0,0$; $\chi^2=1,47$, $df=2$ ($p=0,48$); $I^2=0,0\%$
Wynik 2: Drugorzędowy punkt końcowy interwencji dyzartrycznej w porównaniu z jakąkolwiek kontrolą: trwałe efekty, poziom zaburzenia.							
Mackenzie 2014	16	42,46 (6,21)	16	38,73 (6,87)	52,1 %	0,56 [-0,15; 1,26]	Heterogenność: $\tau^2=0,35$; $\chi^2=3,32$, $df=1$ ($p=0,07$); $I^2=70\%$
Wenke 2010	13	114,16 (33,8)	11	127,64 (21,87)	47,9 %	-0,45 [-1,26; 0,37]	Heterogenność: $\tau^2=0,35$; $\chi^2=3,32$, $df=1$ ($p=0,07$); $I^2=70\%$
Wynik 3: Drugorzędowy punkt końcowy interwencji dyzartrycznej w porównaniu z jakąkolwiek kontrolą: trwałe efekty, poziom uczestnictwa.							
Bowen 2012	28	74,523 (19,233)	19	75,18 (12,96169)	58,8 %	-0,04 [-0,62; 0,54]	Heterogenność: $\tau^2=0,0$; $\chi^2=0,16$, $df=1$ ($p=0,69$); $I^2=0,0\%$
Mackenzie 2014	16	19,94 (5,97)	16	21,25 (5,48)	41,2 %	-0,22 [-0,92; 0,47]	Heterogenność: $\tau^2=0,0$; $\chi^2=0,16$, $df=1$ ($p=0,69$); $I^2=0,0\%$
Wynik 4: Pierwszorzędowy punkt końcowy interwencji dyzartrycznej w porównaniu z jakąkolwiek kontrolą: trwałe efekty, poziom aktywności odpowiednio ukryta alokacja/odpowiednie zaślepienie.							
Bowen 2012	33	3,1 (1,4)	27	3,1 (1,7)	60,8 %	0,0 [-0,51; 0,51]	Heterogenność: $\tau^2=0,05$; $\chi^2=1,47$, $df=1$ ($p=0,23$); $I^2=32\%$
Mackenzie 2014	16	4,92 (1,44)	16	4,09 (1,56)	39,2 %	0,54 [-0,17; 1,25]	Heterogenność: $\tau^2=0,05$; $\chi^2=1,47$, $df=1$ ($p=0,23$); $I^2=32\%$
Wynik 5: Drugorzędowy punkt końcowy interwencji dyzartrycznej w porównaniu z kontrolą uwagi, placebo lub brakiem interwencji: trwałe efekty, poziom aktywności.							
Bowen 2012	33	3,1 (1,4)	27	3,1 (1,7)	100 %	0,0 [-0,51; 0,51]	Heterogenność: nie dotyczy
Wynik 6: Drugorzędowy punkt końcowy interwencji dyzartrycznej w porównaniu z jakąkolwiek kontrolą dla podgrupy udarów: trwałe efekty, poziom aktywności.							
Bowen 2012	33	3,1 (1,4)	27	3,1 (1,7)	57,2 %	0,0 [-0,51; 0,51]	Heterogenność: $\tau^2=0,0$; $\chi^2=1,61$, $df=2$ ($p=0,45$); $I^2=0,0\%$
Mackenzie 2014	66	4,92 (1,44)	16	4,09 (1,56)	29,6 %	0,54 [-0,17; 1,25]	Heterogenność: $\tau^2=0,0$; $\chi^2=1,61$, $df=2$ ($p=0,45$); $I^2=0,0\%$
Wenke 2010	129.6667 (59.815)	6	8	31,63 (58,70979)	13,2 %	-0,03 [-1,09; 1,03]	Heterogenność: $\tau^2=0,0$; $\chi^2=1,61$, $df=2$ ($p=0,45$); $I^2=0,0\%$
Porównanie 2							
Wynik 1 Drugorzędowy punkt końcowy interwencji dyzartrycznych w porównaniu z jakąkolwiek kontrolą: natychmiastowe efekty, poziom aktywności.							
Mackenzie 2014	16	4,93 (1,48)	16	4,1 (1,57)	26,7 %	0,53 [-0,18; 1,24]	Heterogenność: $\tau^2=0,0$; $\chi^2=0,64$, $df=2$ ($p=0,73$); $I^2=0,0\%$
Wenke 2010	13	102,14 (30,07)	11	96,23 (55,31)	20,7 %	0,13 [-0,67; 0,94]	Heterogenność: $\tau^2=0,0$; $\chi^2=0,64$, $df=2$ ($p=0,73$); $I^2=0,0\%$

Badanie	Wynik							
Xu 2010*	30	55,83 (15,26)	31	52,25 (14,65)	52,6 %	0,24 [-0,27; 0,74]	Heterogenność: $\tau^2=0,0$; $\chi^2=0,64$, $df=2$ ($p=0,73$); $I^2=0,0\%$	
Wynik 2: Drugorzędowy punkt końcowy interwencji dyzartrycznych w porównaniu z jakąkolwiek kontrolą: natychmiastowe efekty, poziom aktywności.								
Kwon 2015	10	100 (0)	10	98,1 (4,7)		Nie do oszacowania	Heterogenność: $\tau^2=0,0$; $\chi^2=0,73$, $df=2$ ($p=0,69$); $I^2=0,0\%$	
Mackenzie 2014	16	41,36 (6,4)	16	37,06 (6,58)	39,8 %	0,65 [-0,07; 1,36]	Heterogenność: $\tau^2=0,0$; $\chi^2=0,73$, $df=2$ ($p=0,69$); $I^2=0,0\%$	
Wenke 2010	13	110,28 (27,54)	11	102,28 (52,39)	31,2 %	0,19 [-0,62; 0,99]	Heterogenność: $\tau^2=0,0$; $\chi^2=0,73$, $df=2$ ($p=0,69$); $I^2=0,0\%$	
Xu 2010*	12	8,84 (3,03)	11	7,3 (2,37)	29,0 %	0,54 [-0,29; 1,38]	Heterogenność: $\tau^2=0,0$; $\chi^2=0,73$, $df=2$ ($p=0,69$); $I^2=0,0\%$	
Wynik 3: Drugorzędowy punkt końcowy interwencji dyzartrycznych w porównaniu z jakąkolwiek kontrolą: natychmiastowe efekty, poziom aktywności.								
Mackenzie 2014	16	20,13 (6,53)	16	21,56 (4,8)	100,0 %	-0,24 [-0,94; 0,45]	Heterogenność: nie dotyczy	
Porównanie 3								
Wynik 1: Drugorzędowy wynik interwencji dyzartrycznej A w porównaniu z interwencją dyzartryczną B: trwałe efekty, poziom aktywności.								
Mackenzie 2014	16	4,92 (1,44)	16	4,09 (1,56)	56,4 %	0,54 [-0,17; 1,25]	Heterogenność: $\tau^2=0,0$; $\chi^2=0,43$, $df=1$ ($p=0,51$); $I^2=0,0\%$	
Wenke 2010	13	121,4 (36,4)	11	110,25 (79,9)	43,6 %	0,18 [-0,63; 0,98]	Heterogenność: $\tau^2=0,0$; $\chi^2=0,43$, $df=1$ ($p=0,51$); $I^2=0,0\%$	
Wynik 2: Drugorzędowy punkt końcowy interwencji dyzartrycznej A w porównaniu z interwencją dyzartryczną B: trwałe efekty, poziom uczestnictwa.								
Mackenzie 2014	16	19,94 (5,97)	16	21,25 (5,48)	100,0 %	-0,22 [-0,92; 0,47]	Heterogenność: nie dotyczy	
* Xu 2010 – w interwencji oprócz terapii logopedycznej, zastosowano dodatkowo akupunkturę.								
Porównanie 1: interwencja dyzartryczna w porównaniu do innej kontroli: trwałe efekty (od trzech do dziewięciu miesięcy po interwencji), poziom aktywności.								
Porównanie 2: porównanie interwencji dyzartrycznej z inną interwencją, kontrolą uwagi, placebo lub brakiem interwencji: natychmiastowe efekty w działaniu, poziom zaburzenia i uczestnictwa.								
Porównanie 3: interwencja dyzartryczna A w porównaniu z interwencją dyzartryczną B: trwałe i natychmiastowe efekty aktywności, poziom zaburzenia i uczestnictwa.								

2) Wyniki badania

Tabela 58 Wyniki punktów końcowych w badaniu pierwotnym Woldag 2016.

Badanie	Wyniki			
Woldag 2016	I. Ocena stopnia nasilenia afazji za pomocą Aachener Aphasia Test (AAT) przed oraz po terapii.			
	Tabela 1. Wartości dla Testu Tokena jako podtestu AAT (jako różnica pretest – posttest) dla CG, CIAT oraz CTG.			
	Test Tokena			
	Terapia	Pretest średnia wartość (SD)	Rezultaty średnia wartość (95% CI)	Analiza statystyczna
	CG	47,6 (7,7)	2,6 (1,0 – 4,3)	$p=0,004$; $Moc=0,88$
CIAT	50,2 (9,7)	3,8 (1,4 – 6,2)	$p=0,004$; $Moc=0,88$	
CTG	50,3 (7,8)	3,7 (1,1 – 6,3)	$p=0,007$; $Moc=0,82$	
II. Wyniki podtestów AAT (powtarzanie, język pisany, nazywanie, zrozumienie) oraz poziom profilu AAT (średnia ważona miary podtestu biorąc pod uwagę wiarygodność indywidualnego podtestu).				

Badanie	Wyniki			
	Tabela 2. Wartości dla powtarzania jako podtestu AAT (jako różnica pretest – posttest) dla CG, CIAT oraz CTG.			
	Powtarzanie			
	Terapia	Pretest średnia wartość (SD)	Rezultaty średnia wartość (95% CI)	Analiza statystyczna
	CG	46,4 (11,2)	3,6 (1,3 – 6,0)	p=0,004; Moc=0,86
	CIAT	53,0 (8,6)	0,15 (-3,8 – 4,1)	n.s.
	CTG	52,3 (10,0)	2,0 (0,0 – 3,9)	n.s.
	Tabela 3. Wartości dla języka pisanego jako podtestu AAT (jako różnica pretest – posttest) dla CG, CIAT oraz CTG.			
	Język pisany			
	Terapia	Pretest średnia wartość (SD)	Rezultaty średnia wartość (95% CI)	Analiza statystyczna
	CG	45,7 (9,2)	4,0 (2,4 – 5,6)	p<0,001; Moc=1,0
	CIAT	48,9 (6,7)	3,7 (0,9 – 6,6)	p=0,012; Moc=0,75
	CTG	50,4 (11,0)	3,8 (1,8 – 5,7)	p<0,001; Moc=0,96
	Tabela 4. Wartości dla nazywania jako podtestu AAT (jako różnica pretest – posttest) dla CG, CIAT oraz CTG.			
	Nazywanie			
	Terapia	Pretest średnia wartość (SD)	Rezultaty średnia wartość (95% CI)	Analiza statystyczna
	CG	43,4 (8,8)	4,0 (2,2 – 5,8)	p<0,001; Moc=1,0
	CIAT	49,6 (8,3)	2,8 (0,4 – 5,3)	p=0,025; Moc=0,64
	CTG	47,4 (7,3)	4,2 (1,6 – 6,9)	p=0,004; Moc=0,88
	Tabela 5. Wartości dla zrozumienia jako podtestu AAT (jako różnica pretest – posttest) dla CG, CIAT oraz CTG.			
	Zrozumienie			
	Terapia	Pretest średnia wartość (SD)	Rezultaty średnia wartość (95% CI)	Analiza statystyczna
	CG	45,7 (11,7)	3,6 (1,0 – 6,2)	p=0,009; Moc=0,79
	CIAT	47,2 (8,3)	4,1 (0,8 – 7,5)	p=0,019; Moc=0,68
	CTG	47,7 (6,5)	4,1 (0,7 – 7,5)	p=0,02; Moc=0,67
	Tabela 6. Wartości dla poziomu profilu jako podtestu AAT (jako różnica pretest – posttest) dla CG, CIAT oraz CTG.			
	Poziom profilu			
	Terapia	Pretest średnia wartość (SD)	Rezultaty średnia wartość (95% CI)	Analiza statystyczna
	CG	45,7 (8,9)	3,7 (2,4 – 5,0)	p<0,001; Moc=1,0
	CIAT	50,5 (7,1)	2,4 (-0,3 – 5,1)	n.s.
	CTG	50,2 (8,0)	3,3 (1,6 – 5,0)	p<0,001; Moc=0,98
	III. Ocena poziomu nasilenia afazji za pomocą dziennika aktywności komunikacyjnej (CAL, ang. Communicative Activity Log)			
	Tabela 7. Wartości jakościowe dla dziennika aktywności komunikacyjnej, CAL (jako różnica pretest – posttest) dla CG, CIAT oraz CTG.			
	Wartości jakościowe			
	Terapia	Pretest średnia wartość (SD)	Rezultaty średnia wartość (95% CI)	Analiza statystyczna
	CG	38,8 (19,9)	7,8 (3,3 – 12,3)	p=0,002; Moc=0,93
	CIAT	38,6 (15,1)	11,5 (6,4 – 16,7)	p<0,001; Moc=0,99
	CTG	44,6 (13,6)	4,2 (-1,0 – 9,3)	n.s.
	Tabela 8. Wartości ilościowe dla dziennika aktywności komunikacyjnej, CAL (jako różnica pretest – posttest) dla CG, CIAT oraz CTG.			
	Wartości ilościowe			

Badanie	Wyniki			
	Terapia	Pretest średnia wartość (SD)	Rezultaty średnia wartość (95% CI)	Analiza statystyczna
	CG	39,5 (23,8)	8,6 (4,4 – 12,9)	p<0,001; Moc=0,98
	CIAT	37,8 (17,6)	11,8 (7,2 – 16,4)	p<0,001; Moc=1,0
	CTG	44,0 (14,2)	6,0 (0,8 – 11,1)	p=0,025; Moc=0,64

Podsumowanie

1) Podsumowanie przeglądu systematycznego

- W przeglądzie systematycznym Mitchell 2017 nie stwierdzono istotnie statystycznej przewagi interwencji dyzartrycznych u pacjentów po udarze lub innych urazach niepostępujących nabytych w wieku dorosłym w porównaniu do komparatora (kontrola uwagi lub podsawowa opieka) w żadnym z pierwszorzędowych punktów końcowych, natomiast w zakresie drugorzędowych punktów końcowych otrzymano: w czterech badaniach (Kwon 2015; Mackenzie 2014; Wenke 2010; Xu 2010), z udziałem 99 uczestników, w których badano poziom zaburzeń dyzartrycznych zaraz po interwencji, wystąpił statystycznie istotny efekt faworyzujący interwencję (wartość $p=0,04$) – obserwowano zmniejszenie poziomu zaburzeń dyzartrycznych: SMD 0,47 (95% CI 0,02 do 0,92); niska heterogeniczność ($\text{Chi}^2=0,73$, $\text{df}=2$ ($p=0,69$); $I^2 = 0\%$).

W przeglądzie systematycznym Mitchell 2017 jako nieistotne statystycznie punkty końcowe wskazano:

1. Pierwszorzędowe punkty końcowe:
 - interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą: trwałe efekty, poziom aktywności;
 - interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą: poziom aktywności: prawidłowe ukrycie kodu alokacji / właściwe zaślepienie.
2. Drugorzędowe punkty końcowe:
 - interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą: trwałe efekty, poziom utraty wartości;
 - interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą: trwałe efekty, poziom uczestnictwa; interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą: poziom aktywności: prawidłowe ukrycie kodu alokacji / właściwe zaślepienie;
 - interwencja dyzartryczna w porównaniu z kontrolą uwagi, placebo lub brakiem interwencji; trwałe efekty, poziom aktywności;
 - interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą dla podgrupy udaru: trwałe efekty, poziom aktywności;
 - interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą: natychmiastowe efekty, poziom aktywności; interwencja dyzartryczna w porównaniu z dowolną kontrolą: natychmiastowe efekty, poziom uczestnictwa;
 - porównanie interwencji dyzartrycznej A z interwencją dyzartryczną B: trwałe efekty, poziom aktywności;
 - porównanie interwencji dyzartrycznej A z interwencją dyzartryczną B: trwałe efekty, poziom uczestnictwa.

2) Podsumowanie badania

Istotnie statystycznie wyniki w badaniu Woldag 2016 stwierdzono w następujących punktach końcowych:

1. Pierwszorzędowe punkty końcowe:
 - wartości testu Tokena dla CG ($p=0,004$; SD: 47,6 (7,7); 95%CI (1,0–4,3)), CIAT ($p=0,004$; SD: 50,2 (9,7); 95%CI (1,4–6,2)), CTG ($p=0,007$; SD: 50,3 (7,8); 95%CI (1,1–6,3))
2. Drugorzędowe punkty końcowe:
 - wartości dla powtarzania jako podtestu AAT dla CG ($p=0,004$; SD: 46,4 (11,2); 95%CI (1,3–6,0));

- wartości dla języka pisanego jako podtestu AAT dla CG ($p < 0,001$; SD: 45,7 (9,2); 95%CI (2,4–5,6)), CIAT ($p = 0,012$; SD: 48,9 (6,7); 95%CI (0,9–6,6)) oraz CTG ($p < 0,001$; SD: 50,4 (11,0); 95%CI (1,8–5,7));
- wartości dla nazywania jako podtestu AAT dla CG ($p < 0,001$; SD: 50,4 (11,0); 95%CI (1,8–5,7)), CIAT ($p = 0,025$; SD: 49,6 (8,3); 95%CI (0,4–5,3)) oraz CTG ($p = 0,004$; SD: 47,4 (7,3); 95%CI (1,6–6,9));
- wartości dla zrozumienia jako podtestu AAT dla CG ($p = 0,009$, SD: 45,7 (11,7); 95%CI (1,0–6,2)), CIAT ($p = 0,019$; SD: 47,2 (8,3); 95%CI (0,8–7,5)) oraz CTG ($p = 0,02$; SD: 47,7 (6,5); 95%CI (0,7–7,5));
- wartości dla poziomu profilu jako podtestu AAT dla CG ($p < 0,001$; SD: 45,7 (8,9); 95%CI (2,4–5,0)) oraz CTG ($p < 0,001$; SD: 50,2 (8,0); 95%CI (1,6–5,0));
- wartości jakościowe dla dziennika aktywności komunikacyjnej, CAL ($p = 0,002$; SD: 38,8 (19,9); 95%CI (3,3–12,3)) oraz CIAT ($p < 0,001$, SD: 38,6 (15,1); 95%CI (6,4–16,7));
- wartości ilościowe dla dziennika aktywności komunikacyjnej, CAL dla CG ($p < 0,001$; SD: 39,5 (23,8); 95%CI (4,4–12,9)), CIAT ($p < 0,001$; SD: 37,8 (17,6); 95%CI (7,2–16,4)) oraz CTG ($p = 0,025$; SD: 44,0 (14,2); 95%CI (0,8–11,1)).

Nieistotnie statystycznie wyniki w badaniu Woldag 2016 stwierdzono dla następujących drugorzędowych punktów końcowych:

- wartości dla powtarzania, jako podtestu AAT dla CIAT oraz CTG;
- wartości dla poziomu profilu, jako podtestu AAT dla CIAT;
- wartości jakościowe dla dziennika aktywności komunikacyjnej, CAL dla CTG.

Autorzy przedstawili następujące wnioski z badania:

- po leczeniu wszystkie grupy wykazały znaczną poprawę bez różnic między grupami;
- wyniki wykazały, że 14 godzin terapii afazji prowadzonej przez 2 tygodnie w formie indywidualnej terapii, skupiając się na indywidualnych deficytach oraz w połączeniu z sesjami grupowymi okazała się najbardziej skuteczna;
- podobne wyniki uzyskano w przypadku 30 godzin terapii grupowej, zarówno w postaci CIAT, jak i terapii grupowej bez ograniczeń;
- według autorów badania terapia logopedyczna w schemacie intensywnego leczenia jest możliwa do wykonania i była dobrze tolerowana u pacjentów w ostrym stadium po udarze.

Ograniczenia

Analitycy Agencji zidentyfikowali następujące ograniczenia dotyczące wskazania:

- populacja obejmowała osoby dorosłe, głównie pacjenci poudarowi.

Ograniczenia dotyczące odnalezionych dowodów naukowych:

W przeglądzie systematycznym Mitchell 2017 analitycy Agencji wskazują na następujące ograniczenia przeglądu:

- przegląd umiarkowanej jakości: brak użytych odpowiednich narzędzi do oceny ryzyka błędu systematycznego;

W badaniu Woldag 2016 autorzy wskazali następujące ograniczenia badania:

- brak wyliczenia wielkości próby a priori oraz niewielka liczebność próby każdej grupy;
- brak znaczącej poprawy w jakościowej analizie CAL, jak widać na przykład w grupie CTG, może być błędem systematycznym doboru prób.

3.6. Opóźniona rehabilitacja neurologiczna

Opis metodyki

W celu odnalezienia badań pierwotnych i wtórnych dotyczących późnego rozpoczęcia rehabilitacji neurologicznej, dokonano wyszukiwania niesystematycznego w bazach danych: Cochrane oraz MEDLINE. Wyszukiwanie przeprowadzono dnia 1.04.2019 r. Wyszukiwanie zostało przeprowadzone za pomocą następujących słów kluczowych: „late”, „delayed”, „rehabilitation*”, „neurolog*”, „physiotherapy”. Jednocześnie przeszukano źródła bibliograficzne odnalezionych dokumentów.

Poniżej przedstawiono kryteria włączenia publikacji do niniejszego opracowania.

Tabela 59. Kryteria włączenia publikacji do przeglądu.

Element PICOS	Opis
Populacja:	populacja pacjentów neurologicznych
Interwencja:	dowolne interwencję z zakresu rehabilitacji neurologicznej rozpoczęte minimum 1 rok po wystąpieniu zdarzenia
Komparator:	placebo lub brak
Punkty końcowe:	dowolne istotnie kliniczne punkty końcowe
Typ badań:	IID lub wyższe, zgodnie z klasyfikacją doniesień naukowych AOTMiT

Charakterystyka badań włączonych do przeglądu

W wyniku wyszukiwania odnaleziono jedno badanie RCT (Green 2002) spełniające kryteria włączenia opisane zgodnie ze schematem PICOS. Charakterystykę badania przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 60. Charakterystyka badań włączonych do przeglądu systematycznego.

Badanie	Metodyka	Populacja	Punkty końcowe
Green 2002 <u>Źródło finansowania:</u> Stroke Association.	<p><u>Metodyka:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Badanie RCT prowadzone w warunkach środowiskowych, • randomizację uzyskano za pomocą ponumerowanych, zapieczętowanych, nieprzezroczystych kopert przygotowanych z tabel liczb losowych i wykorzystanych losowych bloków permutacyjnych o czterech długościach, • pojedyncze zaślepienie, • obserwację prowadzono w trzech 3-miesięcznych interwałach. <p><u>Interwencja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupa A: Fizjoterapia dopasowana do indywidualnych potrzeb pacjenta, zgodnie z oceną fizjoterapeuty, prowadzona w domu lub w warunkach ambulatoryjnych. Maksymalny czas trwania rehabilitacji wynosił 13 tygodni, przy minimalnej liczbie 3 sesji. <p><u>Komparator:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupa B: Brak leczenia 	<p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wiek > 50 lat, • Udar minimum 1 rok wcześniej, • Utrwalone problemy z poruszaniem się (wykorzystywanie urządzeń do wspomagania poruszania – innych niż kule, upadek w ciągu ostatnich 3 miesięcy, problemy z wchodzeniem/schodzeniem po schodach/nachyleniach, niższa prędkość chodu na odcinku 10 metrów niż przewidziane dla kategorii wiekowej). <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inna niż udar przyczyna problemów z poruszaniem się, • Demencja (wynik Abbreviated mental test niższy niż 7 punktów), • Ciężkie choroby współistniejące, • Pacjent leżący, • Fizjoterapia w ciągu ostatnich 6 miesięcy. <p><u>Liczba pacjentów</u> Grupa A: 85 (58% mężczyzn) Grupa B: 85 (54% mężczyzn)</p>	<p><u>Pierwszorzędowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zmiana wyniku skali: Rivermead mobility index <p><u>Drużorzędowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prędkość chodu, - Zmiana wyników skal: • barthel index, • hospital anxiety and depression scale, • general health questionnaire 28, • Frenchay activity index. <p>- liczba upadków,</p>

Ocena jakości badań włączonych do przeglądu

W poniższej tabeli przedstawiono ocenę włączonego badania Green 2002 w skali Jadad.

Tabela 61. Ocena badania Green 2002 w skali Jadad.

Pytanie	Wynik
1. Czy badanie było randomizowane?	Tak
2. Czy badanie było „podwójnie zaślepienie”?	Nie
1A. Jeśli jest opis metody randomizacji i randomizacja była przeprowadzona w prawidłowy sposób i/lub 2A. Jeśli jest opis sposobu przeprowadzenia „podwójnego zaślepienia” i sposób ten jest prawidłowy	Tak Nie
1A. Jeśli jest opis metody randomizacji i randomizacja była przeprowadzona w nieprawidłowy sposób i/lub 2A. Jeśli jest opis sposobu przeprowadzenia „podwójnego zaślepienia” i sposób ten jest nieprawidłowy	Nie Nie
3. Czy w artykule pojawił się opis utraty lub wykluczenia uczestników z badania?	Tak
SUMA:	3/5

Badanie Green 2002 uzyskało 3 na 5 pkt w skali Jadad.

Wyniki

W poniższej tabeli przedstawiono wyniki badania Green 2002 dla poszczególnych punktów końcowych.

Tabela 62. Wyniki analizy skuteczności – badanie Green 2002.

Punkt końcowy	Okres follow-up	Liczba pacjentów	Mediana (IQR) / Średnia (SD)		Wartość p
			Fizjoterapia	Brak fizjoterapii	
Rivermead Mobility Index	Przed rehabilitacją	n=85	Me (IQR) = 10 (8–12)	Me (IQR) = 10 (8–12)	b.d.
	3 miesiące	n=81	Me (IQR) = 11 (8–12)	Me (IQR) = 10 (8–12)	p=0,083
	6 miesięcy	n=73	Me (IQR) = 11 (8–12)	Me (IQR) = 10 (8–12)	b.d.
	9 miesięcy	n=72	Me (IQR) = 10 (7–12)	Me (IQR) = 10 (7–12)	b.d.
Prędkość chodu (m/min)	Przed rehabilitacją	n=83	M (SD) = 23,2 (10,1)	M (SD) = 24,4 (12,4)	b.d.
	3 miesiące	n=78	M (SD) = 25,5 (12,6)	M (SD) = 24,9 (13,8)	b.d.
	6 miesięcy	n=69	M (SD) = 26,0 (13,1)	M (SD) = 25,3 (13,6)	b.d.
	9 miesięcy	n=64	M (SD) = 25,4 (14,5)	M (SD) = 25,8 (13,6)	b.d.
Barthel index	Przed rehabilitacją	n=85	Me (IQR) = 18 (16–19)	Me (IQR) = 18 (16–19)	b.d.
	3 miesiące	n=81	Me (IQR) = 18 (16–19)	Me (IQR) = 18 (16–19)	p=0,497
	6 miesięcy	n=73	Me (IQR) = 18 (16–19)	Me (IQR) = 18 (16–19)	p=0,888
	9 miesięcy	n=72	Me (IQR) = 18 (16–19)	Me (IQR) = 18 (16–19)	p=0,478
Frenchay activities index	Przed rehabilitacją	n=85	Me (IQR) = 10 (4–17)	Me (IQR) = 13 (7–20)	b.d.
	3 miesiące	n=81	Me (IQR) = 9 (4–15)	Me (IQR) = 12 (5–17)	p=0,052
	6 miesięcy	n=73	Me (IQR) = 11 (5–18)	Me (IQR) = 15 (6–21)	p=0,193
	9 miesięcy	n=72	Me (IQR) = 12 (5–19,5)	Me (IQR) = 14 (6–21)	p=0,192
Hospital anxiety and depression scale	Przed rehabilitacją	n=76	Me (IQR) = 7 (5–9)	Me (IQR) = 7 (4–10)	b.d.
	3 miesiące	n=69	Me (IQR) = 5 (3–9)	Me (IQR) = 7 (2–10)	p=0,643
	6 miesięcy	n=64	Me (IQR) = 6 (3–8,5)	Me (IQR) = 6 (3,5–9,5)	p=0,803
	9 miesięcy	n=62	Me (IQR) = 6 (3–9)	Me (IQR) = 6 (2–10)	p=0,622

Punkt końcowy	Okres follow-up	Liczba pacjentów	Mediana (IQR) / Średnia (SD)		Wartość p
			Fizjoterapia	Brak fizjoterapii	
Depression*	Przed rehabilitacją	n=76	Me (IQR) = 7 (5–10)	Me (IQR) = 7 (4–9)	b.d.
	3 miesiące	n=69	Me (IQR) = 6 (4–9)	Me (IQR) = 7 (4–9)	p=0,354
	6 miesięcy	n=64	Me (IQR) = 7 (5–9,5)	Me (IQR) = 7 (4–9)	p=0,884
	9 miesięcy	n=62	Me (IQR) = 8 (4–11)	Me (IQR) = 7 (3–10)	p=0,205
General health questionnaire 28	Przed rehabilitacją	n=49	Me (IQR) = 4 (2–9)	Me (IQR) = 4 (1–10)	b.d.
	3 miesiące	n=43	Me (IQR) = 2 (0–6,5)	Me (IQR) = 3 (1–6)	p=0,667
	6 miesięcy	n=35	Me (IQR) = 3 (1–5)	Me (IQR) = 4 (0–7)	p=0,740
	9 miesięcy	n=36	Me (IQR) = 3 (0–6)	Me (IQR) = 5 (1–11)	p=0,205
Liczba pacjentów zgłaszających upadek	Przed rehabilitacją – 3 miesiąc	n=81	n (%) = 13 (16)	n (%) = 9 (11)	b.d.
	3 miesiąc – 6 miesiąc	n=73	n (%) = 16 (22)	n (%) = 15 (19)	b.d.
	6 miesiąc – 9 miesiąc	n=72	n (%) = 17 (24)	n (%) = 10 (14)	b.d.

Wskaźnik mobilności Rivermead w trzecim miesiącu nie wykazywał statystycznie istotnej różnicy pomiędzy grupami ($p=0,083$), jednakże po skorygowaniu wyniku wskaźnika mobilności Rivermead, o istotny statystycznie czynnik ($p=0,005$) w postaci prędkości chodu przed rehabilitacją, w trzecim miesiącu wykazano małą, lecz istotną statystycznie ($p=0,029$) przewagę zastosowania interwencji w porównaniu do grupy kontrolnej (brak fizjoterapii). Podczas całego badania nie zaobserwowano i.s. wyniku dla całkowitego efektu leczenia (ang. overall treatment effect) ($p=0,366$). Zmiana wartości wskaźnika mobilności Rivermead po 3 miesiącach wykazywała istotnie statystyczną różnicę pomiędzy grupami na korzyść interwencji ($p=0,018$), jednak wielkość efektu była mała ($MD=1$ [95% CI 0–1]).

Po skorygowaniu wyniku prędkości chodu mierzonego w 3. miesiącu o wyniki osiągnięte przed rozpoczęciem rehabilitacji, wyniki w obu grupach różniły się istotnie statystycznie ($p=0,027$) między sobą na korzyść interwencji. Jednakże wyniki w 6. i 9. miesiącu, oraz całkowity efekt leczenia (ang. overall treatment effect) nie były istotne statystycznie ($p=0,135$).

Autorzy jako wnioski wskazali, iż fizjoterapia przeprowadzana w warunkach środowiskowych dla pacjentów z problemami z poruszaniem się minimum 1 rok po udarze prowadzi do istotnej statystycznie, lecz z małym efektem klinicznym poprawy mobilności oraz prędkości chodu, jednak po zakończeniu leczenia efekty zastosowanej interwencji nie są stałe.

Ograniczenia

Do ograniczeń niniejszej analizy należą:

- Z uwagi na krótki czas wykonania analizy wyszukiwanie przeprowadzono metodą przeglądu niesystematycznego, co niesie ze sobą ryzyko nieodnalezienia istniejących dowodów naukowych.
- W odnalezionym badaniu RCT Green 2002 istnieje wątpliwość w zakresie istotności klinicznej mierzonych punktów końcowych.

3.7. Podsumowanie

Podsumowując, w ramach wyszukiwań systematycznych i niesystematycznych dotyczących skuteczności rehabilitacji u pacjentów neurologicznych odnaleziono łącznie 6 publikacji: 5 opracowań wtórnych (Wang 2018,

Langhorne 2018, Stewart 2018, Legg 2017, Mitchell 2017) oraz 1 badanie pierwotne RCT (Woldag 2016) dotyczące skuteczności i bezpieczeństwa różnych profili interwencji w ramach rehabilitacji neurologicznej (terapii zajęciowej, profili – psychologicznego, logopedycznego oraz dietetycznego), a także – stosowania wczesnej rehabilitacji.

Populacja obejmowała pacjentów po przebytych udarach (Wang 2018, Langhorne 2018, Stewart 2018, Legg 2017, Mitchell 2017, Woldag 2016) oraz w jednym opracowaniu (Mitchell 2017) również pacjentów po urazie mózgu.

W wyżej wskazanej populacji pacjentów osiągnięto i.s. wyniki na korzyść grupy interwencyjnej podczas:

- stosowania interwencji psychologicznych w zakresie zmniejszenia objawów depresji u pacjentów z depresją poudarową (Wang 2018),
- wczesnego rozpoczęcia rehabilitacji w zakresie poprawy wykonywania czynności życia codziennego i skrócenia długości pobytu w szpitalu u pacjentów po pierwszym epizodzie dowolnej aktywności fizycznej po udarze (Langhorne 2018),
- stosowania interwencji terapii zajęciowej w zakresie poprawy wykonywania czynności życia codziennego (Stewart 2018, Legg 2017), poprawy wykonywania rozszerzonych czynności życia codziennego (Stewart 2018, Legg 2017), zmniejszenia ryzyka złego wyniku (ang. bad outcome, zgon, pogorszenie się wyników, niesamodzielność pacjenta) (Legg 2017) oraz poprawy niezależności funkcjonalnej (Stewart 2018),
- stosowania interwencji logopedycznych w zakresie redukcji zaburzeń dyzartycznych tuż po interwencji u pacjentów z dyzartią (Mitchell 2017) oraz wartości testu Tokena w grupie interwencyjnej (Woldag 2016) u pacjentów z afazją.

W odnalezionym w ramach przeglądu niesystematycznego dotyczącym opóźnionej rehabilitacji neurologicznej (minimum 1 rok) badaniu RCT (Green 2002) nie stwierdzono istotnego statystycznie korzystnego wpływu opóźnionych interwencji fizjoterapeutycznych u pacjentów po udarze w porównaniu do braku fizjoterapii.

Szczegóły dotyczące stosowanych interwencji, komparatorów oraz uzyskanych wyników zawarto w treści niniejszego rozdziału pn. „Analiza skuteczności i bezpieczeństwa profili interwencji w rehabilitacji neurologicznej”.

4. Opinie ekspertów w sprawie zasadności zmiany technologii medycznych w zakresie rehabilitacji leczniczej

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

1. Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej:
 - 1) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I;
 - 2) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II;
 - 3) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I;
 - 4) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza II;
 - 5) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I;
 - 6) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II.
2. Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej:
 - 1) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii;
 - 2) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu;
 - 3) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN oraz podobnymi uszkodzeniami OUN.
3. Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej:
 - 1) Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu nerwowego.
4. Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w zakresie fizjoterapii domowej:
 - 1) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego;
 - 2) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu
5. Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w ramach - opieki lekarskiej rehabilitacyjnej – świadczenia dedykowane wszystkim zakresom rehabilitacji leczniczej.

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 dotycząc 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.	Imię i nazwisko eksperta	Afiliacja
1	Prof. dr hab. Danuta Ryglewicz	Konsultant Krajowy w dziedzinie neurologii
2	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej
3		
4	Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak	Konsultant Krajowy w dziedzinie fizjoterapii
5		
6	Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej

7		
8	Dr hab. n. hum. Maria Kózka Prof. nadzw. UJ	Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa
9		
10		
11		
12	Dr n. med. Robert Szafkowski	Konsultant Krajowy w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej
13		
14	Andrzej Jacyna	Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
15	Justyna Żulewska	Konsultant Krajowy w dziedzinie neurologopedii

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		
3	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej

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

Tabela 63 Opinie ekspertów dotyczące kluczowych przyczyn, dla których wnioskowane świadczenia powinny/nie powinny być finansowane ze środków publicznych

Lp.	Świadczenia	Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	
1.	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I	TAK	TAK	TAK
2.	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza II	TAK	TAK	TAK
3.	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza I	TAK	TAK	TAK
4.	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – faza II	TAK	TAK	TAK
5.	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I	TAK	TAK	TAK
6.	Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II	TAK	TAK	TAK
7.	Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii	TAK	TAK	TAK
8.	Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu	TAK	TAK	TAK

Lp.	Świadczenia	Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	
9.	Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN oraz podobnymi uszkodzeniami OUN	TAK	TAK	TAK
10.	Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu nerwowego	TAK	TAK	TAK
11.	Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego	TAK	BRAK	TAK
12.	Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu	TAK	BRAK	TAK
13.	Opieka lekarska rehabilitacyjna	TAK	BRAK	TAK

PODSUMOWANIE: Wszyscy trzej eksperci, którzy przesłali do Agencji swoje stanowisko potwierdzili zasadność finansowania wnioskowanych świadczeń ze środków publicznych. W opinii ekspertów świadczenia te są niezbędne do osiągnięcia lepszych i szybszych wyników terapeutycznych. Jeden z ekspertów podkreślił również istotę uwzględnienia kompleksowej diagnozy oraz terapii neuropsychologicznej, a także psychoedukacji pacjentów neurologicznych.

Tabela 64 Opinie ekspertów dotyczące kryteriów kwalifikacji do poszczególnych świadczeń

Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu - faza I	
Ekspert	Uzasadnienie
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Stan pacjenta wg skali Rankina powinien być 4-5, a według skali Barthel ADL- 0-6. ICD-10 zawarte w Załączniku 2 powinno zawierać (G00-G37) i G 80- G83 Czas trwania rehabilitacji powinien wynosić do 35 dni
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Praktyka psychologiczna - kliniczna wobec pacjenta winna uwzględnić szczególnie psychoedukację, wsparcie psychologiczne stosownie do potrzeb pacjenta i jego rodziny
	W celu zabezpieczenia zastosowanie 120 min fizjoterapii wymaga przeprowadzenia taryfikacji który umożliwi zapewnienie pacjentom opisanego standardu świadczenia - przy takim założeniu fizjoterapeuta w ciągu dnia pracy może objąć opieką 3-4 pacjentów.
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu - faza II	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Przyjęcie do 30 dni. Pacjent pomiędzy pobytami w placówkach służby zdrowia może znaleźć się w domu, gdyż wynikać to może np.: z oczekiwania na miejsce w oddziale II fazy lub zakażenia patogenami alarmowymi. - Stan pacjenta wg skali Rankina powinien być 3-5, a według skali MRC liczba punktów poniżej 7. Przesłana skala MRC jest zła, gdyż nie obejmuje części klinicznej wg, której powinno się kwalifikować pacjenta. - ICD-10 zawarte w Załączniku 2 powinno zawierać (G00-G37) i G 80- G 83
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Praktyka psychologiczna - kliniczna wobec pacjenta winna uwzględnić szczególnie psychoedukację, wsparcie psychologiczne stosownie do potrzeb pacjenta i jego rodziny
	Samorząd z uwagi na brak w formularzu punktu dotyczącego opiniowania ram czasowych realizacji świadczenia pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu - faza druga zgłasza uwagę i wniosek o zmianę w tym zakresie świadczenia na: 1. Czas trwania rehabilitacji w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż do 56 dni. 2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji realizowanej w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia - maksymalnie o 28 dni. W celu zabezpieczenia zastosowanie 120 min fizjoterapii wymaga przeprowadzenia taryfikacji, który umożliwi zapewnienie pacjentom opisanego standardu świadczenia - przy takim założeniu fizjoterapeuta w ciągu dnia pracy może objąć opieką 3-4 pacjentów,
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych - faza I	

Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Stan pacjenta wg skali Rankina powinien być 4-5, a według skali Barthel ADL- 0-6. - ICD-10 zawarte w Załączniku 2 powinno zawierać (G54-G55) - Czas trwania rehabilitacji powinien wynosić do 35 dni.
Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Praktyka psychologiczna - kliniczna wobec pacjenta winna uwzględnić diagnozę neuropsychologiczną psychoedukację, wsparcie psychologiczne ^róznicowaną terapię psychologiczną stosownie do potrzeb pacjenta i jego rodziny
	W celu zabezpieczenia zastosowanie 120 min fizjoterapii wymaga przeprowadzenia taryfikacji, który umożliwi zapewnienie pacjentom opisanego standardu świadczenia - przy takim założeniu fizjoterapeuta w ciągu dnia pracy może objąć opieką 3-4 pacjentów,
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych - faza II	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	-Przesłana skala MRC jest zła, gdyż nie obejmuje części klinicznej wg, której powinno się kwalifikować pacjenta. -Przyjęcie do 30 dni. Pacjent pomiędzy pobytami w placówkach służby zdrowia może znaleźć się w domu, gdyż wynikać to może np.: z oczekiwania na miejsce w oddziale II fazy lub zakażenia patogenami alarmowymi. -ICD-10 zawarte w Załączniku 2 powinno zawierać także (G54-G55) - Ze skierowaniem z Poradni Rehabilitacji, w przypadku, gdy pacjent nie otrzyma skierowania, a są wskazania do dalszej rehabilitacji.
Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Brak
	Samorząd z uwagi na brak w formularzu punktu dotyczącego opiniowania ram czasowych realizacji świadczenia pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu - faza druga, zgłasza uwagę i wniosek o zmianę w tym zakresie świadczenia na: 1. Czas trwania rehabilitacji w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż do 56 dni. 2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji realizowanej w oddziale kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia - maksymalnie o 28 dni. W celu zabezpieczenia zastosowanie 120 min fizjoterapii wymaga przeprowadzenia taryfikacji, który umożliwi zapewnienie pacjentom opisanego standardu świadczenia - przy takim założeniu fizjoterapeuta w ciągu dnia pracy może objąć opieką 3-4 pacjentów,
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych - faza I	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	-Stan pacjenta wg skali Rankina powinien być 4-5, a według skali Barthel ADL- 0-6. -ICD-10 zawarte w Załączniku 2 powinno zawierać także (G50-G73). -Czas trwania rehabilitacji powinien wynosić do 35 dni.
Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Praktyka psychologiczna - kliniczna wobec pacjenta winna uwzględnić diagnozę neuropsychologiczną psychoedukację, wsparcie psychologiczne ^róznicowaną terapię psychologiczną stosownie do potrzeb pacjenta i jego rodziny
	W celu zabezpieczenia zastosowanie 120 min fizjoterapii wymaga przeprowadzenia taryfikacji, który umożliwi zapewnienie pacjentom opisanego standardu świadczenia - przy takim założeniu fizjoterapeuta w ciągu dnia pracy może objąć opieką 3-4 pacjentów,
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych - faza II	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Przesłana skala MRC jest zła, gdyż nie obejmuje części klinicznej wg, której powinno się kwalifikować pacjenta. - Przyjęcie do 30 dni. Pacjent pomiędzy pobytami w placówkach służby zdrowia może znaleźć się w domu, gdyż wynikać to może np.: z oczekiwania na miejsce w oddziale II fazy lub zakażenia patogenami alarmowymi. - ICD-10 zawarte w Załączniku 2 powinno zawierać także (G50-G73). - 4) Ze skierowaniem z Poradni Rehabilitacji, w przypadku, gdy pacjent nie otrzyma skierowania, a są wskazania do dalszej
Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Praktyka psychologiczna - kliniczna wobec pacjenta winna uwzględnić diagnozę neuropsychologiczną psychoedukację, wsparcie psychologiczne ^róznicowaną terapię psychologiczną stosownie do potrzeb pacjenta i jego rodziny
	W celu zabezpieczenia zastosowanie 120 min fizjoterapii wymaga przeprowadzenia taryfikacji, który umożliwi zapewnienie pacjentom opisanego standardu świadczenia - przy takim założeniu fizjoterapeuta w ciągu dnia pracy może objąć opieką 3-4 pacjentów,
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii	

Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	-ICD-10 zawarte w Załączniku 2 powinno zawierać G00-G37, G50-G73 i G 80- G83 -Ze skierowaniem z Poradni Rehabilitacji, w przypadku, gdy pacjent nie otrzyma skierowania, a są wskazania do dalszej rehabilitacji
Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Praktyka psychologiczna - kliniczna wobec pacjenta winna uwzględnić diagnozę neuropsychologiczną psychoedukację, wsparcie psychologiczne różnicowaną terapię psychologiczną stosownie do potrzeb pacjenta i jego rodziny
	Brak uwag
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Nie ma uwzględnionych rozpoznań: G81, G82, G 83. Ze skierowaniem z Poradni Rehabilitacji, w przypadku, gdy pacjent nie otrzyma skierowania, a są wskazania do dalszej rehabilitacji.
Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Praktyka psychologiczna - kliniczna wobec pacjenta winna uwzględnić diagnozę neuropsychologiczną psychoedukację, wsparcie psychologiczne różnicowaną terapię psychologiczną stosownie do potrzeb pacjenta i jego rodziny
	Brak uwag
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Ze skierowaniem z Poradni Rehabilitacji, w przypadku, gdy pacjent nie otrzyma skierowania, a są wskazania do dalszej rehabilitacji.
Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Praktyka psychologiczna - kliniczna wobec pacjenta winna uwzględnić diagnozę neuropsychologiczną psychoedukację, wsparcie psychologiczne różnicowaną terapię psychologiczną stosownie do potrzeb pacjenta i jego rodziny
	Brak uwag
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu nerwowego	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	-Przyjęcie na fizjoterapię ambulatoryjną nie może być odwołanie do 30 dni, tylko do 14 dni powinno być podjęta fizjoterapia, w rehabilitacji neurologicznej czas jest najważniejszy. -- ICD-10 zawarte w Załączniku 2 powinno zawierać G00-G37, G50-G73 i G 80- G83 -oraz po urazach układu nerwowego
Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Brak
	Brak uwag
Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	-Przyjęcie na fizjoterapię ambulatoryjną nie może być odwołanie do 30 dni, tylko do 14 dni powinno być podjęta fizjoterapia, w rehabilitacji neurologicznej czas jest najważniejszy. - ICD-10 zawarte w Załączniku 2 powinno zawierać G00-G37, G50-G73 i G 80- G83
Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Praktyka psychologiczna - kliniczna winna uwzględnić ocenę stanu funkcji neuropsychologicznych pacjenta oraz psychoedukację, wsparcie psychologiczne, różnicowaną terapię psychologiczną stosownie do potrzeb szczególnie rodziny pacjenta
	Samorząd z uwagi na brak w formularzu punktu dotyczącego opiniowania ram czasowych realizacji świadczenia, zgłasza uwagę i wniosek o zmianę w tym zakresie świadczenia na: 1.Czas trwania fizjoterapii domowej jest ustalany indywidualnie przez fizjoterapeutę na podstawie oceny funkcjonalnej pacjenta oraz założonych do realizacji celów fizjoterapii, wynosi nie więcej niż 60 dni zabiegowych w roku kalendarzowym, każdorazowo w przypadku wystąpienia kryterium włączenia
Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Przyjęcie na fizjoterapię ambulatoryjną nie może być odwołanie do 30 dni, tylko do 14 dni powinno być podjęta fizjoterapia, w rehabilitacji neurologicznej czas jest najważniejszy. -ICD-10 zawarte w Załączniku 2 powinno zawierać G00-G37, G50-G73 i G 80- G83
Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Brak
	Samorząd z uwagi na brak w formularzu punktu dotyczącego opiniowania ram czasowych realizacji świadczenia zgłasza uwagę i wniosek o zmianę w tym zakresie świadczenia na: 1.Czas trwania fizjoterapii domowej jest ustalany indywidualnie przez fizjoterapeutę na podstawie oceny funkcjonalnej pacjenta oraz założonych do realizacji celów fizjoterapii, wynosi nie więcej niż 60 dni zabiegowych w roku kalendarzowym, każdorazowo w przypadku wystąpienia kryterium włączenia
Opieka lekarska rehabilitacyjna	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Brak
	W zależności od potrzeb

PODSUMOWANIE: Jeden ekspert wskazał propozycje zmian dotyczących kryteriów kwalifikacji do poszczególnych świadczeń. W przypadku kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I zaproponowano, aby czas trwania rehabilitacji wynosił 35 dni. Zaproponowano również rozszerzenie listy ICD-10, m.in. o kody G00-G37 oraz G80-G83 oraz zmianę przedziałów wg skali Rankina na 4-5, zaś wg skali Barthel ADL - 0-6. Inny ekspert zwrócił uwagę na konieczność uwzględnienia psychoedukacji i wsparcia psychologicznego pacjenta jak również jego rodziny.

W przypadku fazy II tego samego świadczenia jeden z ekspertów proponuje, aby przyjęcie pacjenta odbyło się w ciągu 30 dni. Zaproponowano zmianę przedziałów wg skali Rankina na przedział 3-5, a w skali MRC poniżej 7. Ekspert zwrócił również uwagę, że skala MRC wysłana do konsultacji nie zawiera części klinicznej niezbędnej do zakwalifikowania pacjenta. Drugi z ekspertów uważa natomiast, że czas trwania rehabilitacji powinien być ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału po konsultacji z zespołem terapeutycznym zajmującym się tym pacjentem. Nie powinien jednak wynosić więcej niż 56 dni. Jedynie w uzasadnionych medycznie przypadkach decyzją lekarza prowadzącego i za zgodą dyrektora właściwego wojewódzkiego oddziału NFZ można wydłużyć czas rehabilitacji o 28 dni. Trzeci z ekspertów zwraca uwagę na konieczność uwzględnienia psychoedukacji i wsparcia psychologicznego pacjenta i jego rodziny.

W przypadku świadczenia „kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych - faza I” zaproponowano by stan pacjenta był oceniany za pomocą skal Rankina (przedział 4-5) oraz Barthel ADL (przedział 0-6), czas trwania rehabilitacji nie przekraczał 35 dni, a wśród kodów ICD-10 z załącznika 2 uwzględniono także kody G54-G55. Jeden z ekspertów podkreśla, że w celu zapewnienia pacjentom opisanego standardu świadczenia tj. 120 min fizjoterapii należy przeprowadzić taryfikację tego świadczenia. Trzeci z ekspertów zwraca uwagę na konieczność uwzględnienia diagnozy neuropsychologicznej, psychoedukacji i wsparcia psychologicznego pacjenta i jego rodziny.

Dla fazy II powyższego świadczenia jeden z ekspertów zaznacza, iż czas przyjęcia pacjenta powinien być nie dłuższy niż 30 dni z zastrzeżeniem, że pacjent może przebywać w domu pomiędzy pobytami w oddziale. Podkreśla również konieczność dopisania do kodów ICD-10 kody G54-G55. Drugi z ekspertów natomiast uważa, iż czas trwania rehabilitacji powinien być ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału po konsultacji z zespołem terapeutycznym zajmującym się tym pacjentem. Nie powinien jednak wynosić więcej niż 56 dni. Jedynie w uzasadnionych medycznie przypadkach decyzją lekarza prowadzącego i za zgodą dyrektora właściwego wojewódzkiego oddziału NFZ można wydłużyć czas rehabilitacji o 28 dni. Trzeci z ekspertów zwraca uwagę na konieczność uwzględnienia psychoedukacji i wsparcia psychologicznego pacjenta i jego rodziny.

Dla świadczenia „kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych - faza I” jeden ekspert proponują by stan pacjenta oceniany był w skali Rankina (kwalifikacja w przedziale 4-5) oraz w skali Barthel ADL (kwalifikacja w przedziale 0-6). Drugi z ekspertów podkreśla, że w celu zapewnienia pacjentom opisanego standardu świadczenia tj. 120 min fizjoterapii należy przeprowadzić taryfikację tego świadczenia. Trzeci z ekspertów zwraca uwagę na konieczność uwzględnienia diagnozy neuropsychologicznej, psychoedukacji i wsparcia psychologicznego pacjenta i jego rodziny.

Dla fazy II powyższego świadczenia jeden z ekspertów proponuje by czas przyjęcia pacjenta nie był dłuższy niż 30 dni. Podkreśla również, że w skali MRC brakuje części klinicznej niezbędnej do kwalifikacji pacjenta. Ponadto proponuje by wśród zawartych w załączniku 2 kodów ICD-10 znalazły się kody (G50-G73). Drugi z ekspertów podkreśla, że w celu zapewnienia pacjentom opisanego standardu świadczenia tj. 120 min fizjoterapii należy przeprowadzić taryfikację tego świadczenia. Trzeci z ekspertów zwraca uwagę na konieczność uwzględnienia diagnozy neuropsychologicznej, psychoedukacji i wsparcia psychologicznego pacjenta i jego rodziny.

Dla świadczenia „kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii” jeden z ekspertów sugeruje by wśród kodów ICD-10 znalazły się kody G00-G37, G50-G73 oraz G80-G83. Inny ekspert podkreśla konieczność uwzględnienia diagnozy neuropsychologicznej, psychoedukacji i wsparcia psychologicznego pacjenta i jego rodziny.

W przypadku świadczenia „Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu” jeden z ekspertów zaznacza, że skierowanie z poradni rehabilitacji powinno dawać możliwość udzielenia pacjentowi świadczenia w przypadku, gdy pacjent nie otrzyma skierowania, a są wskazania do dalszej rehabilitacji. Ponadto ekspert ten sugeruje by wśród kodów ICD-10 znalazły się kody G81, G82 i G83. Inny ekspert natomiast podkreśla konieczność uwzględnienia diagnozy neuropsychologicznej, psychoedukacji i wsparcia psychologicznego pacjenta i jego rodziny.

W przypadku świadczeń „Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu nerwowego”, „Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego”, „Fizjoterapia domowa dla

pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu” jeden z ekspertów proponuje by skrócić czas przyjęcia z 30 do 14 dni oraz zawrzeć wśród kodów ICD-10 kody G00-G37, G50-G73 oraz G80-G83. Drugi z ekspertów podkreśla, że czas trwania fizjoterapii domowej powinien wynosić nie więcej niż 60 dni zabiegowych w ciągu roku każdorazowo w przypadku wystąpienia kryterium włączenia. Trzeci z ekspertów podkreśla natomiast konieczność uwzględnienia diagnozy neuropsychologicznej, psychoedukacji i wsparcia psychologicznego pacjenta i jego rodziny.

Tabela 65 Opinia ekspertów dotycząca proponowanych niezbędnych wymogów związanych z personelem uprawnionym do realizacji wnioskowanych świadczeń

Świadczenia	Ekspert	Lekarz rehabilitacji medycznej		Lekarz	Pielęgniarka	Fizjoterapeuta		Psycholog		Logopeda	Terapeuta zajęciowy	Dietetyk	Inny terapeuta	
		specjalista	w trakcie specjalizacji	inny (jaki?)		specjalista/mgr	inny	psycholog kliniczny	mgr				pedagog	inny (jaki)
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu - faza I	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	Neurolog	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	X	X
	Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X
	[REDACTED]	X	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	X	X	X
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu - faza II	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	X	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	X	X
	Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X
	[REDACTED]	X	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	X	X	X
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych - faza I	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	Neurolog	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	X	X
	Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X
	[REDACTED]	X	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	X	X	X
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych - faza II	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	X	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	X	X
	Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X
	[REDACTED]	X	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	X	X	X
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych - faza I	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	Neurolog	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	X	X
	Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X
	[REDACTED]	X	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	X	X	X
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych - faza II	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	X	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	X	X
	Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X
	[REDACTED]	X	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	X	X	X
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	X	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	X	X
	Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X
	[REDACTED]	X	X	✓	X	✓	✓	X	✓	✓	X	X	X	X

Świadczenia	Ekspert	Lekarz rehabilitacji medycznej		Lekarz	Pielęgniarka	Fizjoterapeuta		Psycholog		Logopeda	Terapeuta zajęciowy	Dietetyk	Inny terapeuta	
		specjalista	w trakcie specjalizacji	inny (jaki?)		specjalista/mgr	inny	psycholog kliniczny	mgr				pedagog	inny (jaki)
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu	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
	[REDACTED]	X	X	✓	X	✓	✓	X	✓	✓	X	X	X	X
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN	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
	[REDACTED]	X	X	✓	X	✓	✓	X	✓	✓	X	X	X	X
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu nerwowego	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	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
	[REDACTED]	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X
Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	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
	[REDACTED]	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X
Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	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
	[REDACTED]	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
	[REDACTED]	✓	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PODSUMOWANIE: Analiza zgłoszonych stanowisk wskazuje, iż eksperci mają zróżnicowane zdanie odnośnie personelu uprawnionego do realizacji poszczególnych świadczeń. Należy jednak podkreślić, iż wśród trzech ekspertów, którzy przeszali do Agencji swoją opinię znaleźli się reprezentanci następujących dziedzin: rehabilitacji medycznej (Konsultant Krajowy), fizjoterapii (Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów), psychologii klinicznej (Konsultant Krajowy).








Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej proponuje, aby we wszystkich świadczeniach uprawnionym do realizacji był lekarz rehabilitacji medycznej zarówno ten posiadający specjalizację jak i ten w trakcie jej nabywania. Ponadto we wszystkich świadczeniach poza opieką lekarską rehabilitacyjną ekspert zaproponował obecność fizjoterapeuty ze stopniem magistra bądź ze specjalizacją. Dodatkowo, jako personel niezbędny ekspert określił pielęgniarkę, psychologa klinicznego jak oraz magistra psychologii, logopedę, terapeutę zajęciowego i dietetyka (wszystkie świadczenia kompleksowe bez świadczeń fizjoterapii oraz opieki lekarskiej rehabilitacyjnej). Dodatkowo dla świadczeń „Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu - faza I”, „Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych - faza I” oraz „Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych - faza I” ekspert zaproponował obecność na oddziale lekarza ze specjalizacją z neurologii.

Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów zaproponował dla wszystkich wnioskowanych świadczeń (poza opieką lekarską rehabilitacyjną) fizjoterapeutę z tytułem magistra oraz innych prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty bez tytułu naukowego, jako niezbędny personel do realizacji świadczeń. W przypadku opieki lekarskiej rehabilitacyjnej ekspert sugeruje obecność lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej. Jako personel niezbędny w świadczeniach „kompleksowych” ten sam ekspert proponuje lekarza specjalistę z neurologii lub lekarza internistę, magistra psychologii oraz logopedę. Pielęgniarkę zaś ekspert oznaczył, jako niezbędną jedynie w świadczeniach „kompleksowych” stacjonarnych.

Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej odniósł się jedynie do kwestii opieki psychologicznej, wskazując konieczność obecności psychologa zarówno ze specjalizacją z psychologii klinicznej jak i (każdego) posiadającego tytuł magistra we wszystkich świadczeniach „kompleksowych” realizowanych zarówno w warunkach stacjonarnych jak i dziennych.

Tabela 66 Opinia ekspertów dotycząca proponowanych niezbędnych wymogów związanych z zasobami lokalowymi do realizacji wnioskowanych świadczeń

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 terapii zajęciowej	Sala do terapii integracji sensorycznej IS	Stanowisko intensywnego nadzoru (intensywnej)	Warunki lokalowe wspólne
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu - faza I	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓
	Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X
		✓	✓	✓	✓	X	✓	X	X	X	X	X	✓	✓
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu - faza II	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓
	Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X
		✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	✓
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych - faza I	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓
	Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X
		✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	X	X	X	X	X	✓
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych - faza II	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓
	Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X
		✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	X	X	X	X	✓	✓
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych - faza I	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓
	Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X
		✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	X	X	X	X	✓	✓
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych - faza II	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓
	Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X
		✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	✓

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 terapii zajęciowej	Sala do terapii integracji sensorycznej IS	Stowisko intensywnego nadzoru (intensywny)	Warunki lokalowe wspólne
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓
	Dr hab. Bernadetta Lzydorzyc	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X
		✓	X	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	✓
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓
	Dr hab. Bernadetta Lzydorzyc	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X
		✓	X	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	✓
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓
	Dr hab. Bernadetta Lzydorzyc	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X
		✓	X	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	✓
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu nerwowego	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	✓	✓	✓	X	X	X	✓	X	X	X	X
	Dr hab. Bernadetta Lzydorzyc	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	✓
Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	✓	✓	✓	X	X	X	✓	X	X	X	X
	Dr hab. Bernadetta Lzydorzyc	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
Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	✓	✓	✓	X	X	X	✓	X	X	X	X
	Dr hab. Bernadetta Lzydorzyc	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
	Dr hab. Bernadetta Lzydorzyc	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, salę fizjoterapii, funkcjonalnego treningu medycznego, gabinet dietetyczny, logopedyczny, psychologiczny, gabinet masażu oraz terapii zajęciowej. Natomiast dla świadczeń „fizjoterapeutycznych” ekspert określił, jako niezbędne gabinet fizjoterapeutyczny, salę fizjoterapii oraz funkcjonalnego treningu medycznego, a także gabinet masażu. W przypadku opieki lekarskiej rehabilitacyjnej ekspert proponuje, jako wymóg minimalny: gabinet lekarski jak i diagnostyczno-zabiegowy. Dla świadczeń „Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu - faza I” oraz „Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych - faza I” ekspert wskazuje na konieczność wyodrębnienia stanowiska intensywnego nadzoru.

Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów, jako niezbędne w świadczeniach „kompleksowych” stacjonarnych jak i dziennych wskazuje obecność gabinetu lekarskiego, gabinetu fizjoterapeutycznego, sali fizjoterapii, gabinetu logopedycznego i psychologicznego. Gabinet diagnostyczno-zabiegowy zaś proponuje jedynie dla świadczeń „kompleksowych” stacjonarnych. Dla świadczeń kompleksowych w fazie II, kompleksowych dziennych oraz dla świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej ekspert sugeruje wyodrębnienie sali funkcjonalnego treningu medycznego. Dla świadczeń „kompleksowych” w fazie I ekspert proponuje ponadto wymóg posiadania gabinetu dietetycznego oraz stanowiska intensywnego nadzoru. Dla świadczenia opieki lekarskiej rehabilitacyjnej ekspert wskazuje na konieczność stworzenia gabinetu lekarskiego jak i diagnostyczno-zabiegowego.

Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej, jako niezbędny określił gabinet psychologiczny do realizacji świadczeń „kompleksowych” zarówno ambulatoryjnych jak i dziennych.

Tabela 67 Opinia ekspertów dotycząca zasadności zastosowania interwencji medycznych w ramach określonych profili do realizacji wnioskowanych świadczeń

Świadczenia	Ekspert	Lekarski				Fizjoterapeutyczny				Dietetyczny		Logopedyczny		Psychologiczny		Terapii zajęciowej		Pedagogiczny	Pielęgniarski	Inne	
		konsultacja	porada	porada lekarska	opieka lekarska	konsultacja	kwalifikacja	wizyta	fizjoterapia	funkcjonalny	konsultacja dietetyczna	edukacja	konsultacja	terapia	konsultacja	terapia	konsultacja	terapia	kons. pedagog. specjalnego	opieka pielęgniarska	(jakie?)
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu - faza I	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X	X	X
	[REDACTED]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	X	✓	✓	✓	X	X	X	X	✓	X
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu - faza II	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X	X	X
	[REDACTED]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	X	X	X	X	✓	X
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych - faza I	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X	X	X
	[REDACTED]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	X	X	X	X	✓	X
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych - faza II	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X	X	X
	[REDACTED]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	X	✓	✓	✓	X	X	X	X	✓	X
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych - faza I	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X	X	X
	[REDACTED]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	X	✓	✓	✓	X	X	X	X	✓	X
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych - faza II	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X	X	X
	[REDACTED]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	X	X	X	X	✓	X
Kompleksowa rehabilitacja	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X

Świadczenia	Ekspert	Lekarski				Fizjoterapeutyczny					Dietetyczny		Logopedyczny		Psychologiczny		Terapii zajęciowej			Pedagogiczny	Pielęgniarski	Inne	
		konsultacja	porada	porada lekarska	opieka lekarska	konsultacja	kwalifikacja	wizyta	fizjoterapia	funkcjonalny	konsultacja dietetyczna	edukacja	konsultacja	terapia	konsultacja	terapia	konsultacja	terapia	konsultacja	terapia	konsultacja	opieka pielęgniarska	(jakie?)
ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii	Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X	X	X	X
	[REDACTED]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	X
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
	Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X	X	X	X
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demyelinizacyjnymi OUN	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
	Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X	X	X	X
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu nerwowego	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 Lzydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego	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 Lzydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu	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 Lzydorczyk	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	X
	Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	[REDACTED]	✓	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, iż wszystkie zaproponowane profile interwencji tj. profil lekarski, fizjoterapeutyczny, dietetyczny, logopedyczny, psychologiczny, terapii zajęciowej, pedagogiczny oraz pielęgniarstwa należy zastosować do wszystkich świadczeń „kompleksowych” realizowanych w warunkach stacjonarnych oraz dziennych. Ponadto interwencje z profilu fizjoterapeutycznego oraz porada lekarska powinny znaleźć się także w przypadku świadczeń „fizjoterapii” zarówno ambulatoryjnej jak i domowej. Natomiast opieka lekarska rehabilitacyjna wymaga w opinii Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej konsultacji lekarskiej, a także porady i opieki lekarskiej.

Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów dla świadczeń „kompleksowych”, jako niezbędne określił wszystkie interwencje z profilu lekarskiego, fizjoterapeutycznego, logopedycznego i psychologicznego. Do świadczeń „kompleksowych” stacjonarnych należy w opinii Prezesa KRF również uwzględnić opiekę pielęgniarstwa. W przypadku świadczeń „fizjoterapii” ambulatoryjnej jak i domowej ekspert ten wskazał następujące interwencje z profilu fizjoterapeutycznego: konsultacja, kwalifikacja wstępna, wizyta kwalifikacyjna oraz fizjoterapia indywidualna. Funkcjonalny trening medyczny natomiast oznaczony został przez eksperta, jako konieczny w przypadku świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej. Opieka lekarska rehabilitacyjna według eksperta wymaga konsultacji lekarskiej oraz porady lekarskiej.

Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej, jako niezbędną w przypadku świadczeń „kompleksowych” zarówno realizowanych w warunkach stacjonarnych jak i dziennych uznał konsultację psychologiczną, jako cykl spotkań niezbędnych do diagnozy neuropsychologicznej i prowadzenia terapii neuropsychologicznej.

Tabela 68 Opinia ekspertów dotycząca innych, rekomendowanych interwencji/profilu interwencji

Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu - faza I	
Ekspert	Uzasadnienie
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Zatrudnienie psychologa w toku specjalizacji z psychologii klinicznej, specjalisty psychologii klinicznej - neuropsycholog
	Wczesna oraz multidyscyplinarna rehabilitacja pozwala na osiągnięcie lepszych wyników terapeutycznych [1,2,3,6].
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu - faza II	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Zatrudnienie psychologa w toku specjalizacji z psychologii klinicznej, specjalisty psychologii klinicznej - neuropsycholog
	Dla optymalnych wyników terapii, proces rehabilitacji powinien być kontynuowany nawet w fazie przewlekłej [4,5,6]
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych - faza I	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Zatrudnienie psychologa w toku specjalizacji z psychologii klinicznej, specjalisty psychologii klinicznej - neuropsycholog
	Wczesna oraz multidyscyplinarna rehabilitacja pozwala na osiągnięcie lepszych wyników terapeutycznych [8,9,10].
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych - faza II	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Zatrudnienie psychologa w toku specjalizacji z psychologii klinicznej, specjalisty psychologii klinicznej - neuropsycholog
	Wczesna oraz multidyscyplinarna rehabilitacja pozwala na osiągnięcie lepszych wyników terapeutycznych [8,9,10].
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych - faza I	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Zatrudnienie psychologa w toku specjalizacji z psychologii klinicznej, specjalisty psychologii klinicznej - neuropsycholog
	Wczesna oraz multidyscyplinarna rehabilitacja pozwala na osiągnięcie lepszych wyników terapeutycznych [11,12].
Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych - faza II	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Zatrudnienie psychologa w toku specjalizacji z psychologii klinicznej, specjalisty psychologii klinicznej - neuropsycholog
	Wczesna oraz multidyscyplinarna rehabilitacja pozwala na osiągnięcie lepszych wyników terapeutycznych [11,12].
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii	

Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Lzydorzcyk	Zatrudnienie psychologa w toku specjalizacji z psychologii klinicznej, specjalisty psychologii klinicznej - neuropsycholog
	Wczesna oraz multidyscyplinarna rehabilitacja pozwala na osiągnięcie lepszych wyników terapeutycznych [1,2,3,4,5,6,7,8,9,10].
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po udarze mózgu	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Lzydorzcyk	Zatrudnienie psychologa w toku specjalizacji z psychologii klinicznej, specjalisty psychologii klinicznej
	Dla optymalnych wyników terapii, proces rehabilitacji powinien być kontynuowany nawet w fazie przewlekłej [4,5]
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Lzydorzcyk	Zatrudnienie psychologa w toku specjalizacji z psychologii klinicznej, specjalisty psychologii klinicznej - neuropsycholog
	Dla optymalnych wyników terapii, proces rehabilitacji powinien być kontynuowany nawet w fazie przewlekłej [4,5]
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu nerwowego	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Lzydorzcyk	Brak
	Dla optymalnych wyników terapii, proces rehabilitacji powinien być kontynuowany nawet w fazie przewlekłej [4,5]
Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Lzydorzcyk	Brak
	Dla optymalnych wyników terapii, proces rehabilitacji powinien być kontynuowany nawet w fazie przewlekłej [4,5]
Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Lzydorzcyk	Brak
	Dla optymalnych wyników terapii, proces rehabilitacji powinien być kontynuowany nawet w fazie przewlekłej [4,5]
Opieka lekarska rehabilitacyjna	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Lzydorzcyk	Brak
	Brak

5. Ocena skutków regulacji

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

W proponowanych rozwiązaniach tworzymy nowe zakresy oraz produkty, które nie zostały nigdy wycenione w ich wycenie nie można oprzeć się na danych obecnych, ponieważ postulujemy włączenie nowych członków / zwiększenie znaczenia dotychczasowych członków zespołu terapeutycznego, zmianę podejścia do procesu terapeutycznego, w związku z powyższym wpływ tych zmian na wycenę świadczeń jest na chwilę obecną niemożliwy do oceny.

Z powodu braku informacji na temat stanu klinicznego pacjentów, którzy są obecnie rehabilitowani neurologicznie przesunięcie pacjentów z obszaru rehabilitacji neurologicznej do zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej, czy też świadczeń udzielanych w warunkach oddziału dziennego lub świadczeń ambulatoryjnych są oparte na autorskich założeniach analityków przygotowujących niniejsze zestawienie.

Opis zmian przyjętych do wycen analizy wpływu na budżet.

Pakiet zmian (od 1 do 3) prognozowanych w rehabilitacji neurologicznej dotyczy przepływów dorosłych pacjentów neurologicznych. Przepływy te są skutkiem modyfikacji istniejących oraz stworzeniem nowych produktów dedykowanych pacjentom neurologicznym. Zgodnie z proponowaną w nowym podejściu do rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej zmianą profilu rehabilitowanego tam pacjenta (przyjmowanie pacjentów w cięższym stanie niż obecnie), założono, że część pacjentów leczonych dzisiaj w rehabilitacji neurologicznej przejdzie do rehabilitacji ogólnoustrojowej, część przejdzie do rehabilitacji na oddziale dziennym. Dodatkowo stworzenie produktów fizjoterapii ambulatoryjnej dedykowanych pacjentom neurologicznym umożliwi przesunięcie pacjentów z rehabilitacji neurologicznej do fizjoterapii ambulatoryjnej.

Zmiana 1

Pacjenci, którzy obecnie są rozliczani produktami dotyczącymi rehabilitacji neurologicznej przewlekłej zostaną przesunięci do rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.

Tabela 69. Podstawowe informacje o produktach rehabilitacji neurologicznej przewlekłej

Produkt rozliczeniowy JGP	Liczba świadczeń	Wartość zrealizowana (zł)	Liczba pacjentów	Koszt leczenia 1 pacjenta
RNPS01 Rehabilitacja neurologiczna przewlekła w szpitalu	9 730	20 179 594	7 289	2768
RNPZ01 Rehabilitacja neurologiczna przewlekła w zakładzie rehabilitacji leczniczej	3	4 530	3	1510
Razem	9 733	20 184 124	7 292	2768

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

W związku z tym, że wycena rehabilitacji ogólnoustrojowej przewlekłej w szpitalu jest identyczny jak koszt rehabilitacji neurologicznej przewlekłej w szpitalu (100 pkt), a koszt rehabilitacji ogólnoustrojowej przewlekłej w zakładzie rehabilitacji leczniczej jest identyczny z kosztem rehabilitacji neurologicznej przewlekłej w zakładzie rehabilitacji leczniczej (70 pkt), wydatki na tych pacjentów, przy założeniu, że średni czas pobytu przesuwanych pacjentów nie ulegnie zmianie.

Zmiana 2

Część pacjentów rozliczanych rozliczani produktami dotyczącymi rehabilitacji neurologicznej zostanie przesuniętych do rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej.

Założono, że pacjenci rozliczani różnymi aktualnie dostępnymi produktami rehabilitacji neurologicznej w różnym odsetku przejdą w przyszłości do rehabilitacji dziennej. Przyjęte założenia i ich skutki według stanu na 2017 rok zostały przedstawione poniżej.

Tabela 70. Zestawienie założeń dotyczących przechodzenia pacjentów do oddziału dziennego

Produkt rozliczeniowy JGP	Współczynnik przejścia do opieki dziennej	Liczba przechodzących pacjentów
RNMS02 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu w szpitalu - Kategoria I	15%	486
RNMZ02 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu w zakładzie rehabilitacji leczniczej - Kategoria I	15%	0
RNOS01 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe w szpitalu - Kategoria I	15%	109
RNOZ01 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe w zakładzie rehabilitacji leczniczej - Kategoria I	15%	0
RNMS04 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu w szpitalu - Kategoria II	50%	567
RNOS02 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe w szpitalu - Kategoria II	50%	224
RNOZ02 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe w zakładzie rehabilitacji leczniczej - Kategoria II	50%	1
RNRS02 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych w szpitalu - Kategoria I	0%	0
RNRS01 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z chorobami współistniejącymi w szpitalu - Kategoria I	0%	0
RNRZ01 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z chorobami współistniejącymi w zakładzie rehabilitacji leczniczej - Kategoria I	0%	0
RNMS01 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi w szpitalu - Kategoria I	0%	0
RNRS03 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z chorobami współistniejącymi w szpitalu - Kategoria II	15%	115
RNRS04 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych w szpitalu - Kategoria II	10%	29
RNMZ03 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi w zakładzie rehabilitacji leczniczej - Kategoria II	15%	0
RNMS03 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi w szpitalu - Kategoria II	15%	719
Razem	X	2 249

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

Łączna wartość (wg. stanu na 2017 r.) świadczeń pacjentów, którzy mieliby zamiast świadczeń z rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej mieć udzielone świadczenia na oddziale dziennym rehabilitacji wynosi 12,64 mln zł. Ci sami pacjenci, gdy skorzystają ze świadczeń rehabilitacyjnych na oddziale dziennym rehabilitacji, gdzie przeciętny koszt rehabilitacji 1 pacjenta wynosił w 2017 r. 1329 zł będą kosztować ok. 2,99 mln zł.

Prognozuje się, że ostateczny efekt finansowy tych zmian da oszczędności 9,65 mln zł

Zmiana 3

Część pacjentów rozliczanych rozliczani produktami dotyczącymi rehabilitacji neurologicznej zostanie przesuniętych do fizjoterapii ambulatoryjnej.

Założono, że pacjenci rozliczani różnymi obecnymi produktami rehabilitacji neurologicznej w różnym odsetku przejdą w przyszłości do fizjoterapii ambulatoryjnej. Przyjęte założenia i ich skutki według stanu na 2017 rok zostały przedstawione poniżej.

Tabela 71. Zestawienie założeń dotyczących przechodzenia pacjentów do fizjoterapii ambulatoryjnej

Produkt rozliczeniowy JGP	Współczynnik przejścia do fizjoterapii ambulatoryjnej	Liczba przechodzących pacjentów
RNMS02 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu w szpitalu - Kategoria I	0%	0

Produkt rozliczeniowy JGP	Współczynnik przejścia do fizjoterapii ambulatoryjnej	Liczba przechodzących pacjentów
RNMZ02 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu w zakładzie rehabilitacji leczniczej - Kategoria I	0%	0
RNOS01 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowej w szpitalu - Kategoria I	0%	0
RNOZ01 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowej w zakładzie rehabilitacji leczniczej - Kategoria I	0%	0
RNMS04 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu w szpitalu - Kategoria II	10%	113
RNOS02 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowej w szpitalu - Kategoria II	10%	45
RNOZ02 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowej w zakładzie rehabilitacji leczniczej - Kategoria II	10%	0
RNRS02 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych w szpitalu - Kategoria I	0%	0
RNRS01 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z chorobami współistniejącymi w szpitalu - Kategoria I	0%	0
RNRZ01 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z chorobami współistniejącymi w zakładzie rehabilitacji leczniczej - Kategoria I	0%	0
RNMS01 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi w szpitalu - Kategoria I	0%	0
RNRS03 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z chorobami współistniejącymi w szpitalu - Kategoria II	0%	0
RNRS04 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych w szpitalu - Kategoria II	0%	0
RNMZ03 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi w zakładzie rehabilitacji leczniczej - Kategoria II	0%	0
RNMS03 Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi w szpitalu - Kategoria II	0%	0
Razem	X	158

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

Łączna wartość (według stanu na 2017 r.) świadczeń pacjentów, którzy zgodnie z założeniami mieliby przejść z rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej do fizjoterapii ambulatoryjnej wynosi 623 tys. zł. Gdy ich stacjonarne świadczenia zastąpimy świadczeniami fizjoterapii ambulatoryjnej to koszt tych nowych świadczeń wyniesie 55,2 tys. zł. W związku z powyższym oszczędności Zmiany nr 3 osiągną wartość 567,9 tys. zł.

Zestawienie zaproponowanych zmian i ich łączny wpływ na budżet

Podsumowując przedstawione powyżej zmiany wynikające z zaproponowanego podejścia do rehabilitacji neurologicznej można stwierdzić, że ich wpływ nie będzie miał istotnego znaczenia dla budżetu NFZ, da on bowiem nadwyżkę w wysokości 10,2 mln zł.

Tabela 72. Zestawienie zmian ujętych w analizie wpływu na budżet

Produkt rozliczeniowy JGP	Wpływ na budżet NFZ w tys. zł	Liczba pacjentów objętych zmianą
Zmiana 1 Pacjenci, którzy obecnie są rozliczani produktami dotyczącymi rehabilitacji neurologicznej przewlekłej zostaną przesunięci do rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.	0	7 292
Zmiana 2 Część pacjentów rozliczanych rozliczani produktami dotyczącymi rehabilitacji neurologicznej zostanie przesuniętych do rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej.	+ 9 648,2	2 249
Zmiana 3 Część pacjentów rozliczanych rozliczani produktami dotyczącymi rehabilitacji neurologicznej zostanie przesuniętych do fizjoterapii ambulatoryjnej.	+ 567,9	158
Razem	+ 10 216,2	9 699

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

Wpływ proponowanych zmian na liczbę pacjentów leczonych na oddziałach rehabilitacji neurologicznej i jego możliwe następstwa

Poza zakres rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej zostanie przesuniętych ok. 9700 pacjentów, co stanowi ok. 31% liczby pacjentów dorosłych. Zakładane zmiany poprzez zwiększenie wymagań, co, do jakości i intensywności rehabilitacji, inny bardziej ciężki profil pacjenta zapewne przełożą się na zwiększenie przychodów oddziałów rehabilitacji ambulatoryjnej, aczkolwiek wpływu tego na chwilę obecną nie sposób wyliczyć.

6. Źródła

Badania pierwotne i wtórne	
Green 2002	Green et. al., Physiotherapy for patients with mobility problems more than 1 year after stroke: a randomised controlled trial, Lancet 2002; 359: 199–203
Langhorne 2018	Langhorne P. et al., Very early versus delayed mobilisation after stroke (Review), 2018, Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 10. Art. No.: CD006187.doi: 10.1002/14651858.CD006187.pub3.
Legg 2017	Legg L.A.; Lewis S.R. et al., 2017. Occupational therapy for adults with problems in activities of daily living after stroke. Cochrane Systematic Review – Intervention; wersja opublikowana: 19.07.2017
Mitchell 2017	Mitchell C. et al., Interventions for dysarthria due to stroke and other adult acquired, non-progressive brain injury (Review), Cochrane Database of Systematic Reviews; 2017
Stewart 2018	Stewart C, et al., Non-pharmacological interventions for the improvement of post-stroke activities of daily living and disability amongst older stroke survivors: A systematic review. PLoS ONE 13(10): 2018
Wang 2018	Wang S.B.et.al., Cognitive behavioral therapy for post-stroke depression: a meta-analysis, 2018, Journal of Affective Disorders, doi: 10.1016/j.jad.2018.04.011
Woldag 2016	Woldag H., et al. Constraint-Induced Aphasia Therapy in the Acute Stage: What Is the Key Factor for Efficacy? A Randomized Controlled Study; Neurorehabilitation and Neural Repair (1–9); 2016
Wytuczne praktyki klinicznej	
AAN 2014	American Academy of Neurology. (2014) Evidence-based guideline summary: Diagnosis and treatment of limb-girdle and distal dystrophies. Pobrano: 03.12.2018 z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206155/pdf/NEUROLOGY2014579961.pdf
AAN 2018	American Academy of Neurology. (2018) Practice guideline update: Disorders of consciousness. Pobrano: 03.12.2018 z: https://www.aan.com/Guidelines/home/GetGuidelineContent/931
AANS 2014	American Association of Neurological Surgeons (2014). Pediatric hydrocephalus: systematic literature review and evidence-based guidelines. Journal of Neurosurgery: Pediatrics, 14(Supplement_1), 1-81.
ABN 2012	Solomon, T., Michael, B. D., Smith, P. E., Sanderson, F., Davies, N. W. S., Hart, I. J., ... & Beeching, N. J. (2012). Management of suspected viral encephalitis in adults—Association of British Neurologists and British Infection Association National Guidelines. Journal of infection, 64(4), 347-373.
AHA/ASA 2012	Connolly Jr, E. S., Rabinstein, A. A., Carhuapoma, J. R., Derdeyn, C. P., Dion, J., Higashida, R. T., ... & Patel, A. B. (2012). Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. Stroke, 43(6), 1711-1737.
AHA/ASA 2015	The American Heart Association and American Stroke Association (2015). Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. Pobrane 23.11.2018 z: https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STR.0000000000000069
AHA/ASA 2016	The American Heart Association and American Stroke Association (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Pobrano: 27.11.2018 z: https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STR.0000000000000098
AHA/ASA 2018	American Heart Association/American Stroke Association (2018). 2018 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Pobrano w dn. 27.11.2018 z: https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/STR.0000000000000158
AOTA 2014	Preissner, K. (2014). Occupational therapy practice guidelines for adults with neurodegenerative diseases. AOTA Press.
AOTA 2015	Sabari, J. S., & Lieberman, D. (2015). Occupational therapy practice guidelines for adults with stroke. AOTA Press.
ASF 2017	Australian Stroke Foundation (2017). Clinical guidelines for stroke management 2017. Pobrano w dn. 27.11.2018 z: https://informme.org.au/Guidelines/Clinical-Guidelines-for-Stroke-Management-2017
ASI 2015	The Alzheimer Society of Ireland, Neuro-Enhancement for Independent Lives (2015). Strategies and techniques for cognitive rehabilitation. Pobrane w dn. 29.11.2018 z: https://www.alzheimer.ie/Alzheimer/media/SiteMedia/Services/Cognitive-Rehabilitation-Manual.pdf
BCMA 2015	Guidelines and Protocols Advisory Committee. (2015). Stroke and Transient Ischemic Attack - Acute and Long-Term Management. British Columbia Medical Advisory Board. Pobrano w dn. 27.11.2018 z https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/stroke-tia

Britton 2015	Britton, P. N., Eastwood, K., Paterson, B., Durrheim, D. N., Dale, R. C., Cheng, A. C., ... & Leman, P. (2015). Consensus guidelines for the investigation and management of encephalitis in adults and children in Australia and New Zealand. <i>Internal medicine journal</i> , 45(5), 563-576.
BSRM 2003	British Society of Rehabilitation Medicine. Royal College of Physicians. (2003) Rehabilitation following acquired brain injury. National clinical guidelines. Pobrano: 23.11.2018 z: https://www.headway.org.uk/media/3320/bsrm-rehabilitation-following-acquired-brain-injury.pdf
CBP 2013	Houghton P., Campbell K. (2013). Canadian Best Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pressure Ulcers in People with Spinal Cord Injury. Pobrano 23.11.2018 z http://onf.org/system/attachments/168/original/Pressure_Ulcers_Best_Practice_Guideline_Final_web4.pdf
CCA 2009	Strangman, D. (2009). Clinical Practice Guidelines for the management of adult gliomas: astrocytomas and oligodendrogliomas. Cancer Council Australia/Australian Cancer Network/Clinical Oncological Society of Australia. Pobrano 04.12.18 z https://www.cancer.org.au/content/pdf/HealthProfessionals-ClinicalGuidelines/Clinical_Practice_Guidelines-Adult_Gliomas-AUG09.pdf
CDC 2015	Workowski, K. A., & Bolan, G. A. (2015). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. <i>MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports</i> , 64(RR-03), 1.
CDLE 2013	Colorado Department of Labor and Employment. (2013) Traumatic Brain Injury. Medical Treatment Guidelines. Pobrano: 23.11.2018 z: https://www.colorado.gov/pacific/sites/default/files/Rule_17_Exhibit_10_Traumatic_Brain_Injury.pdf
CMA 2017	Neuroimmunology Group of Neurology Branch of Chinese Medical Association, Neuroimmunology Committee of Chinese Society for Immunology, Immunology Society of Chinese Stroke Association. (2017). Chinese Guidelines for the Diagnosis and Management of Tumefactive Demyelinating Lesions of Central Nervous System. <i>Chin Med J</i> 2017;130:1838-50.
CSBPR 2015	Casaubon, L. K., Boulanger, J. M., Blacquièrè, D., Boucher, S., Brown, K., Goddard, T., ... & Lavoie, P. (2015). Canadian stroke best practice recommendations: hyperacute stroke care guidelines, update 2015. <i>International journal of stroke</i> , 10(6), 924-940.
CSCMCPD 2008	Consortium for Spinal Cord Medicine Clinical Practice Guidelines. (2008). Early Acute Management in Adults with Spinal Cord Injury: A Clinical Practice Guideline for Health-Care Professionals. Paralyzed Veterans of America: Washington, DC. Pobrano 28.11.2018 z http://www.learnicu.org/docs/guidelines/cscmacutemanagementspinal.pdf
EC 2017	Epilepsy Council. (2017). Consensus guidelines on the management of epilepsy 2017. <i>Malaysia Soc Neurosci</i> 2017
EHDN 2013	European Huntington's Disease Network. (2013) Huntington's disease. Physiotherapy Clinical Guidelines. Pobrano: 28.11.2018 z: http://www.ehdn.org/wp-content/uploads/2016/08/English_version.pdf
EMSP 2012	European Multiple Sclerosis Platform. (2012) Recommendations on Rehabilitation Services for Persons with Multiple Sclerosis in Europe. Pobrano: 28.11.2018 z: https://www.eurims.org/files/202/Guidelines-and-Recommendations/256/Recommendations-on-MS-Rehabilitation-RIMS-EMSP-2012.pdf
ENFS 2010a	Hort, J. O. B. J., O'Brien, J. T., Gainotti, G., Pirttila, T., Popescu, B. O., Rektorova, I., ... & EFNS Scientist Panel on Dementia. (2010). EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. <i>European Journal of Neurology</i> , 17(10), 1236-1248.
ENFS 2010b	Sellner, J., Boggild, M., Clanet, M., Hintzen, R. Q., Illes, Z., Montalban, X., ... & Hemmer, B. (2010). EFNS guidelines on diagnosis and management of neuromyelitis optica. <i>European journal of neurology</i> , 17(8), 1019-1032.
ENFS 2012	European Federation of Neurological Societies (2012). EFNS guidelines on the Clinical Management of Amyotrophic Lateral Sclerosis (MALS) – revised report of an EFNS task force. <i>European journal of neurology</i> , 19(3), 360-375.
ESCMID 2016	Van de Beek, D., Cabellos, C., Džupova, O., Esposito, S., Klein, M., Kloek, A. T., ... & Pfister, H. W. (2016). ESCMID guideline: diagnosis and treatment of acute bacterial meningitis. <i>Clinical microbiology and infection</i> , 22, S37-S62.
EULAR 2008	Hatemi, G., Silman, A., Bang, D., Bodaghi, B., Chamberlain, A. M., Gul, A., ... & Sfikakis, P. P. (2008). EULAR recommendations for the management of Behçet disease. <i>Annals of the rheumatic diseases</i> , 67(12), 1656-1662.
Fehlings 2017	Fehlings, M. G., Tetreault, L. A., Wilson, J. R., Kwon, B. K., Burns, A. S., Martin, A. R., ... & Harrop, J. S. (2017). A clinical practice guideline for the management of acute spinal cord injury: introduction, rationale, and scope. <i>Global Spine Journal</i> 2017, Vol. 7(3S) 84S-94S
GuiaSalud 2014	Working group of the Clinical Practice Guideline for the Management of Patients with Parkinson's Disease (2014). Clinical Practice Guideline for the Management of Patients with Parkinson's Disease. Ministry of Health, Social services, and Equality. Institute of Health Sciences of Aragon. Pobrane w 28.11.2018 z: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_546_Parkinson_IACS_comp_en.pdf

IDSA 2008	Tunkel, A. R., Glaser, C. A., Bloch, K. C., Sejvar, J. J., Marra, C. M., Roos, K. L., ... & Whitley, R. J. (2008). The management of encephalitis: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. <i>Clinical Infectious Diseases</i> , 47(3), 303-327.
Kalra 2014	Kalra, S., Silman, A., Akman-Demir, G., Bohlega, S., Borhani-Haghighi, A., Constantinescu, C. S., ... & Siva, A. (2014). Diagnosis and management of Neuro-Behçet's disease: international consensus recommendations. <i>Journal of neurology</i> , 261(9), 1662-1676.
Khan 2003	Khan F., Baguley I. J., Cameron I. D. (2003) Rehabilitation after traumatic brain injury. Pobrano: 23.11.2018 z: https://www.mja.com.au/system/files/issues/178_06_170303/kha11095_fm.pdf
Kingston 2016	Kingston, M., French, P., Higgins, S., McQuillan, O., Sukthankar, A., Stott, C., ... & Syphilis guidelines revision group 2015. (2016). UK national guidelines on the management of syphilis 2015. <i>International journal of STD & AIDS</i> , 27(6), 421-446.
LCA 2014	London Cancer Alliance (2014). LCA Brain/CNS Cancer Clinical Guidelines. Pobrano 27.11.18 z http://www.londoncanceralliance.nhs.uk/media/74514/LCA_BCNS_Guidelines_FINAL.pdf
Marshall 2012	Marshall S., Mark Bayley M., McCullagh S., Velikonja D., Berrigan L. (2012) Clinical practice guidelines for mild traumatic brain injury and persistent symptoms. Pobrano: 23.11.2018 z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3303645/
MASCIP 2017	Multidisciplinary Association for Spine Cord Injury Professionals. (2017). Vocational Rehabilitation Guidelines 2017. Pobrano 23.11.2018 z https://www.mascip.co.uk/wp-content/uploads/2018/03/Mascip-vocational-rehab-guidelines-NOV-2017.pdf
McGill 2016	McGill, F., Heyderman, R. S., Michael, B. D., Defres, S., Beeching, N. J., Borrow, R., ... & Nadel, S. (2016). The UK joint specialist societies guideline on the diagnosis and management of acute meningitis and meningococcal sepsis in immunocompetent adults. <i>Journal of Infection</i> , 72(4), 405-438.
Meena 2011	Meena, A. K., Khadilkar, S. V., & Murthy, J. M. K. (2011). Treatment guidelines for Guillain–Barré syndrome. <i>Annals of Indian Academy of Neurology</i> , 14(Suppl1), S73.
Mercuri 2018	Mercuri, E., Finkel, R. S., Muntoni, F., Wirth, B., Montes, J., Main, M., ... & Bertini, E. (2018). Diagnosis and management of spinal muscular atrophy: Part 1: Recommendations for diagnosis, rehabilitation, orthopedic and nutritional care. <i>Neuromuscular Disorders</i> , 28(2), 103-115.
Mori 2012	Mori, E., Ishikawa, M., Kato, T., Kazui, H., Miyake, H., Miyajima, M., ... & Ishii, K. (2012). Guidelines for management of idiopathic normal pressure hydrocephalus. <i>Neurologia medico-chirurgica</i> , 52(11), 775-809.
NEMOS 2014	Trebst, C., Jarius, S., Berthele, A., Paul, F., Schippling, S., Wildemann, B., ... & Neuromyelitis Optica Study Group. (2014). Update on the diagnosis and treatment of neuromyelitis optica: recommendations of the Neuromyelitis Optica Study Group (NEMOS). <i>Journal of neurology</i> , 261(1), 1-16.
NHS 2016	National Health Service, Brain and CNS Network Site Specific Group (2016). Cancer Clinical Guidelines. Pobrano 04.12.18 z http://www.necn.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/10/Brain-and-CNS-Clinical-Guidelines-v1.1-June-2014.pdf
NICE 2009	National Institute for Health and Care Excellence (2009). Rehabilitation after critical illness in adults. Pobrano: 06.12.2018 z: https://www.nice.org.uk/guidance/cg83/
NICE 2013	National Institute for Health and Care Excellence (2013). Stroke rehabilitation in adults. Pobrano: 26.11.2018 z: https://www.nice.org.uk/guidance/cg162
NICE 2014b	National Institute for Health and Care Excellence. (2014) Multiple sclerosis in adults: management. Pobrano: 04.12.2018 z: http://www.seqc.es/download/gpc/34/3709/750056733/182848/cms/multiple-sclerosis-in-adults-management.pdf/
NICE 2017	National Institute for Health and Care Excellence (2017). Parkinson's disease in adults. Pobrano: 04.12.2018 z: https://www.nice.org.uk/guidance/ng71
NICE 2018a	National Institute for Health and Care Excellence (2018). Brain tumours (primary) and brain metastases in adults. Pobrano: 04.12.2018 z: https://www.nice.org.uk/guidance/ng99
NICE 2018b	National Institute for Health and Care Excellence (2018). Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. Pobrano: 04.12.2018 z: https://www.nice.org.uk/guidance/ng97
NPF 2011	National Parkinson Foundation (2011). Guidelines for Occupational Therapy in Parkinson's Disease Rehabilitation. Pobrano w dniu 29.11.2018 z: http://www.parkinsonnet.info/media/14820095/dutch_ot_guidelines_final-npf__3_.pdf
NSF 2010	National Stroke Foundation. (2010). Clinical Guidelines for Stroke and TIA Management. Pobrano: 30.11.2018 z https://library.racgp.org.au/amlibweb/images/NSF_Clinical_Guidelines_for_Stroke_TIA_Management.pdf
NZGG 2007	New Zealand Guidelines Group. (2007). Traumatic brain injury: Diagnosis, acute management and rehabilitation. ACC.

ONF 2016c	Ontario Neurotrauma Foundation. Institut national d'excellence en sante et en services sociaux. Quebec (2016) Clinical practice guideline for the rehabilitation of adults with moderate to severe TBI. Section: Assessment and Rehabilitation of Brain Injury Sequelae. Pobrano: 23.11.2018 z: https://braininjuryguidelines.org/modtosevere/fileadmin/Guidelines_components/Rec/Section_2_REC_compl_ete_ENG_final.pdf
Orsini 2010	Orsini, M., de Freitas, M. R. G., Presto, B., Mello, M. P., Reis, C. H. M., Silveira, V., ... & Sohler, M. P. (2010). Guideline for neuromuscular rehabilitation in Guillain-Barré syndrome: what can we do. Study performed at Neuromuscular Disease Outpatient Di-vision–Federal Fluminense University–UFF. Antônio Pedro University Hospital–HUAP–Niterói-RJ, Brazil, 2
RCP 2016	Bowen, A., James, M., & Young, G. (2016). Royal College of Physicians 2016 National clinical guideline for stroke. RCP.
SIGN 2010	Smith, L. (2010). Management of Patients With Stroke: Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning: a National Clinical Guideline. Series: SIGN publication, 118. SIGN.
SIGN 2013	Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2013) Brain injury rehabilitation in adults. A national clinical guideline. Pobrano: 23.11.2018 z: https://www.sign.ac.uk/assets/sign130.pdf
Vivancos 2014	Vivancos, J., Gilo, F., Frutos, R., Maestre, J., García-Pastor, A., Quintana, F., ... & de Leciñana, M. A. (2014). Clinical management guidelines for subarachnoid haemorrhage. Diagnosis and treatment. <i>Neurología (English Edition)</i> , 29(6), 353-370.
WHO 2003	World Health Organization. (2003). Guidelines for the management of sexually transmitted infections.
WHO 2016	World Health Organization. (2016). WHO guidelines for the treatment of <i>Treponema pallidum</i> (syphilis).
Standardy opieki	
BSRM 2009	Turner-Stokes, L., & Ward, C. (2009). BSRM standards for rehabilitation services, mapped on to the national service framework for long-term conditions. <i>London: British Society of Rehabilitation Medicine.</i>
ENMC 2017	Finkel, R. S., Sejersen, T., Mercuri, E., Bertini, E., Chen, K., Crawford, T. O., ... & Iannaccone, S. (2017). 218th ENMC International Workshop: Revisiting the consensus on standards of care in SMA Naarden, The Netherlands, 19–21 February 2016. <i>Neuromuscular Disorders</i> , 27(6), 596-605.
Inne publikacje	
Kern 2013	Kern R., Nagayama M., Toyoda K., Steiner T., Hennerici M. G., Shinohara Y. (2013) Comparison of the European and Japanese Guidelines for the Management of Ischemic Stroke. Pobrano: 03.12.2018 z: https://www.researchgate.net/publication/236948555_Comparison_of_the_European_and_Japanese_Guidelines_for_the_Management_of_Ischemic_Stroke
Rokutanda 2015	Rokutanda, R., Kishimoto, M., & Okada, M. (2015). Update on the diagnosis and management of Behçet's disease. <i>Open access rheumatology: research and reviews</i> , 7, 1.
Steiner 2010	Steiner, I., Budka, H., Chaudhuri, A., Koskiniemi, M., Sainio, K., Salonen, O., & Kennedy, P. E. (2010). Viral meningoencephalitis: a review of diagnostic methods and guidelines for management. <i>European journal of neurology</i> , 17(8), 999-e57.
Dokumenty nieuwzględnione w zestawieniu	
AAN 2018	Rae-Grant, A., Day, G. S., Marrie, R. A., Rabinstein, A., Cree, B. A., Gronseth, G. S., ... & Lisak, R. (2018). Practice guideline recommendations summary: disease-modifying therapies for adults with multiple sclerosis: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. <i>Neurology</i> , 90(17), 777-788.
BSRM 2008	Gall A, Turner-Stokes L. (2008). Guideline Development Group Chronic spinal cord injury: management of patients in acute hospital setting. <i>Clin Med</i> , 8(1):70–4
Canavan 2016	Canavan, P. K. (2016). Evidence Based Therapeutic Exercise Recommendations for Patients with Multiple Sclerosis: A Physical Therapy Approach. <i>J Gerontol Geriatr Res</i> , 5(271), 2.
CanPain 2016	Guy, S. D., Mehta, S., Casalino, A., Côté, I., Kras-Dupuis, A., Moulin, D. E., ... & Bradbury, C. L. (2016). <i>The CanPain SCI clinical practice guidelines for rehabilitation management of neuropathic pain after spinal cord: recommendations for treatment. Spinal Cord</i> , 54(S1), S14.
Carney 2017	Carney, N., Totten, A. M., O'reilly, C., Ullman, J. S., Hawryluk, G. W., Bell, M. J., ... & Rubiano, A. M. (2017). Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. <i>Neurosurgery</i> , 80(1), 6-15.
ESMO 2014	Stupp, R., Brada, M., Van Den Bent, M. J., Tonn, J. C., & Pentheroudakis, G. E. S. M. O. (2014). High-grade glioma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. <i>Annals of oncology</i> , 25(suppl_3), iii93-iii101.
Hara 2015	Hara, Y. (2015). Brain plasticity and rehabilitation in stroke patients. <i>Journal of Nippon Medical School</i> , 82(1), 4-13.
HDSA 2011	Nance, M., Paulsen, J. S., Rosenblatt, A., & Wheelock, V. (2011). A Physician's Guide to the Management of Huntington's Disease. <i>Huntington's Disease Society of America.</i>

IDSA 2017	Tunkel, A. R., Hasbun, R., Bhimraj, A., Byers, K., Kaplan, S. L., Scheld, W. M., ... & Zunt, J. R. (2017). 2017 Infectious Diseases Society of America's clinical practice guidelines for healthcare-associated ventriculitis and meningitis. <i>Clinical Infectious Diseases</i> , 64(6), e34-e65
NICE 2014a	National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Head injury: assessment and early management. Pobrano: 23.11.2018 z: https://www.nice.org.uk/guidance/cg176
NICE 2016a	National Institute for Health and Care Excellence (2016). Spinal injury: assessment and initial management. Pobrano dn. 26.11.2018 z https://www.nice.org.uk/guidance/ng41
ONF 2016a	Ontario Neurotrauma Foundation. Institut national d'excellence en sante et en services sociaux. Quebec (2016) Clinical practice guideline for the rehabilitation of adults with moderate to severe TBI. Fundamental and Priority Recommendations. Pobrano: 23.11.2018 z: https://braininjuryguidelines.org/modtosevere/fileadmin/Guidelines_components/Rec/Fundamental_and_priority_REC__ANG_final.pdf
ONF 2016b	Ontario Neurotrauma Foundation. Institut national d'excellence en sante et en services sociaux. Quebec (2016) Clinical practice guideline for the rehabilitation of adults with moderate to severe TBI. Section 1: Components of the Optimal TBI Rehabilitation System. Pobrano: 23.11.2018 z: https://braininjuryguidelines.org/modtosevere/fileadmin/Guidelines_components/Rec/Section_1_REC_complete_ENG_final.pdf
Parreiras 2015	Parreiras de Menezes, K. K. (2015). Physical Therapy Rehabilitation after Traumatic Brain Injury. <i>J Neurol Neurophysiol</i> , 6(311), 2.

7. Dodatkowe informacje dotyczące strategii wyszukiwania publikacji

7.1. Profil interwencji psychologicznych

7.1.1. Strategie wyszukiwania publikacji

Tabela 73 Strategia wyszukiwania w bazie Medline via PubMed (data ostatniego wyszukiwania: 10.01.2019 r.)

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
8	Search ((((((("Neurological Rehabilitation"[Mesh]) OR ((Neurorehabilitation*[Title/Abstract]) OR (((("Rehabilitation"[Mesh]) OR Rehabilitation*[Title/Abstract])) AND Neurologic*[Title/Abstract]))) AND (((("Psychology"[Mesh]) OR "Psychotherapy"[Mesh]) OR psycholog*[Title/Abstract]) OR psychotherap*[Title/Abstract]) Filters: Publication date from 2017/01/01 to 2019/01/10	305
7	Search ((((((("Neurological Rehabilitation"[Mesh]) OR ((Neurorehabilitation*[Title/Abstract]) OR (((("Rehabilitation"[Mesh]) OR Rehabilitation*[Title/Abstract])) AND Neurologic*[Title/Abstract]))) AND (((("Psychology"[Mesh]) OR "Psychotherapy"[Mesh]) OR psycholog*[Title/Abstract]) OR psychotherap*[Title/Abstract])	1965
6	Search (((("Psychology"[Mesh]) OR "Psychotherapy"[Mesh]) OR psycholog*[Title/Abstract]) OR psychotherap*[Title/Abstract]	467528
5	Search psychotherap*[Title/Abstract]	43586
4	Search psycholog*[Title/Abstract]	258648
3	Search "Psychotherapy"[Mesh]	183825
2	Search "Psychology"[Mesh]	64732
1	Search (((("Neurological Rehabilitation"[Mesh]) OR ((Neurorehabilitation*[Title/Abstract]) OR (((("Rehabilitation"[Mesh]) OR Rehabilitation*[Title/Abstract])) AND Neurologic*[Title/Abstract])))	23063

Tabela 74 Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid (data ostatniego wyszukiwania: 10.01.2019 r.)

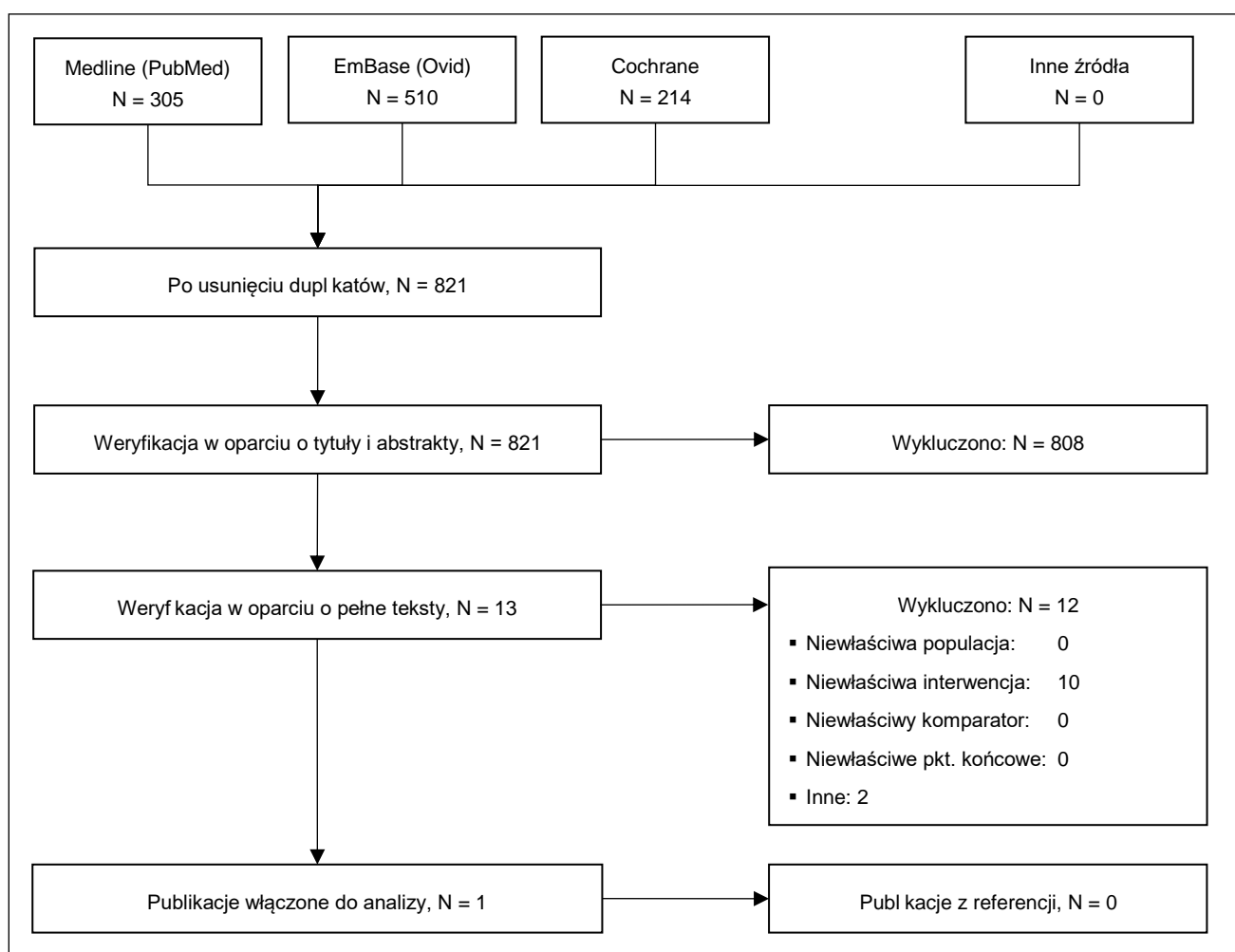
Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
1	"neurologic*".ab,kw,ti.	327690
2	"rehabilitation*".ab,kw,ti.	174859
3	exp rehabilitation/	313370
4	2 or 3	404620
5	1 and 4	16551
6	"neurorehabilitation*".ab,kw,ti.	4367
7	exp neurorehabilitation/	4822
8	5 or 6 or 7	23422
9	exp psychology/	237077
10	exp psychotherapy/	171114
11	"psycholog*".ab,kw,ti.	285561
12	"psychotherap*".ab,kw,ti.	40453
13	9 or 10 or 11 or 12	614553
14	8 and 13	2773
15	limit 14 to conference abstract status	630
16	14 not 15	2143
17	limit 16 to yr="2017 -Current"	510

Tabela 75 Strategia wyszukiwania w bazie The Cochrane Library (data ostatniego wyszukiwania 10.01.2019 r.):

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
1	(neurologic*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	16377
2	(rehabilitation*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	36329
3	MeSH descriptor: [Rehabilitation] explode all trees	30914

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
4	(neurorehabilitation*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	593
5	MeSH descriptor: [Neurological Rehabilitation] explode all trees	2093
6	#2 or #3	56792
7	#6 and #1	2059
8	#7 or #4 or #5	4210
9	MeSH descriptor: [Psychology] explode all trees	996
10	MeSH descriptor: [Psychotherapy] explode all trees	20983
11	(psycholog*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	79874
12	(psychotherap*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	10055
13	#9 or #10 or #11 or #12	88797
14	#8 and #13 with Cochrane L brary publication date Between Jan 2017 and Jan 2019	214

7.1.2. Diagram selekcji badań



7.1.3. Publikacje wykluczone

Tabela 76 Wykluczone badania.

Publikacja	Powód wykluczenia	Komentarz
Baker 2017	Inne	Brak wyników badań dotyczących rehabilitacji neurologicznej w kontekście procedur psychologicznych.
Barbarulo 2018	Interwencja	W publikacji brak oceny roli psychologa w rehabilitacji neurologicznej.

Publikacja	Powód wykluczenia	Komentarz
Brands 2017	Interwencja	W publikacji brak oceny roli psychologa w rehabilitacji neurologicznej.
Campbell 2016	Interwencja	W publikacji brak oceny roli psychologa w rehabilitacji neurologicznej.
Cooper 2017	Komparator	W publikacji brak oceny roli psychologa w rehabilitacji neurologicznej.
Faniciullacci 2017	Interwencja	W publikacji brak oceny roli psychologa w rehabilitacji neurologicznej.
Holleman 2016	Inne	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Lai 2018	Interwencja	W publikacji brak oceny roli psychologa w rehabilitacji neurologicznej.
Menant 2018	Interwencja	W publikacji brak oceny roli psychologa w rehabilitacji neurologicznej.
Okukolade 2017	Interwencja	W publikacji brak oceny roli psychologa w rehabilitacji neurologicznej.
Pagulayan 2017	Interwencja	W publikacji brak oceny roli psychologa w rehabilitacji neurologicznej.
Wichowicz 2017	Interwencja	W publikacji brak oceny roli psychologa w rehabilitacji neurologicznej.

7.2. Profil interwencji dietetycznych

7.2.1. Strategie wyszukiwania publikacji

Tabela 77. Strategia wyszukiwania w bazie Medline via PubMed (data ostatniego wyszukiwania: 9.01.2019 r.)

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
15	Search (((("Neurological Rehabilitation"[Mesh]) OR ((Neurorehabilitation*[Title/Abstract]) OR (((("Rehabilitation"[Mesh]) OR Rehabilitation*[Title/Abstract])) AND Neurologic*[Title/Abstract]))) AND (((((((("Dietetics"[Mesh]) OR dietician*[Title/Abstract]) OR dietitia*[Title/Abstract]) OR dieteti*[Title/Abstract]) OR "Nutritionists"[Mesh]) OR "Nutrition Therapy"[Mesh]) OR Nutrition*[Title/Abstract]) OR "Diet Therapy"[Mesh]) OR Diet[Title/Abstract]) OR Diets[Title/Abstract]) OR Dietary[Title/Abstract]) Filters: Publication date from 2014/01/01 to 2018/12/31	123
14	Search (((("Neurological Rehabilitation"[Mesh]) OR ((Neurorehabilitation*[Title/Abstract]) OR (((("Rehabilitation"[Mesh]) OR Rehabilitation*[Title/Abstract])) AND Neurologic*[Title/Abstract]))) AND (((((((("Dietetics"[Mesh]) OR dietician*[Title/Abstract]) OR dietitia*[Title/Abstract]) OR dieteti*[Title/Abstract]) OR "Nutritionists"[Mesh]) OR "Nutrition Therapy"[Mesh]) OR Nutrition*[Title/Abstract]) OR "Diet Therapy"[Mesh]) OR Diet[Title/Abstract]) OR Diets[Title/Abstract]) OR Dietary[Title/Abstract])	368
13	Search ("Neurological Rehabilitation"[Mesh]) OR ((Neurorehabilitation*[Title/Abstract]) OR (((("Rehabilitation"[Mesh]) OR Rehabilitation*[Title/Abstract])) AND Neurologic*[Title/Abstract]))	23059
12	Search (((((((("Dietetics"[Mesh]) OR dietician*[Title/Abstract]) OR dietitia*[Title/Abstract]) OR dieteti*[Title/Abstract]) OR "Nutritionists"[Mesh]) OR "Nutrition Therapy"[Mesh]) OR Nutrition*[Title/Abstract]) OR "Diet Therapy"[Mesh]) OR Diet[Title/Abstract]) OR Diets[Title/Abstract]) OR Dietary[Title/Abstract]	694693
11	Search Dietary[Title/Abstract]	229334
10	Search Diets[Title/Abstract]	87702
9	Search Diet[Title/Abstract]	299447
8	Search "Diet Therapy"[Mesh]	50708
7	Search Nutrition*[Title/Abstract]	260417
6	Search "Nutrition Therapy"[Mesh]	94934
5	Search "Nutritionists"[Mesh]	920
4	Search dieteti*[Title/Abstract]	8660
3	Search dietitia*[Title/Abstract]	5552
2	Search dietician*[Title/Abstract]	1632
1	Search "Dietetics"[Mesh]	7477

Tabela 78. Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid (data ostatniego wyszukiwania: 9.01.2019 r.)

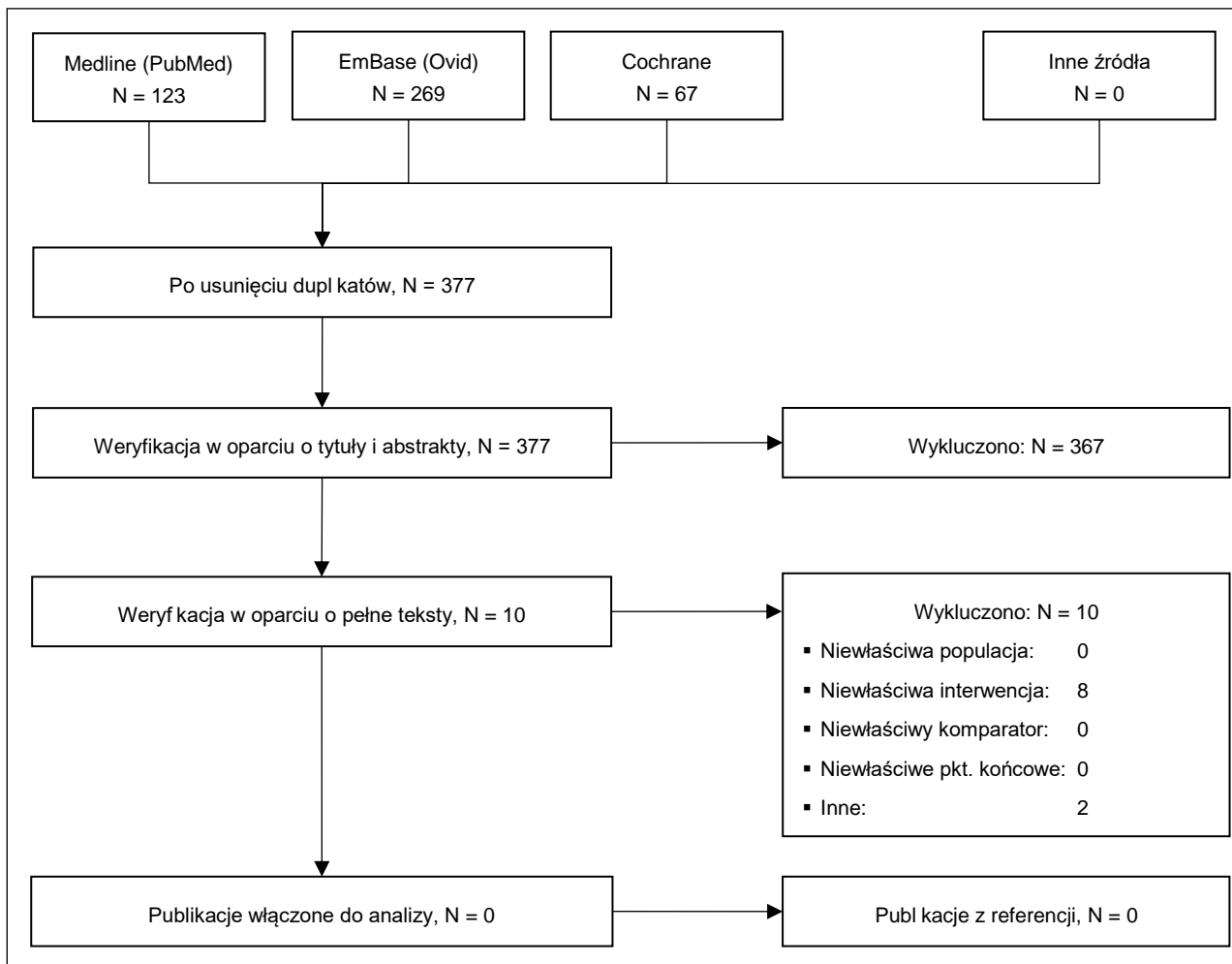
Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
1	exp dietetics/	3698
2	"dietician*".ab,kw,ti.	3521
3	"dietitia*".ab,kw,ti.	7092
4	"dietitia*".ab,kw,ti.	8188
5	exp dietitian/	9269
6	exp nutrition/	1614292
7	"nutrition*".ab,kw,ti.	273481
8	exp diet therapy/	285254
9	diet.ab,kw,ti.	311439
10	diets.ab,kw,ti.	71830
11	dietary.ab,kw,ti.	227146
12	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11	1835775
13	exp neurorehabilitation/	4822
14	"neurorehabilitation*".ab,kw,ti.	4367
15	exp rehabilitation/	313370
16	"rehabilitation*".ab,kw,ti.	174859
17	"neurologic*".ab,kw,ti.	327690
18	15 or 16	404620
19	17 and 18	16551
20	14 or 19	20209
21	13 or 20	23422
22	12 and 21	1015
23	limit 22 to (conference abstracts and conference abstract status)	387
24	22 not 23	628
25	limit 24 to yr="2014 -Current"	269

Tabela 79. Strategia wyszukiwania w bazie The Cochrane Library (data ostatniego wyszukiwania: 9.01.2019 r.)

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
1	MeSH descriptor: [Dietetics] explode all trees	91
2	(dietician*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	419
3	(dietician*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	1216
4	(dieteti*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	772
5	MeSH descriptor: [Nutritionists] explode all trees	30
6	MeSH descriptor: [Nutrition Therapy] explode all trees	8481
7	(nutrition*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	28383
8	MeSH descriptor: [Diet Therapy] explode all trees	5263
9	(diet):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	47284
10	(diets):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	47244
11	(dietary):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	39312
12	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	80784
13	MeSH descriptor: [Neurological Rehabilitation] explode all trees	2093
14	(neurorehabilitation*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	593
15	MeSH descriptor: [Rehabilitation] explode all trees	30914
16	(rehabilitation*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	36329
17	(neurologic*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	16377
18	#15 or #16	56792

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
19	#18 and #17	2059
20	#13 or #14 or #19	4210
21	#12 and #20	67

7.2.2. Diagram selekcji badań



7.2.3. Publikacje wykluczone

Tabela 80. Wykluczone badania.

Publikacja	Powód wykluczenia	Komentarz
Aadal 2015	Interwencja	W publikacji brak oceny roli diety w rehabilitacji neurologicznej.
Ballesteros 2017	Inne	Publikacja w języku hiszpańskim.
Lieber 2018	Interwencja	W publikacji brak oceny roli diety w rehabilitacji neurologicznej.
Lopez 2017	Inne	Publikacja w języku hiszpańskim.
Maruyama 2018	Interwencja	W publikacji brak oceny roli diety w rehabilitacji neurologicznej
Nishioka 2017	Interwencja	W publikacji brak oceny roli diety w rehabilitacji neurologicznej
Nishioka 2016	Interwencja	W publikacji brak oceny roli diety w rehabilitacji neurologicznej
Orel 2017	Interwencja	W publikacji brak oceny roli diety w rehabilitacji neurologicznej
Schmidt 2018	Interwencja	W publikacji brak oceny roli diety w rehabilitacji neurologicznej

Publikacja	Powód wykluczenia	Komentarz
Yarar 2018	Interwencja	W publikacji brak oceny roli diety w rehabilitacji neurologicznej

7.3. Profil interwencji terapii zajęciowej

7.3.1. Strategie wyszukiwania publikacji

Tabela 81 Strategia wyszukiwania w bazie Medline via PubMed (data ostatniego wyszukiwania: 11.01.2019).

Nr	Kwerenda	Wyniki
#16	Search (((("Occupational Therapy"[Mesh]) OR ((therap*[Title/Abstract]) AND Occupation*[Title/Abstract]))) AND ((("Neurological Rehabilitation"[Mesh]) OR ((Neurorehabilitation*[Title/Abstract]) OR (((("Rehabilitation"[Mesh]) OR Rehabilitation*[Title/Abstract])) AND Neurologic*[Title/Abstract]))) Filters: published in the last 2 years	158
#15	Search (((("Occupational Therapy"[Mesh]) OR ((therap*[Title/Abstract]) AND Occupation*[Title/Abstract]))) AND ((("Neurological Rehabilitation"[Mesh]) OR ((Neurorehabilitation*[Title/Abstract]) OR (((("Rehabilitation"[Mesh]) OR Rehabilitation*[Title/Abstract])) AND Neurologic*[Title/Abstract])))	1130
#14	Search ("Occupational Therapy"[Mesh]) OR ((therap*[Title/Abstract]) AND Occupation*[Title/Abstract])	24237
#13	Search (therap*[Title/Abstract]) AND Occupation*[Title/Abstract]	19609
#12	Search therap*[Title/Abstract]	2659351
#11	Search Occupation*[Title/Abstract]	153212
#10	Search "Occupational Therapy"[Mesh]	12433
#9	Search (("Neurological Rehabilitation"[Mesh]) OR ((Neurorehabilitation*[Title/Abstract]) OR (((("Rehabilitation"[Mesh]) OR Rehabilitation*[Title/Abstract])) AND Neurologic*[Title/Abstract]))	23063
#8	Search (Neurorehabilitation*[Title/Abstract]) OR (((("Rehabilitation"[Mesh]) OR Rehabilitation*[Title/Abstract])) AND Neurologic*[Title/Abstract])	12704
#7	Search Neurorehabilitation*[Title/Abstract]	2522
#6	Search (((("Rehabilitation"[Mesh]) OR Rehabilitation*[Title/Abstract])) AND Neurologic*[Title/Abstract])	10571
#5	Search ("Rehabilitation"[Mesh]) OR Rehabilitation*[Title/Abstract]	383484
#4	Search "Rehabilitation"[Mesh]	281506
#3	Search Rehabilitation*[Title/Abstract]	149612
#2	Search Neurologic*[Title/Abstract]	273958
#1	Search "Neurological Rehabilitation"[Mesh]	11904

Tabela 82 Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid (data ostatniego wyszukiwania: 09.01.2019).

Nr	Kwerenda	Wyniki
1	exp neurorehabilitation/	4822
2	"neurorehabilitation*".ab,kw,ti.	4367
3	"neuro-rehabilitation*".ab,kw,ti.	612
4	exp rehabilitation/	313370
5	"rehabilitation*".ab,kw,ti.	174859
6	4 or 5	404620
7	"Neurologic*".ab,kw,ti.	327690
8	6 and 7	16551
9	2 or 3 or 8	20617
10	1 or 9	23740
11	exp occupational therapy/	15437

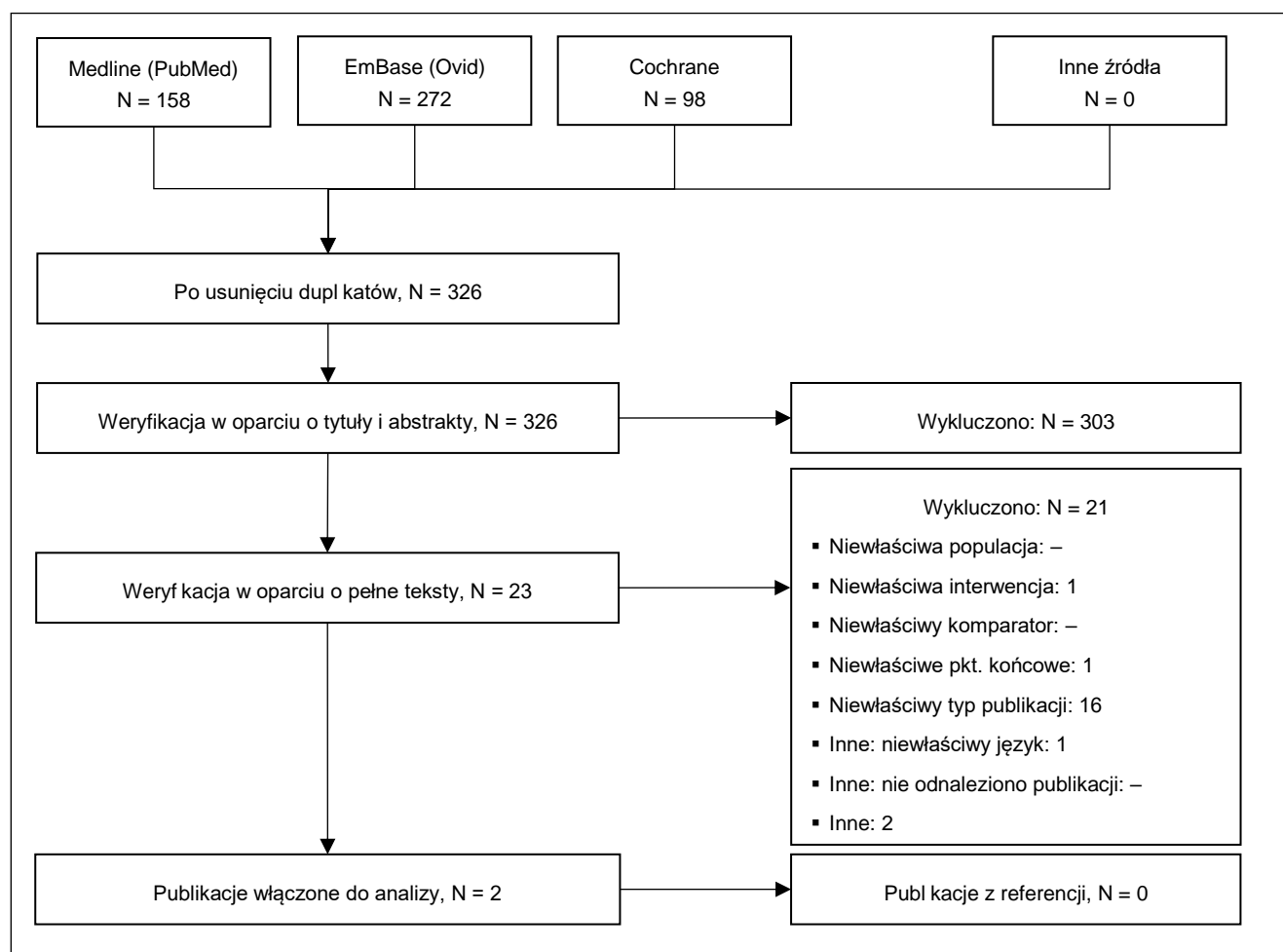
Nr	Kwerenda	Wyniki
12	"ergotherap*".ab,kw,ti.	311
13	"Occupation*".ab,kw,ti.	137912
14	exp therapy/	5971770
15	"therap*".ab,kw,ti.	3071811
16	14 or 15	7158109
17	13 and 16	42716
18	12 or 17	42946
19	11 or 18	48354
20	10 and 19	1561
21	limit 20 to conference abstract status	493
22	20 not 21	1068
23	limit 22 to last 2 years	272

Tabela 83 Strategia wyszukiwania w bazie The Cochrane Library (data ostatniego wyszukiwania: 11.01.2019).

Nr	Kwerenda	Wyniki
#1	MeSH descriptor: [Neurological Rehabilitation] explode all trees	2093
#2	(neurologic*):ti,ab,kw	16377
#3	(rehabilitation*):ti,ab,kw	36329
#4	MeSH descriptor: [Rehabilitation] in all MeSH products	30914
#5	#3 or #4	56792
#6	#2 and #5	2059
#7	(neurorehabilitation*):ti,ab,kw	593
#8	(neuro-rehabilitation):ti,ab,kw	55
#9	#7 or #8	597
#10	#9 or #6	2557
#11	#10 or #1	4213
#12	MeSH descriptor: [Occupational Therapy] explode all trees	679
#13	(Occupational*):ti,ab,kw	6758
#14	(therap*):ti,ab,kw	573852
#15	#13 and #14	3632
#16	#15 and #11	285
#17	#15 and #11 with Cochrane Library publication date in The last 2 years	98

7.3.2. Diagram selekcji badań

Tabela 84. Kryteria wykluczenia publikacji.



7.3.3. Kryteria wykluczenia publikacji

Tabela 85. Kryteria wykluczenia publikacji.

Publikacja	Powód wykluczenia	Komentarz
Turcotte 2019	Inne	publikacja w języku innym niż angielski
Pallesen 2018	Typ publikacji	protokół badania klinicznego
Ranford 2018	Typ publikacji	artykuł przeglądowy
Kasnakova 2018	Typ publikacji	badanie jednoramienne jednoośrodkowe nierandomizowane
Umehara 2018	Typ publikacji	analiza retrospektywna
Cahill 2018	Typ publikacji	analiza retrospektywna
Freburger 2018	Typ publikacji	analiza retrospektywna
de Jong 2018	Typ publikacji	artykuł przeglądowy
Koneva 2018	Typ publikacji	analiza retrospektywna
Gardiner 2018	Typ publikacji	artykuł przeglądowy
Seitz 2018	Typ publikacji	autorski przegląd
Wattchow 2018	Interwencja	brak możliwości rozróżnienia interwencji fizjoterapeutycznych od terapii zajęciowej
Clavagnier 2018	Inne	nie odnaleziono publikacji pełnotekstowej

Publikacja	Powód wykluczenia	Komentarz
Patterson 2017	Wyniki	brak przedstawienia wyników skuteczności terapii zajęciowej
Ahn 2017	Typ publikacji	RCT
Savkovic 2017	Typ publikacji	RCT
Lee 2017	Typ publikacji	badanie nierandomizowane z grupą kontrolną
Kessler 2017	Typ publikacji	RCT
Konecny 2017	Inne	duplikat Petruseviciene 2017
Petruseviciene 2017	Typ publikacji	RCT
Van Criekeing 2017	Typ publikacji	protokół RCT

7.4. Profil interwencji logopedycznych

7.4.1. Strategie wyszukiwania publikacji

Tabela 86. Strategia wyszukiwania w bazie Medline via PubMed (data ostatniego wyszukiwania: 09.01.2019).

Nr	Kwerenda	Wyniki
#24	Search (((((((((speech*[Title/Abstract]) OR "Speech"[Mesh])) OR ((language*[Title/Abstract]) OR "Language"[Mesh]))) AND ("Speech Sound Disorder"[Mesh]) OR disorder*[Title/Abstract]))) AND (("Rehabilitation"[Mesh]) OR Rehabilitation*[Title/Abstract])) AND (("Neurological Rehabilitation"[Mesh]) OR ((Neurorehabilitation*[Title/Abstract]) OR (((("Rehabilitation"[Mesh]) OR Rehabilitation*[Title/Abstract])) AND Neurologic*[Title/Abstract]))) Filters: published in the last 5 years	120
#23	Search (((((((((speech*[Title/Abstract]) OR "Speech"[Mesh])) OR ((language*[Title/Abstract]) OR "Language"[Mesh]))) AND ("Speech Sound Disorder"[Mesh]) OR disorder*[Title/Abstract]))) AND (("Rehabilitation"[Mesh]) OR Rehabilitation*[Title/Abstract])) AND (("Neurological Rehabilitation"[Mesh]) OR ((Neurorehabilitation*[Title/Abstract]) OR (((("Rehabilitation"[Mesh]) OR Rehabilitation*[Title/Abstract])) AND Neurologic*[Title/Abstract])))	297
#22	Search (((((((((speech*[Title/Abstract]) OR "Speech"[Mesh])) OR ((language*[Title/Abstract]) OR "Language"[Mesh]))) AND ("Speech Sound Disorder"[Mesh]) OR disorder*[Title/Abstract]))) AND ("Rehabilitation"[Mesh]) OR Rehabilitation*[Title/Abstract])	2962
#21	Search (((((speech*[Title/Abstract]) OR "Speech"[Mesh])) OR ((language*[Title/Abstract]) OR "Language"[Mesh]))) AND ("Speech Sound Disorder"[Mesh]) OR disorder*[Title/Abstract])	32431
#20	Search (((speech*[Title/Abstract]) OR "Speech"[Mesh])) OR ((language*[Title/Abstract]) OR "Language"[Mesh])	340567
#19	Search (speech*[Title/Abstract]) OR "Speech"[Mesh]	86574
#18	Search speech*[Title/Abstract]	75103
#17	Search "Speech"[Mesh]	30163
#16	Search (language*[Title/Abstract]) OR "Language"[Mesh]	297622
#15	Search language*[Title/Abstract]	137120
#14	Search "Language"[Mesh]	197255
#13	Search ("Speech Sound Disorder"[Mesh]) OR disorder*[Title/Abstract]	1046068
#12	Search disorder*[Title/Abstract]	1046047
#11	Search "Speech Sound Disorder"[Mesh]	123
#10	Search ("Rehabilitation of Speech and Language Disorders"[Mesh])	10109
#9	Search ("Neurological Rehabilitation"[Mesh]) OR ((Neurorehabilitation*[Title/Abstract]) OR (((("Rehabilitation"[Mesh]) OR Rehabilitation*[Title/Abstract])) AND Neurologic*[Title/Abstract]))	23059
#8	Search (Neurorehabilitation*[Title/Abstract]) OR (((("Rehabilitation"[Mesh]) OR Rehabilitation*[Title/Abstract])) AND Neurologic*[Title/Abstract])	12704
#7	Search Neurorehabilitation*[Title/Abstract]	2522
#6	Search (((("Rehabilitation"[Mesh]) OR Rehabilitation*[Title/Abstract])) AND Neurologic*[Title/Abstract])	10571
#5	Search ("Rehabilitation"[Mesh]) OR Rehabilitation*[Title/Abstract]	383484
#4	Search "Rehabilitation"[Mesh]	281506
#3	Search Rehabilitation*[Title/Abstract]	149612
#2	Search Neurologic*[Title/Abstract]	273958
#1	Search "Neurological Rehabilitation"[Mesh]	11904

Tabela 87 Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid (data ostatniego wyszukiwania: 09.01.2019).

Nr	Kwerenda	Wyniki
1	exp neurorehabilitation/	4822
2	neurorehabilitation*.ab,kw,ti.	4367
3	"neuro-rehabilitation*".ab,kw,ti.	612
4	exp rehabilitation/	313370
5	"rehabilitation*".ab,kw,ti.	174859
6	4 or 5	404620
7	"Neurologic*".ab,kw,ti.	327690
8	6 and 7	16551
9	2 or 3 or 8	20617
10	1 or 9	23740
11	exp speech rehabilitation/ or exp "speech and language rehabilitation"/	12866
12	exp speech/	69292
13	speech.ab,kw,ti.	72088
14	12 or 13	106017
15	exp language/	91139
16	"language*".ab,kw,ti.	153184
17	15 or 16	180259
18	14 or 17	254176
19	"disorder*".ab,kw,ti.	1195954
20	18 and 19	36255
21	exp therapy/	5971770
22	6 or 21	6032613
23	20 and 22	11995
24	10 and 23	752
25	limit 24 to conference abstract status	256
26	24 not 25	496
27	limit 26 to last 5 years	207

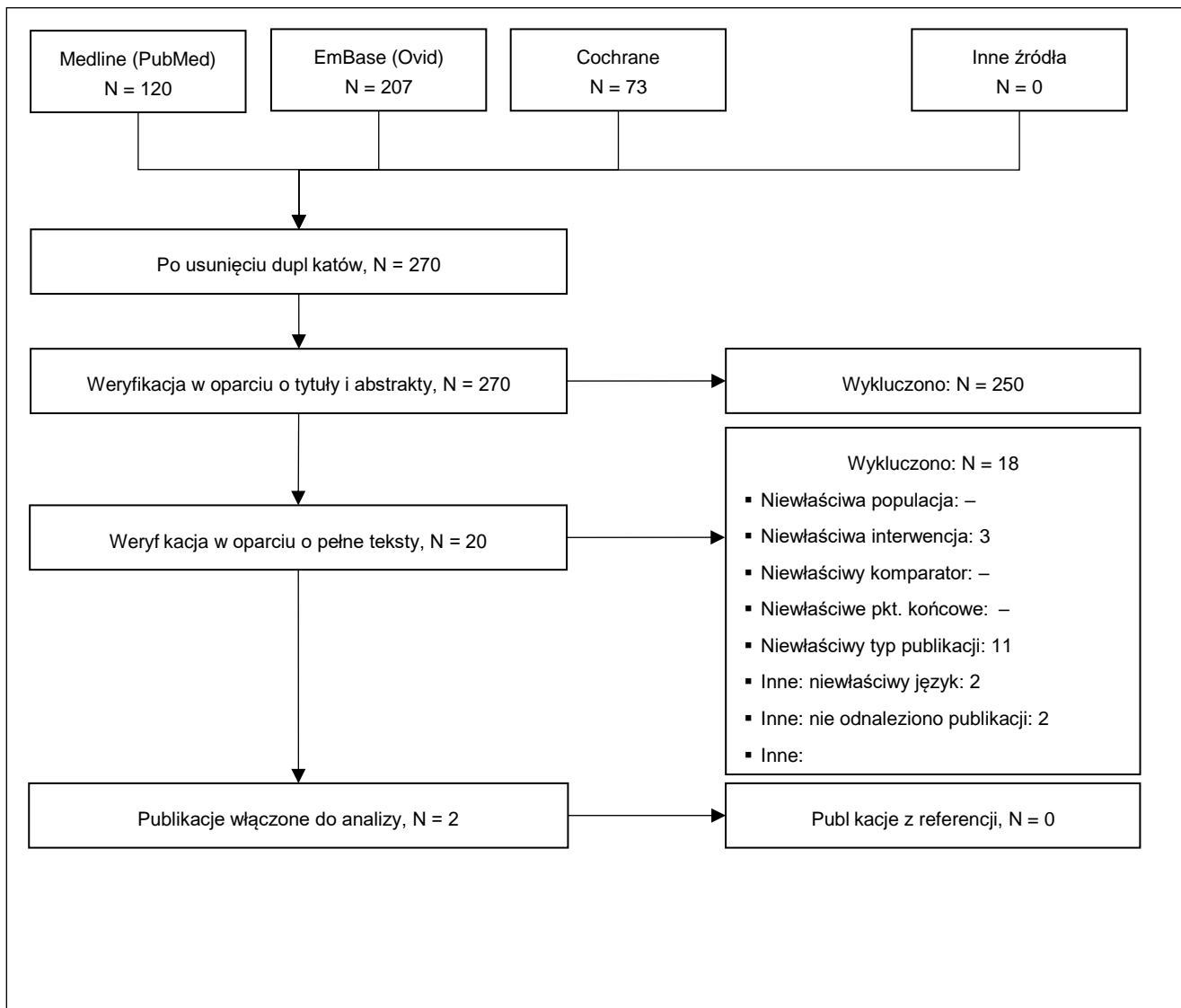
Tabela 88 Strategia wyszukiwania w bazie The Cochrane Library (data ostatniego wyszukiwania: 09.01.2019).

Nr	Kwerenda	Wyniki
#1	MeSH descriptor: [Neurological Rehabilitation] explode all trees	2093
#2	(neurologic*):ti,ab,kw	16377
#3	(rehabilitation*):ti,ab,kw	36329
#4	MeSH descriptor: [Rehabilitation] in all MeSH products	30914
#5	#3 or #4	56792
#6	#2 and #5	2059
#7	(neurorehabilitation*):ti,ab,kw	593
#8	(neuro-rehabilitation):ti,ab,kw	55
#9	#7 or #8	597
#10	#9 or #6	2557
#11	#10 or #1	4213
#12	MeSH descriptor: [Rehabilitation of Speech and Language Disorders] explode all trees	517
#13	MeSH descriptor: [Speech Sound Disorder] explode all trees	15
#14	(disorder*):ti,ab,kw	107494
#15	#14 or #13	107493
#16	MeSH descriptor: [Language] explode all trees	4338
#17	(language):ti,ab,kw	13898
#18	#17 or #16	16993
#19	MeSH descriptor: [Speech] explode all trees	768
#20	(speech):ti,ab,kw	5210
#21	#19 or #20	5210

Nr	Kwerenda	Wyniki
#22	#21 or #18	20336
#23	#22 and #15	4718
#24	#23 and #5	826
#25	#24 or #12	1081
#26	#25 and #11	115
#27	#25 and #11 with Cochrane Library publication date from Jan 2014 to Jan 2019	73

7.4.2. Diagram selekcji badań

Tabela 89. Kryteria wykluczenia publikacji.



7.4.3. Kryteria wykluczenia publikacji

Tabela 90 Kryteria wykluczenia publikacji.

Publikacja	Powód wykluczenia	Komentarz
Schepers 2017	Inne	nie odnaleziono publikacji pełnotekstowej
Andrade 2017	Inne	artykuł w języku innym niż angielski
Kotov 2017	Typ publikacji	badanie prospektywne obserwacyjne

Publikacja	Powód wykluczenia	Komentarz
Carding 2017	Typ publikacji	autorski przegląd badań
Liepert 2016	Typ publikacji	artykuł przeglądowy
Fama 2016	Typ publikacji	badanie obserwacyjne pilotażowe
Malandraki 2016	Typ publikacji	opis przypadku
Rosenbek 2016	Typ publikacji	artykuł przeglądowy
Kempf 2014	Inne	artykuł w języku innym niż angielski

7.5. Rozpoznanie neurologiczne przyjęte do analiz świadczeń udzielnych w innych niż rehabilitacja neurologiczna stacjonarna zakresach rehabilitacji leczniczej

Lp.	Rozpoznanie neurologiczne
1	Adenowirusowe zapalenie mózgu
2	Ataksja dziedziczna
3	Ataksja dziedziczna, nieokreślona
4	Ataksja mózdkowa o późnym początku
5	Ataksja mózdkowa o wczesnym początku
6	Ataksja mózdkowa z uszkodzonym systemem naprawy DNA
7	Ataksja wrodzona niepostępująca
8	Ataktyczne mózgowo-porażenie dziecięce
9	Atypowe wirusowe zakażenia ośrodkowego układu nerwowego
10	Autyzm atypowy
11	Autyzm dziecięcy
12	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, niesklasyfikowane gdzie indziej
13	Bakteryjne zapalenie opon mózgowych i mózgu oraz zapalenie opon rdzeniowych i rdzenia kręgowego niesklasyfikowane gdzie indziej
14	Bezmózgowie i podobne wady rozwojowe
15	Brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego
16	Brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego, nieokreślony
17	Brak rdzenia kręgowego
18	Całościowe zaburzenia rozwojowe
19	Choroba Creutzfeldta-Jacoba
20	Choroba Hellervordena-Spatza
21	Choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych
22	Choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem rdzenia kręgowego
23	Choroba krążka międzykręgowego szyjnego, nieokreślona
24	Choroba krążków międzykręgowych, nieokreślona
25	Choroba Parkinsona
26	Choroba rdzenia kręgowego, nieokreślona
27	Choroba Refsuma
28	Choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego, nieokreślone
29	Choroby korzeni nerwów rdzeniowych
30	Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych
31	Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego
32	Choroby krążków międzykręgowych szyjnych
33	Choroby zwyrodnieniowe zwojów podstawnych, nieokreślone
34	Drżenie polekowe
35	Drżenie samoistne
36	Dysautonomia rodzinna [Rileya-Daya]
37	Dyskinetyczne mózgowo-porażenie dziecięce
38	Dysplazja przegrodowo-oczna
39	Dystonia
40	Dystonia polekowa
41	Dystonia samoistna niedziedziczna
42	Dystonia samoistna rodzinna
43	Dystonia samoistna w obrębie twarzy
44	Dystonia, nieokreślona
45	Dystrofia mięśniowa
46	Dziedziczna i idiopatyczna neuropatia
47	Dziedziczna neuropatia ruchowa i czuciowa
48	Dziedziczne spastyczne porażenie kończyn dolnych
49	Encefalopatia toksyczna
50	Encefalopatia, nieokreślona
51	Epidemiczne zawroty głowy
52	Głębokie zaburzenia rozwojowe, nieokreślone
53	Gruźlica układu nerwowego

Lp.	Rozpoznanie neurologiczne
54	Gruźlica układu nerwowego, nieokreślona
55	Guzki Schmorla
56	Inna dystonia
57	Inna płasawica
58	Inna reakcja na nakłucie rdzenia i punkcję lędźwiową
59	Inne ataksje dziedziczne
60	Inne bakteryjne zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych
61	Inne braki w porównaniu do oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego
62	Inne choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego
63	Inne choroby krążka międzykręgowego
64	Inne choroby krążka międzykręgowego szyjnego
65	Inne choroby rdzenia kręgowego
66	Inne choroby zwyrodnieniowe zwojów podstawnych
67	Inne części ośrodkowego układu nerwowego
68	Inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne
69	Inne dziedziczne zaniki mięśni pochodzenia rdzeniowego
70	Inne głębokie zaburzenia rozwojowe
71	Inne i nieokreślone urazy odcinka piersiowego rdzenia kręgowego
72	Inne i nieokreślone urazy odcinka szyjnego rdzenia kręgowego
73	Inne idiopatyczne neuropatie dziedziczne
74	Inne krwotoki mózgowe
75	Inne krwotoki podpajęczynówkowe
76	Inne krwotoki śródczaszkowe nieurazowe
77	Inne miopatie
78	Inne mononeuropatie
79	Inne mononeuropatie kończyny dolnej
80	Inne mononeuropatie kończyny górnej
81	Inne mononeuropatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
82	Inne mózgowe porażenie dziecięce
83	Inne określone choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego
84	Inne określone choroby krążków międzykręgowych
85	Inne określone choroby rdzenia kręgowego
86	Inne określone choroby zwyrodnieniowe jąder podstawy
87	Inne określone części ośrodkowego układu nerwowego
88	Inne określone formy drżenia
89	Inne określone miopatie
90	Inne określone mononeuropatie
91	Inne określone patologie mózgu w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
92	Inne określone polineuropatie
93	Inne określone przemieszczenia krążków międzykręgowych
94	Inne określone rozсіяne procesy demielinizacyjne o ostrym przebiegu
95	Inne określone uszkodzenie mózgu spowodowane urazem porodowym
96	Inne określone wrodzone wady rozwojowe mózgu
97	Inne określone wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego
98	Inne określone zaburzenia mięśniowo-nerwowe
99	Inne określone zaburzenia mózgowe noworodka
100	Inne określone zaburzenia mózgu
101	Inne określone zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego
102	Inne określone zaburzenia pozapiramidowe i zaburzenia czynności ruchowych
103	Inne określone zaburzenia układu nerwowego, występujące w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
104	Inne określone zespoły porażenne
105	Inne określone zwyrodnienia krążków międzykręgowych
106	Inne patologie mózgu w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
107	Inne pierwotne zaburzenia mięśniowe
108	Inne polineuropatie
109	Inne polineuropatie zapalne
110	Inne porodowe urazy ośrodkowego układu nerwowego
111	Inne pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego
112	Inne przemieszczenia krążka międzykręgowego szyjnego
113	Inne rdzeniowe zaniki mięśni i zespoły pokrewne
114	Inne rozсіяne procesy demielinizacyjne o ostrym przebiegu
115	Inne urazy obejmujące liczne okolice ciała, niesklasyfikowane gdzie indziej
116	Inne urazy porodowe splotu ramiennego
117	Inne urazy śródczaszkowe
118	Inne uszkodzenia nerwu pośrodkowego
119	Inne wady mózgu z ubytkiem tkanek
120	Inne wodogłowie
121	Inne wrodzone wady rozwojowe mózgu
122	Inne wrodzone wady rozwojowe ogona końskiego
123	Inne wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego

Lp.	Rozpoznanie neurologiczne
124	Inne wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego
125	Inne zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych
126	Inne zaburzenia mózgowe noworodka
127	Inne zaburzenia mózgu
128	Inne zaburzenia napięcia mięśniowego u noworodka
129	Inne zaburzenia nerwów czaszkowych w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
130	Inne zaburzenia nerwu trójdzielnego
131	Inne zaburzenia nerwu twarzowego
132	Inne zaburzenia obwodowego układu nerwowego
133	Inne zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego
134	Inne zaburzenia pozapiramidowe i zaburzenia czynności ruchowych
135	Inne zaburzenia układu nerwowego niesklasyfikowane gdzie indziej
136	Inne zaburzenia układu nerwowego wegetatywnego
137	Inne zaburzenia układu nerwowego wegetatywnego, występujące w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
138	Inne zaburzenia układu nerwowego, występujące w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
139	Inne zapalenia mózgu wywołane przez wirusy przenoszone przez kleszcze
140	Inne zapalenie mózgu, rdzenia kręgowego oraz mózgu i rdzenia kręgowego
141	Inne zespoły naczyniowe mózgu w przebiegu chorób naczyń mózgowych
142	Inne zespoły porażenne
143	Inne zwyrodnienia krążka międzykręgowego szyjnego
144	Inny parkinsonizm wtórny
145	Inny uraz odcinka lędźwiowego rdzenia kręgowego
146	Inny zawał mózgu
147	Jamistość rdzenia kręgowego i jamistość opuszki
148	Kauzalgia
149	Kloniczny skurcz połowy twarzy
150	Komory mózgowe
151	Krwotok dokomorowy spowodowany urazem porodowym
152	Krwotok mózgowy (nieurazowy), nieokreślony
153	Krwotok mózgowy do mózdzku
154	Krwotok mózgowy do pnia mózgu
155	Krwotok mózgowy do półkul, korowy
156	Krwotok mózgowy do półkul, nieokreślony
157	Krwotok mózgowy do półkul, podkorowy
158	Krwotok mózgowy o mnogim umiejscowieniu
159	Krwotok mózgowy wewnątrzkomorowy
160	Krwotok mózgowy, nieokreślony
161	Krwotok nadtwardówkowy
162	Krwotok pod oponą twardą (ostry) (nieurazowy)
163	Krwotok podpajęczynówkowy
164	Krwotok podpajęczynówkowy z innych tętnic wewnątrzczaszkowych
165	Krwotok podpajęczynówkowy z syfonu lub rozwidlenia tętnicy szyjnej wewnętrznej
166	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy łączącej przedniej
167	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy łączącej tylnej
168	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy podstawnej
169	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy środkowej mózgu
170	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy wewnątrzczaszkowej, nieokreślony
171	Krwotok podpajęczynówkowy, nieokreślony
172	Krwotok śródczaszkowy
173	Kurczowy kręcz karku
174	Łagodne nadciśnienie wewnątrzczaszkowe
175	Małogłowie
176	Meralgia z parestezjami
177	Miastenia
178	Miastenia i inne zaburzenia nerwowo-mięśniowe
179	Miastenia wrodzona i wieku rozwojowego
180	Mielinoliza środkowa mostu
181	Mielopatia w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
182	Mielopatie naczyniowe
183	Miokimia twarzowa
184	Mioklonia
185	Miopatia alkoholowa
186	Miopatia mitochondrialna niesklasyfikowana gdzie indziej
187	Miopatia polekowa
188	Miopatia spowodowana przez inne czynniki toksyczne
189	Miopatia w przebiegu chorób układu wewnątrzwydzielniczego
190	Miopatia w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
191	Miopatia zapalna niesklasyfikowana gdzie indziej
192	Miopatia, nieokreślona
193	Miopatie wrodzone

Lp.	Rozpoznanie neurologiczne
194	Mnogie zapalenie pojedynczych nerwów
195	Mononeuropatia cukrzycowa
196	Mononeuropatia kończyny dolnej, nieokreślona
197	Mononeuropatia kończyny górnej, nieokreślona
198	Mononeuropatia w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
199	Mononeuropatia, nieokreślona
200	Mononeuropatie kończyny dolnej
201	Mononeuropatie kończyny górnej
202	Mózg z wyjątkiem płatów i komór
203	Mózg, struktury nadnamiotowe
204	Mózg, struktury podnamiotowe
205	Mózg, umiejscowienie nieokreślone
206	Mózgowe porażenie dziecięce
207	Mózgowe porażenie dziecięce, nieokreślone
208	Mózdzek
209	Nabyte torbiele okołokomorowe noworodka
210	Nadpobudliwość mózgową noworodkowa
211	Następstwa chorób naczyniowych mózgu
212	Następstwa innych i nieokreślonych chorób naczyń mózgowych
213	Następstwa innych nieurazowych krwotoków wewnątrzczaszkowych
214	Następstwa krwotoku podpajęczynówkowego
215	Następstwa krwotoku śródmózgowego
216	Następstwa nagminnego porażenia dziecięcego
217	Następstwa udaru mózgu, nieokreślonego jako krwotoczny lub zawałowy
218	Następstwa urazów głowy
219	Następstwa urazów szyi i tułowia
220	Następstwa urazu nerwów czaszkowych
221	Następstwa urazu nerwu kończyny dolnej
222	Następstwa urazu nerwu kończyny górnej
223	Następstwa urazu rdzenia kręgowego
224	Następstwa urazu śródczaszkowego
225	Następstwa wirusowego zapalenia mózgu
226	Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego
227	Następstwa zawału mózgu
228	Następstwa złamania kości czaszki i twarzoczaszki
229	Nerwoból nerwu trójdzielnego
230	Nerwoból po przebytych półpaścu
231	Nerwoból z zanikiem mięśni
232	Nerwy czaszkowe
233	Neuropatia międzyżebrowa
234	Neuropatia samoistna i dziedziczna, nieokreślona
235	Neuropatia samoistna postępująca
236	Neuropatia surowicza
237	Neuropatia wegetatywna w przebiegu chorób układu wewnątrzwydzielniczego i metabolicznych
238	Neuropatia z towarzyszącą dziedziczną ataksją
239	Niedokrwienie mózgu noworodkowe
240	Niedorozwój i dysplazja rdzenia kręgowego
241	Nieokreślony rozszczep kręgosłupa ze współistniejącym wodogłowiem
242	Nietypowy ból twarzy
243	Nieurazowy krwotok nad oponą twardą
244	Nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego
245	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze mózgu i ośrodkowego układu nerwowego
246	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze opon mózgowo-rdzeniowych
247	Nowotwór złośliwy mózgu
248	Nowotwór złośliwy opon mózgowo-rdzeniowych
249	Nowotwór złośliwy rdzenia kręgowego, nerwów czaszkowych i innych części ośrodkowego układu nerwowego
250	Obrzęk mózgu
251	Obrzęk mózgu spowodowany urazem porodowym
252	Obwodowe porażenie nerwu twarzowego
253	Ogniskowy uraz mózgu
254	Ogon koński
255	Opony mózgowo-rdzeniowe
256	Opony mózgowo-rdzeniowe, umiejscowienie nieokreślone
257	Opony rdzeniowe
258	Opóźnienie etapów rozwoju fizjologicznego
259	Ostre nagminne porażenie dziecięce
260	Ostre nagminne porażenie dziecięce, nieokreślone
261	Ostre poprzeczne zapalenie rdzenia kręgowego w przebiegu choroby demielinizacyjnej ośrodkowego układu nerwowego
262	Ostre rozsiane zapalenie mózgu

Lp.	Rozpoznanie neurologiczne
263	Ośrodkowy układ nerwowy, umiejscowienie nieokreślone
264	Paranowotworowa neuromiopia i neuropatia
265	Parkinsonizm w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
266	Parkinsonizm wtórny
267	Parkinsonizm wtórny wywołany przez inne czynniki zewnętrzne
268	Parkinsonizm wtórny wywołany przez inne leki
269	Parkinsonizm wtórny, nieokreślony
270	Pień mózgu
271	Pierwotne zaburzenia mięśniowe
272	Pierwotne zaburzenia mięśniowe, nieokreślone
273	Pląsawica [choroba Huntingtona]
274	Płat ciemieniowy
275	Płat czołowy
276	Płat potyliczny
277	Płat skroniowy
278	Podostre stwardniające zapalenie mózgu
279	Polekowe i inne tiki pochodzenia organicznego
280	Polineuropatia alkoholowa
281	Polineuropatia cukrzycowa
282	Polineuropatia polekowa
283	Polineuropatia spowodowana przez inne czynniki toksyczne
284	Polineuropatia w innych zaburzeniach układu mięśniowo-szkieletowego
285	Polineuropatia w niedoborach żywieniowych
286	Polineuropatia w przebiegu chorób nowotworowych
287	Polineuropatia w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
288	Polineuropatia w przebiegu chorób zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej
289	Polineuropatia w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
290	Polineuropatia w przebiegu innych chorób układu wewnątrzwydzielniczego i metabolicznych
291	Polineuropatia w układowych stanach chorobowych tkanki łącznej
292	Polineuropatia zapalna
293	Polineuropatia zapalna, nieokreślona
294	Polineuropatia, nieokreślona
295	Porażenia wielu nerwów czaszkowych w przebiegu chorób nowotworowych
296	Porażenia wielu nerwów czaszkowych w przebiegu chorób zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej
297	Porażenia wielu nerwów czaszkowych w sarkoidozie
298	Porażenie czterokończynowe, nieokreślone
299	Porażenie Erba spowodowane urazem porodowym
300	Porażenie jednej kończyny dolnej
301	Porażenie jednej kończyny górnej
302	Porażenie jednej kończyny, nieokreślone
303	Porażenie Klumpke spowodowane urazem porodowym
304	Porażenie kończyn dolnych i czterokończynowe
305	Porażenie kończyn dolnych, nieokreślone
306	Porażenie obustronne kończyn górnych
307	Porażenie okresowe
308	Porażenie połowicze
309	Porażenie połowicze, nieokreślone
310	Postępująca wieloogniskowa leukoencefalopatia
311	Postępujące ponadjądrowe porażenie mięśni oka [Steele'a-Richardsona-Olszewskiego]
312	Pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego, nieokreślone
313	Pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego, niesklasyfikowane gdzie indziej
314	Półpasiec z zajęciem innych części układu nerwowego
315	Przemijająca miastenia noworodkowa
316	Przepuklina mózgowa
317	Przepuklina mózgowa czołowa
318	Przepuklina mózgowa nosowo-czołowa
319	Przepuklina mózgowa potyliczna
320	Przepuklina mózgowa w innej lokalizacji
321	Przepuklina mózgowa, nieokreślona
322	Przodomózgowie jednokomorowe
323	Rdzeniowy zanik mięśni i zespoły pokrewne
324	Rdzeniowy zanik mięśni, nieokreślony
325	Rdzeniowy zanik mięśni, postać dziecięca, typ I [Werdniga-Hoffmana]
326	Rdzeń kręgowy
327	Ropień i ziarniak rdzenia kręgowego i w kanale kręgowym
328	Ropień i ziarniak śródczaszkowy
329	Ropień i ziarniak śródczaszkowy, w kanale kręgowym i rdzenia kręgowego
330	Ropień i ziarniak śródczaszkowy, w kanale kręgowym i rdzenia kręgowego w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
331	Ropień zewnątrzwardówkowy i podwardówkowy, nieokreślony

Lp.	Rozpoznanie neurologiczne
332	Rozdwojenie rdzenia kręgowego
333	Rozlany uraz mózgu
334	Rozmiękanie istoty białej mózgu noworodkowe
335	Rozsiane procesy demielinizacyjne o ostrym przebiegu, nieokreślone
336	Rozszczep czaszki i kręgosłupa
337	Rozszczep kręgosłupa
338	Rozszczep kręgosłupa krzyżowego bez wodogłowia
339	Rozszczep kręgosłupa krzyżowego ze współistniejącym wodogłowiem
340	Rozszczep kręgosłupa lędźwiowego bez wodogłowia
341	Rozszczep kręgosłupa lędźwiowego ze współistniejącym wodogłowiem
342	Rozszczep kręgosłupa piersiowego bez wodogłowia
343	Rozszczep kręgosłupa piersiowego ze współistniejącym wodogłowiem
344	Rozszczep kręgosłupa szyjnego bez wodogłowia
345	Rozszczep kręgosłupa szyjnego ze współistniejącym wodogłowiem
346	Rozszczep kręgosłupa, nieokreślony
347	Rozszczep potylicy
348	Rwa kulszowa
349	Rwa kulszowa z bólem lędźwiowo-krzyżowym
350	Samoistna obwodowa neuropatia wegetatywna
351	Spastyczne czterokończynowe mózgowie porażenie dziecięce
352	Spastyczne dwukończynowe mózgowie porażenie dziecięce
353	Spastyczne mózgowie porażenie dziecięce połowicze
354	Spastyczne porażenie czterokończynowe
355	Spastyczne porażenie kończyn dolnych
356	Spastyczne porażenie połowicze
357	Stan zatokowy z innymi zespołami
358	Stwardnienie koncentryczne [Baló]
359	Stwardnienie rozlane
360	Stwardnienie rozsiane
361	Stwardnienie zanikowe boczne
362	Środkowa demielinizacja ciała modzelowatego
363	Toksyczne zaburzenia nerwowo-mięśniowe
364	Torbiele mózgu
365	Trisomia 21, mejozytyczna nierozdzielność
366	Trisomia 21, mozaika (mitotyczna nierozdzielność)
367	Trisomia 21, translokacja
368	Ucisk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w przebiegu chorób nowotworowych
369	Ucisk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
370	Ucisk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w przebiegu innych chorób kręgosłupa
371	Ucisk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
372	Ucisk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w zaburzeniach dotyczących krążka międzykręgowego
373	Ucisk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w zmianach zwyrodnieniowych kręgow
374	Udar mózgu, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy
375	Uraz czuciowego nerwu skórniego na poziomie podudzia
376	Uraz innych i nieokreślonych nerwów szyi
377	Uraz innych nerwów na poziomie barku i ramienia
378	Uraz innych nerwów na poziomie biodra i uda
379	Uraz innych nerwów na poziomie nadgarstka i ręki
380	Uraz innych nerwów na poziomie podudzia
381	Uraz innych nerwów na poziomie przedramienia
382	Uraz innych nerwów na poziomie stawu skokowego i stopy
383	Uraz korzeni nerwowych nerwów odcinka lędźwiowego i krzyżowego rdzenia kręgowego
384	Uraz korzeni nerwowych nerwów odcinka piersiowego rdzenia kręgowego
385	Uraz korzeni nerwowych nerwów odcinka szyjnego rdzenia kręgowego
386	Uraz licznych nerwów na poziomie barku i ramienia
387	Uraz licznych nerwów na poziomie nadgarstka i ręki
388	Uraz licznych nerwów na poziomie podudzia
389	Uraz licznych nerwów na poziomie przedramienia
390	Uraz licznych nerwów na poziomie stawu skokowego i stopy
391	Uraz nerwów barku i ramienia
392	Uraz nerwów czaszkowych
393	Uraz nerwów czuciowych skórnych na poziomie przedramienia
394	Uraz nerwów i rdzenia kręgowego obejmujący liczne inne okolice ciała
395	Uraz nerwów i rdzenia kręgowego odcinka lędźwiowego kręgosłupa na poziomie brzucha, dolnej części grzbietu i miednicy
396	Uraz nerwów i rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym kręgosłupa
397	Uraz nerwów i rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym kręgosłupa
398	Uraz nerwów na poziomie biodra i uda

Lp.	Rozpoznanie neurologiczne
399	Uraz nerwów na poziomie nadgarstka i ręki
400	Uraz nerwów na poziomie podudzia
401	Uraz nerwów współczulnych w odcinku piersiowym
402	Uraz nerwów współczulnych w odcinku szyjnym
403	Uraz nerwu czuciowego skórno na poziomie barku i ramienia
404	Uraz nerwu innego palca
405	Uraz nerwu kciuka
406	Uraz nerwu kulszowego na poziomie biodra i uda
407	Uraz nerwu łokciowego na poziomie nadgarstka i ręki
408	Uraz nerwu łokciowego na poziomie przedramienia
409	Uraz nerwu łokciowego na poziomie ramienia
410	Uraz nerwu mięśniowo-skróno
411	Uraz nerwu pachowego
412	Uraz nerwu piszczelowego na poziomie podudzia
413	Uraz nerwu podeszwowego bocznego
414	Uraz nerwu pośrodkowego na poziomie nadgarstka i ręki
415	Uraz nerwu pośrodkowego na poziomie przedramienia
416	Uraz nerwu pośrodkowego na poziomie ramienia
417	Uraz nerwu promieniowego na poziomie przedramienia
418	Uraz nerwu promieniowego na poziomie ramienia
419	Uraz nerwu przedśionkowo-ślimakowego
420	Uraz nerwu skórno czuciowego na poziomie biodra i uda
421	Uraz nerwu skórno czuciowego na poziomie stawu skokowego i stopy
422	Uraz nerwu strzałkowego głębokiego na poziomie stawu skokowego i stopy
423	Uraz nerwu strzałkowego na poziomie podudzia
424	Uraz nerwu trójdzielno
425	Uraz nerwu twarzowego
426	Uraz nerwu udowego na poziomie biodra i uda
427	Uraz nieokreślono nerwu kończyny dolnej, poziom nieokreślono
428	Uraz nieokreślono nerwu kończyny górnej, poziom nieokreślono
429	Uraz nieokreślono nerwu na poziomie barku i ramienia
430	Uraz nieokreślono nerwu na poziomie podudzia
431	Uraz nieokreślono nerwu na poziomie przedramienia
432	Uraz obwodowych nerwów szyi
433	Uraz porodowy nerwu twarzowego
434	Uraz porodowy obwodowego układu nerwowego
435	Uraz porodowy obwodowego układu nerwowego, nieokreślono
436	Uraz rdzenia kręgowego, poziom nieokreślono
437	Uraz splotu lędźwiowo-krzyżowego
438	Uraz splotu ramiennego
439	Uraz śródczaszkowy
440	Uraz śródczaszkowy z długotrwałym okresem nieprzytomności
441	Uraz śródczaszkowy, nieokreślono
442	Urazowy krwotok podpajęczynówkowy
443	Urazowy krwotok podtwardówkowy
444	Urazowy obrzęk mózgu
445	Urazy mózgu i nerwów czaszkowych z urazami nerwów rdzeniowych i rdzenia kręgowego na poziomie szyi
446	Urazy nerwów na poziomie przedramienia
447	Urazy nerwów na poziomie stawu skokowego i stopy
448	Urazy nerwów obejmujące liczne okolice ciała
449	Uszkodzenie mózgu z niedotlenienia niesklasyfikowane gdzie indziej
450	Uszkodzenie nerwów podeszwy
451	Uszkodzenie nerwu kulszowego
452	Uszkodzenie nerwu łokciowego
453	Uszkodzenie nerwu piszczelowego
454	Uszkodzenie nerwu promieniowego
455	Uszkodzenie nerwu strzałkowego wspólnego
456	Uszkodzenie nerwu udowego
457	Uszkodzenie struktur śródczaszkowych i krwotok spowodowany urazem porodowym
458	Wady rozwojowe wodociągu mózgu Sylwiusza
459	Wiotkie porażenie czterokończynowe
460	Wiotkie porażenie kończyn dolnych
461	Wiotkie porażenie połowicze
462	Wirusowe zakażenie ośrodkowego układu nerwowego, nieokreślono
463	Wirusowe zapalenie mózgu wywołane przez wirusy przenoszone przez kleszcze
464	Wirusowe zapalenie mózgu wywołane przez wirusy przenoszone przez kleszcze, nieokreślono
465	Wirusowe zapalenie mózgu, nieokreślono
466	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
467	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, nieokreślono
468	Wodogłowice

Lp.	Rozpoznanie neurologiczne
469	Wodogłowie komunikujące
470	Wodogłowie normotensyjne
471	Wodogłowie pourazowe, nieokreślone
472	Wodogłowie w przebiegu chorób nowotworowych
473	Wodogłowie w przebiegu chorób zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej
474	Wodogłowie w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
475	Wodogłowie wrodzone
476	Wodogłowie wrodzone inne
477	Wodogłowie wrodzone, nieokreślone
478	Wodogłowie z niedrożności
479	Wodogłowie, nieokreślone
480	Wrodzone obniżone napięcie mięśniowe
481	Wrodzone torbiele mózgu
482	Wrodzone wady rozwojowe mózgu, nieokreślone
483	Wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego, nieokreślone
484	Wrodzone wady rozwojowe spoidła wielkiego
485	Wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego, nieokreślone
486	Wrodzone wzmożone napięcie mięśniowe
487	Wstrząśnienie
488	Wstrząśnienie i obrzęk odcinka lędźwiowego rdzenia kręgowego
489	Wstrząśnienie i obrzęk odcinka szyjnego rdzenia kręgowego
490	Wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego
491	Wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego z nakłucia lędźwiowego
492	Zaburzenia dotyczące opon mózgowo-rdzeniowych niesklasyfikowane gdzie indziej
493	Zaburzenia innych nerwów czaszkowych
494	Zaburzenia innych określonych nerwów czaszkowych
495	Zaburzenia korzeni i splotów nerwowych
496	Zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych, nieokreślone
497	Zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych lędźwiowo-krzyżowych niesklasyfikowane gdzie indziej
498	Zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych piersiowych niesklasyfikowane gdzie indziej
499	Zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych szyjnych niesklasyfikowane gdzie indziej
500	Zaburzenia miotoniczne
501	Zaburzenia mózgu, nieokreślone
502	Zaburzenia nerwów czaszkowych w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
503	Zaburzenia nerwu błędnego
504	Zaburzenia nerwu językowo-gardłowego
505	Zaburzenia nerwu podjęzykowego
506	Zaburzenia nerwu trójdzielnego
507	Zaburzenia nerwu trójdzielnego, nieokreślone
508	Zaburzenia nerwu twarzowego
509	Zaburzenia nerwu twarzowego, nieokreślone
510	Zaburzenia nerwu węchowego
511	Zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego, nieokreślone
512	Zaburzenia pozapiramidowe i zaburzenia czynności ruchowych w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
513	Zaburzenia pozapiramidowe i zaburzenia czynności ruchowych, nieokreślone
514	Zaburzenia splotu lędźwiowo-krzyżowego
515	Zaburzenia splotu ramiennego
516	Zaburzenia układu nerwowego wegetatywnego
517	Zaburzenia układu nerwowego wegetatywnego, nieokreślone
518	Zaburzenia wielu nerwów czaszkowych
519	Zaburzenia złącza mięśniowo-nerwowego i mięśni w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
520	Zaburzenie hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi
521	Zaburzenie mięśniowo-nerwowe, nieokreślone
522	Zaburzenie mózgowe noworodka, nieokreślone
523	Zaburzenie napięcia mięśniowego u noworodka
524	Zaburzenie napięcia mięśniowego u noworodka, nieokreślone
525	Zaburzenie nerwu czaszkowego, nieokreślone
526	Zanik układowy obejmujący pierwotnie układ nerwowy w niedoczynności tarczycy
527	Zanik układowy obejmujący pierwotnie układ nerwowy w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
528	Zaniki układowe obejmujące pierwotnie ośrodkowy układ nerwowy w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
529	Zapalenie mózgu wywołane przez wirus opryszczki
530	Zapalenie mózgu, rdzenia kręgowego oraz mózgu i rdzenia kręgowego
531	Zapalenie mózgu, rdzenia kręgowego oraz mózgu i rdzenia kręgowego w przebiegu chorób bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej
532	Zapalenie mózgu, rdzenia kręgowego oraz mózgu i rdzenia kręgowego w przebiegu chorób wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej
533	Zapalenie mózgu, rdzenia kręgowego oraz mózgu i rdzenia kręgowego w przebiegu innych chorób zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej

Lp.	Rozpoznanie neurologiczne
534	Zapalenie mózgu, rdzenia kręgowego oraz mózgu i rdzenia kręgowego w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
535	Zapalenie mózgu, rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego, nieokreślone
536	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych gronkowcowe
537	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w grzybicach
538	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu chorób bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej
539	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu chorób wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej
540	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu innych chorób zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej
541	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane przez Haemophilus
542	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane przez inne i nieokreślone czynniki
543	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane przez inne określone czynniki
544	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, nieokreślone
545	Zapalenie rdzenia kręgowego i nerwów wzrokowych [zespół Devica]
546	Zapalenie zwoju kolanka
547	Zapalenie żył i zakrzepowe zapalenie żył śródczaszkowych i w kanale kręgowym
548	Zarośnięcie otworów Magendiego i Luschki
549	Zawał mózgu
550	Zawał mózgu spowodowany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic mózgowych
551	Zawał mózgu spowodowany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic przedmózgowych
552	Zawał mózgu spowodowany przez zakrzep tętnic mózgowych
553	Zawał mózgu spowodowany przez zakrzep tętnic przedmózgowych
554	Zawał mózgu spowodowany przez zakrzep żył mózgowych, nieropny
555	Zawał mózgu spowodowany przez zator tętnic mózgowych
556	Zawał mózgu spowodowany przez zator tętnic przedmózgowych
557	Zawał mózgu, nieokreślony
558	Zespoły miasteniczne w przebiegu chorób układu wewnątrzwydzielniczego
559	Zespoły miasteniczne w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
560	Zespoły naczyniowe mózgu w przebiegu chorób naczyń mózgowych
561	Zespół Arnolda-Chiariego
562	Zespół Aspergera
563	Zespół bólu fantomowego kończyny bez bólu
564	Zespół bólu fantomowego kończyny z bólem
565	Zespół cieśni nadgarstka
566	Zespół Downa
567	Zespół Downa, nieokreślony
568	Zespół Eatona-Lamberta
569	Zespół Guillaina-Barrégo
570	Zespół Hornera
571	Zespół kanału sępu
572	Zespół Me kerssona
573	Zespół ogona końskiego
574	Zespół porażenny, nieokreślony
575	Zespół Retta
576	Zespół Reye'a
577	Zespół tętnicy kręgowo-podstawnej
578	Zespół tętnicy środkowej mózgu
579	Zespół tętnicy tylnej mózgu
580	Zespół uciskowy mózgu
581	Zespół uciskowy rdzenia, nieokreślony
582	Zespół udarowy mózdzku
583	Zespół udarowy pnia mózgu
584	Zespół zmęczenia po zakażeniach wirusowych
585	Złośliwy zespół neuroleptyczny
586	Zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie mózgu
587	Zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego
588	Zwyrodnienie prądkowia i istoty czarnej
589	Zwyrodnienie wieloukładowe

Załącznik 1. Opisy świadczeń w zakresie rehabilitacji neurologicznej dla pacjentów z dysfunkcjami układu nerwowego

Załącznik 2. Porównanie opisów świadczeń obowiązujących i proponowanych

Załącznik 3. Wykaz procedur w poszczególnych profilach interwencji

Załącznik 4. Przegląd rekomendacji i wytycznych klinicznych wybranych elementów procesu diagnostyczno-terapeutycznego rehabilitacji leczniczej

Załącznik 5. Analiza organizacji udzielania świadczeń w zakresie rehabilitacji neurologicznej

Załącznik 6. Analiza dowodów naukowych potwierdzających zasadność stosowania wybranych skal do oceny pacjenta w ramach świadczeń z zakresu rehabilitacji neurologicznej

Spis tabel:

Tabela 1. Wyniki istotne statystycznie (i.s.) zawarte w odnalezionych przeglądach systematycznych z metaanalizą.....	14
Tabela 2. Wyniki istotne statystycznie (i.s.) zawarte w odnalezionych przeglądach systematycznych bez metaanalizy i w badaniach pierwotnych.....	15
Tabela 3. Wyniki n.s. zawarte w odnalezionych publikacjach (przeglądy systematyczne z metaanalizą, przeglądy systematyczne bez metaanalizy, badania pierwotne).....	16
Tabela 4. Klasyfikacja potrzeb rehabilitacyjnych na potrzeby projektowania świadczeń.....	23
Tabela 5. Klasyfikacja potrzeb rehabilitacyjnych w zależności od poziomów opieki.....	23
Tabela 6. Liczba pacjentów i liczba zrealizowanych świadczeń (krotność) z zakresu rehabilitacja neurologiczna oraz współczynnik powtarzalności w podziale na płeć i grupy wiekowe w 2017 r.....	26
Tabela 7. Liczba pacjentów i liczba zrealizowanych świadczeń (krotność) z zakresu rehabilitacja neurologiczna oraz współczynnik powtarzalności w podziale na płeć i 10-letnie przedziały wiekowe w 2017 r.....	27
Tabela 8. Wykaz istotnych rozpoznań głównych ICD-10 (w ujęciu krotności) zrealizowanych w ramach zakresu rehabilitacja neurologiczna w 2017 r.....	28
Tabela 9. Opis profili pacjenta w oparciu o zaburzenia funkcjonalne.....	30
Tabela 10. Charakterystyka populacji docelowej ze względu na poziomy opieki.....	32
Tabela 11. Wyodrębnione w rehabilitacji neurologicznej interwencje usystematyzowane pod kątem profili (grup zawodowych realizujących czynności terapeutyczne/medyczne w ramach swoich kompetencji).....	34
Tabela 12. Profile pacjenta neurologicznego.....	35
Tabela 13 Profile pacjenta neurologicznego w podziale na świadczenia.....	37
Tabela 14. Specyfikacja interwencji realizowanych w poszczególnych poziomów opieki.....	41
Tabela 15. Specyfikacja interwencji realizowanych w poszczególnych świadczeniach dedykowanych dla rehabilitacji neurologicznej.....	42
Tabela 16 Zestawienie projektowanych świadczeń rehabilitacji neurologicznej z odnalezionymi zaleceniami postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.....	51
Tabela 17 Kontekst organizacji rehabilitacji neurologicznej w odniesieniu do wybranych chorób, na podstawie zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.....	78
Tabela 18 Liczba osób oczekujących w kolejkach do rehabilitacji neurologicznej oraz średni ważony czas oczekiwania w oddziale rehabilitacji neurologicznej i oddziale rehabilitacji neurologicznej dla dzieci w ramach kategorii medycznej określonej jako pilne w podziale na OW NFZ.....	84
Tabela 19 Liczba osób oczekujących w kolejkach do rehabilitacji neurologicznej oraz średni ważony czas oczekiwania w oddziale rehabilitacji neurologicznej i oddziale rehabilitacji neurologicznej dla dzieci w ramach kategorii medycznej określonej jako stabilne w podziale na OW NFZ.....	85
Tabela 20 Liczba oczekujących i średni czas oczekiwania do różnych poziomów rehabilitacji leczniczej.....	86

Tabela 21. Zestawienie Top 20 najczęściej sprawozdawanych procedur ICD-9 w zakresie rehabilitacja neurologiczna w 2017 r. (procedury wskazane do rozliczenia i przekazywane fakultatywnie)	89
Tabela 22. Liczba oraz udział kategorii procedur medycznych ICD-9 sprawozdanych w ramach rehabilitacji neurologicznej w 2017 r. (procedury wskazane do rozliczenia)	90
Tabela 23. Liczba oraz udział procedur medycznych ICD-9 z kategorii kinezyterapia sprawozdanych w ramach rehabilitacji neurologicznej w 2017 r. (procedury wskazane do rozliczenia)	90
Tabela 24. Istotne grupy procedur fizjoterapeutycznych z zakresu rehabilitacja neurologiczna w 2017 r.	92
Tabela 25. Istotne grupy procedur fizjoterapeutycznych z zakresu rehabilitacja neurologiczna dla dzieci w 2017 r.	94
Tabela 26. Zestawienie istotnych rozpoznań neurologicznych – malejąco wg wartości zrealizowanej poszczególnych zakresów	95
Tabela 27. Liczba pacjentów z rozpoznaniem neurologicznymi w poszczególnych zakresach w podziale na płeć	97
Tabela 28. Zestawienie istotnych procedur ICD-9 – w poszczególnych zakresach rehabilitacji leczniczej (uwzględniające rozpoznania neurologiczne)	103
Tabela 29. Zestawienie wybranych procedur ICD-9 sprawozdanych w 2017 r. w poszczególnych grupach zakresów rehabilitacji leczniczej	104
Tabela 30 Świadczenia obowiązujące i planowane z uwzględnieniem poziomów opieki	106
Tabela 31 Zdefiniowane problemy związane z realizacją świadczeń stacjonarnych	107
Tabela 32 Charakterystyka populacji docelowej w ramach kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej	109
Tabela 33 Opis świadczeń w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej	112
Tabela 34 Zdefiniowane problemy związane z realizacją świadczeń w oddziale dziennym	131
Tabela 35 Charakterystyka populacji docelowej w ramach kompleksowej rehabilitacji neurologicznej dziennej	132
Tabela 36 Opis świadczeń w zakresie kompleksowej rehabilitacji dziennej dla pacjentów z uszkodzeniami układu nerwowego	133
Tabela 37 Zdefiniowane problemy związane z realizacją świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej	136
Tabela 38 Charakterystyka populacji docelowej w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej	136
Tabela 39 Opis świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów z zaburzeniami układu nerwowego	137
Tabela 40 Zdefiniowane problemy związane z realizacją świadczeń w fizjoterapii domowej	139
Tabela 41 Charakterystyka populacji docelowej w ramach fizjoterapii domowej	140
Tabela 42 Opis świadczeń w zakresie fizjoterapii domowej	141
Tabela 43 Kryteria włączenia publikacji do opracowania.....	145
Tabela 44 Charakterystyka przeglądu Langhorne 2018 włączonego do analizy klinicznej.	145
Tabela 45 Wyniki w zakresie punktów końcowych odnoszących się do skuteczności klinicznej w przeglądzie Langhorne 2018.	147
Tabela 46 Kryteria włączenia publikacji do opracowania.....	149
Tabela 47 Charakterystyka badań włączonych do przeglądu systematycznego Wang 2018.	150
Tabela 48 Wyniki w zakresie punktów końcowych odnoszących się do skuteczności klinicznej terapii poznawczo-behawioralnej u pacjentów z depresją poudarową w przeglądzie Wang 2018.	151
Tabela 49 Kryteria włączenia publikacji do opracowania.....	154
Tabela 50 Kryteria włączenia publikacji do przeglądu.	155
Tabela 51 Charakterystyka przeglądów włączonych do analizy.....	155

Tabela 52 Ocena jakości badań włączonych do przeglądu.	159
Tabela 53 Zestawienie wyników zawarte w odnalezionych przeglądach systematycznych.	159
Tabela 54 Kryteria włączenia publikacji do przeglądu.	164
Tabela 55 Charakterystyka przeglądu włączonego do analizy.	165
Tabela 56 Charakterystyka badania RCT włączonego do analizy.	167
Tabela 57 Wyniki punktów końcowych w przeglądzie systematycznym Mitchell 2017.	167
Tabela 58 Wyniki punktów końcowych w badaniu pierwotnym Woldag 2016.	170
Tabela 59. Kryteria włączenia publikacji do przeglądu.	174
Tabela 60. Charakterystyka badań włączonych do przeglądu systematycznego.	174
Tabela 61. Ocena badania Green 2002 w skali Jadad.	175
Tabela 62. Wyniki analizy skuteczności – badanie Green 2002.	175
Tabela 63 Opinie ekspertów dotyczące kluczowych przyczyn, dla których wnioskowane świadczenia powinny/nie powinny być finansowane ze środków publicznych.	179
Tabela 64 Opinie ekspertów dotyczące kryteriów kwalifikacji do poszczególnych świadczeń.	180
Tabela 65 Opinia ekspertów dotycząca proponowanych niezbędnych wymogów związanych z personelem uprawnionym do realizacji wnioskowanych świadczeń.	185
Tabela 66 Opinia ekspertów dotycząca proponowanych niezbędnych wymogów związanych z zasobami lokalowymi do realizacji wnioskowanych świadczeń.	188
Tabela 67 Opinia ekspertów dotycząca zasadności zastosowania interwencji medycznych w ramach określonych profili do realizacji wnioskowanych świadczeń.	191
Tabela 68 Opinia ekspertów dotycząca innych, rekomendowanych interwencji/profilu interwencji.	194
Tabela 69. Podstawowe informacje o produktach rehabilitacji neurologicznej przewlekłej.	196
Tabela 70. Zestawienie założeń dotyczących przechodzenia pacjentów do oddziału dziennego.	197
Tabela 71. Zestawienie założeń dotyczących przechodzenia pacjentów do fizjoterapii ambulatoryjnej.	197
Tabela 72. Zestawienie zmian ujętych w analizie wpływu na budżet.	198
Tabela 73 Strategia wyszukiwania w bazie Medline via PubMed (data ostatniego wyszukiwania: 10.01.2019 r.)	205
Tabela 74 Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid (data ostatniego wyszukiwania: 10.01.2019 r.)	205
Tabela 75 Strategia wyszukiwania w bazie The Cochrane Library (data ostatniego wyszukiwania 10.01.2019 r.):	205
Tabela 76 Wykluczone badania.	206
Tabela 77. Strategia wyszukiwania w bazie Medline via PubMed (data ostatniego wyszukiwania: 9.01.2019 r.)	207
Tabela 78. Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid (data ostatniego wyszukiwania: 9.01.2019 r.)	208
Tabela 79. Strategia wyszukiwania w bazie The Cochrane Library (data ostatniego wyszukiwania: 9.01.2019 r.)	208
Tabela 80. Wykluczone badania.	209
Tabela 81 Strategia wyszukiwania w bazie Medline via PubMed (data ostatniego wyszukiwania: 11.01.2019).	210
Tabela 82 Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid (data ostatniego wyszukiwania: 09.01.2019)..	210
Tabela 83 Strategia wyszukiwania w bazie The Cochrane Library (data ostatniego wyszukiwania: 11.01.2019).	211
Tabela 84. Kryteria wykluczenia publikacji.	212

Tabela 85. Kryteria wykluczenia publikacji.	212
Tabela 86. Strategia wyszukiwania w bazie Medline via PubMed (data ostatniego wyszukiwania: 09.01.2019).	213
Tabela 87 Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid (data ostatniego wyszukiwania: 09.01.2019)..	214
Tabela 88 Strategia wyszukiwania w bazie The Cochrane Library (data ostatniego wyszukiwania: 09.01.2019).	214
Tabela 89. Kryteria wykluczenia publikacji.	215
Tabela 90 Kryteria wykluczenia publikacji.	215

Spis wykresów:

Wykres 1. Liczba pacjentów i liczba zrealizowanych świadczeń (krotność) z zakresu rehabilitacja neurologiczna oraz współczynnik powtarzalności w 2017 r. w poszczególnych grupach wiekowych	25
Wykres 2. Liczba pacjentów oraz współczynniki korzystania ze świadczeń z zakresu rehabilitacja neurologiczna w poszczególnych grupach rocznikowych w 2017 r.	26
Wykres 3. Udział kategorii rozpoznań głównych ICD-10 zrealizowanych w ramach zakresu rehabilitacja neurologiczna w 2017 r. – w ujęciu liczby zrealizowanych rozpoznań (krotność)	27
Wykres 4. Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń z zakresu rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych w przedziałach wiekowych	87
Wykres 5. Średnia wartość realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych w przedziałach wiekowych w zł	87
Wykres 6. Rozkład liczebności pacjentów ze względu na wartość realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych w 2017 r.	88
Wykres 7. Struktura procedur medycznych sprawozdanych w rehabilitacji neurologicznej w 2017 r. w podziale na procedury wskazane do rozliczenia (tak) i przekazywane fakultatywnie (nie) - w ujęciu liczby procedur	88
Wykres 8. Udział grup procedur ICD-9 zrealizowanych w ramach zakresu rehabilitacja neurologiczna w 2017 r. – w ujęciu liczby zrealizowanych procedur (krotność)	91
Wykres 9. Udział grup procedur fizjoterapeutycznych z zakresu rehabilitacja neurologiczna w 2017 r.	91
Wykres 10. Udział grup procedur ICD-9 zrealizowanych w ramach zakresu rehabilitacja neurologiczna dla dzieci w 2017 r. – w ujęciu liczby zrealizowanych procedur (krotność)	93
Wykres 11. Udział grup procedur fizjoterapeutycznych z zakresu rehabilitacja neurologiczna dla dzieci w 2017 r.	93
Wykres 12. Udział rozpoznań neurologicznych i innych w poszczególnych zakresach rehabilitacji leczniczej w 2017 r. - ujęciu wartości zrealizowanej	95
Wykres 13. Rozkład liczebności pacjentów z rozpoznaniem neurologicznymi od 18 r.ż. ze względu na wiek w grupie fizjoterapia ambulatoryjna w 2017 roku	98
Wykres 14. Rozkład liczebności pacjentów z rozpoznaniem neurologicznymi od 18 r.ż. ze względu na wiek w grupie fizjoterapia domowa w 2017 roku	98
Wykres. 15 Rozkład liczebności pacjentów z rozpoznaniem neurologicznymi od 18 r.ż. ze względu na wiek w grupie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna w 2017 roku	99
Wykres 16. Rozkład liczebności pacjentów z rozpoznaniem neurologicznymi od 18 r.ż. ze względu na wiek w grupie rehabilitacja leczniczej w warunkach ośrodka/oddziału dziennego	99
Wykres 17. Rozkład liczebności pacjentów z rozpoznaniem neurologicznymi od 18 r.ż. ze względu na wiek w grupie rehabilitacja lecznicza w warunkach stacjonarnych	100
Wykres 18. Liczba pacjentów z rozpoznaniem neurologicznymi w grupach wiekowych w podziale na płeć w grupie fizjoterapia ambulatoryjna w 2017 r.	100

Wykres 19. Liczba pacjentów z rozpoznaniem neurologicznym w grupach wiekowych w podziale na płeć w grupie fizjoterapia domowa w 2017 r.	101
Wykres 20. Liczba pacjentów z rozpoznaniem neurologicznym w grupach wiekowych w podziale na płeć w grupie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna w 2017 r.	101
Wykres 21. Liczba pacjentów z rozpoznaniem neurologicznym w grupach wiekowych w podziale na płeć w grupie rehabilitacja leczniczej w warunkach ośrodka/oddziału dziennego w 2017 r.	102
Wykres 22. Liczba pacjentów z rozpoznaniem neurologicznym w grupach wiekowych w podziale na płeć rehabilitacja lecznicza w warunkach stacjonarnych w 2017 r.	102