

Załącznik nr 1 do Protokołu z dnia 22 września 2022 r. z posiedzenia Rady ds. programu polityki zdrowotnej, w zakresie rehabilitacji osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez covid-19 w województwie opolskim

PODSUMOWANIE ZMIAN ZAPISÓW „PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE REHABILITACJI OSÓB Z DEFICYTAMI ZDROWOTNYMI WYWOŁANYMI PRZEZ COVID-19 W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM.”

LP.	UWAGA	PRZED ZMIANĄ	PO ZMIANIE
1	Zgodnie z opinią wymaga weryfikacji: wykorzystanie technologii medycznych nieskutecznych lub o nieudowodnionej skuteczności, jak np. zabiegi z zakresu fizykoterapii. Z projektu należy usunąć interwencje o takim charakterze, np. stosowanie aparatu do wykonywania zabiegów fizykoterapeutycznych.	<p>Zespół wyjazdowy będzie wyposażony w samochód, składany stół do terapii, wielofunkcyjny aparat do wykonywania zabiegów fizykoterapeutycznych, pulsoksymetr, aparat do mierzenia ciśnienia, inhalator</p> <p>Lista wymagań sprzętowych do przeprowadzenia fizjoterapii w warunkach domowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Samochód <input type="checkbox"/> Aparat wielofunkcyjny fizykoterapia <input type="checkbox"/> Stół do masażu składany 	<p>Zespół wyjazdowy będzie wyposażony w samochód, składany stół do terapii, inne niezbędne urządzenia do rehabilitacji/fizjoterapii, pulsoksymetr, aparat do mierzenia ciśnienia, inhalator</p> <p>Rehabilitacja oddechowa i ogólnoustrojowa domowa</p> <p>Lista sprzętu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pulsoksymetr; 2. Spirometr lub peakflowmetr, 3. Wyposażenie każdego pacjenta w przyrząd oporowy do ćwiczeń oddechowych (ew. trenażer oddechowy). 4. Leżanka/ Stół do masażu składany 5. Dostęp do suplementacji tlenowej, co może być zapewnione z zastosowaniem tlenu sprężonego w aerozolu. 6. Podmiot realizujący rehabilitację oddechową i ogólnoustrojową w warunkach domowych powinien nawiązać kontakt z jednostką, od której w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy będzie mógł uzyskać wsparcie. 7. Samochód 8. Urządzenia do rehabilitacji/fizjoterapii 9. Inhalator UD <p>W celu zagwarantowania najwyższej jakości działań należy doposażyć zespół wyjazdowy w urządzenia wspomagające kompleksową fizjoterapię wykorzystywane w oparciu o aktualną wiedzę medyczną i zasady EBM (Evidence Based Medicine). Urządzenie będzie wykorzystywane m.in. do leczenia pacjentów z dolegliwościami bólowymi w obrębie narządu ruchu powstałymi w wyniku przebytej choroby Covid-19.</p>
2	Zgodnie z opinią wymaga weryfikacji: kwalifikacja do rehabilitacji oddechowej w ramach PPZ wykonywana przez fizjoterapeutę na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz bez konieczności wykonywania badań laboratoryjnych.	<p>Włączenie do programu rehabilitacji</p> <p>a) w trybie stacjonarnym:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kwalifikacja lekarska do testów • kwalifikacja przez fizjoterapeutę – testy • kwalifikacja psychologa do testów <p>b) w trybie ambulatoryjnym na oddziale dziennym:</p>	<p>Rehabilitacja oddechowa i ogólnoustrojowa na oddziale dziennym</p> <p>Program rehabilitacji będzie planowany przez fizjoterapeutę na podstawie wyników badań, testów, oceny stanu zdrowia pacjenta, wskazań lekarzy specjalistów oraz prowadzenia w trakcie procesu rehabilitacji monitoringu stanu funkcjonalnego pacjenta.</p> <p>Rehabilitacja oddechowa i ogólnoustrojowa dojazdowa w instytucjonalnej opiece długoterminowej</p> <p>Kwalifikacja do programu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kwalifikacja przez fizjoterapeutę – testy, - wizyty fizjoterapeutyczne

	<ul style="list-style-type: none"> • kwalifikacja przez fizjoterapeutę – testy, • wizyty fizjoterapeutyczne <p>c) w trybie domowym</p> <ul style="list-style-type: none"> • kwalifikacja przez fizjoterapeutę – testy, • wizyty fizjoterapeutyczne <p>d) w trybie ambulatoryjnym w gabinetach usprawniania:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kwalifikacja przez fizjoterapeutę - testy <p>Szczegółowe kryteria włączenia uczestnika Programu w module rehabilitacji ogólnoustrojowej i oddechowej: Osoba, u której zdiagnozowano któryś z problemów zdrowotnych jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> obniżenie tolerancji wysiłku, <input checked="" type="checkbox"/> „włóknistość pocovidową płuc”, <input checked="" type="checkbox"/> zakrzepicę płucną, <input checked="" type="checkbox"/> duszności, <input checked="" type="checkbox"/> niską saturację, <input checked="" type="checkbox"/> bóle mięśni (wywołane ich osłabieniem lub zanikiem), <input checked="" type="checkbox"/> bóle stawów, <input checked="" type="checkbox"/> nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych 	<p>Rehabilitacja oddechowa i ogólnoustrojowa w warunkach szpitalnych</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Osoby pełnoletnie, po przejściu COVID-19 spełniające kryteria opisane w działach Diagnostyka podstawowa i rozszerzona. 2. Osoba uzyskała wynik w skali duszności mRC 2-4 34. 3. Inne wskazania lekarza specjalisty. 4. Posiada wyniki następujących badań- <ul style="list-style-type: none"> - morfologia, - markery zapalne (CRP, ferrytyna), - parametry układu krzepnięcia istotne w diagnostyce zakrzepicy i zatorowości płucnej (D-dimery, fibrynogen), - enzymy wątrobowe (ASPAT, ALAT, LDH), - gazometria, glikemia na czczo, - TSH, - poziom mocznika, kreatyniny i filtracji kłębuszkowej. - badanie spirometryczne, - elektrokardiografię (EKG), - prześwietlenie (RTG) klatki piersiowej, - test serologiczny ELISA - Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-9 - test wysiłkowy (test na ergometrze rowerowym lub test na bieżni ruchomej lub test 6-minutowego marszu) z oceną tolerancji wysiłkowej - ocena nasilenia duszności w skali nMRC lub zmodyfikowanej skali Borga - ocena stanu odżywienia w skali NRS 2002 lub SGA - ocena stopnia wydolności serca w skali NYHA - spirometryczna ocena czynności układu oddechowego - ocena funkcjonalna w skali Barthel. 5. Osoba uzyskała w ramach programu skierowanie na rehabilitację oddechową i ogólnoustrojową w warunkach szpitalnych 6. W pierwszej kolejności należy włączać pacjentów: <ol style="list-style-type: none"> 1. leczonych na COVID-19 na oddziale intensywnej terapii lub przy pomocy wysokoprzepływowej tlenoterapii; 2. z umiarkowanymi lub ciężkimi objawami neurologicznymi – to jest kwalifikacja do rehabilitacji pocovidowej, według, w stanie neurologicznym umożliwiającym wykonanie ćwiczeń, 3. z wynikiem zmodyfikowanej skali duszności Borga (3-6) lub wynik testu 6MWT ≤ 300 m. 4. Kryteria do rehabilitacji stacjonarnej zarządzenia Prezesa NFZ: 5. Klincznym kryterium kwalifikacji pacjentów do objęcia świadczeniem są powikłania lub następstwa po przebyciu COVID-19 w zakresie układu oddechowego lub układu krążenia lub układu nerwowego lub narządu ruchu (wynik 1-4 przy ocenie stanu zdrowia w skali od 0 do 4 na podstawie codziennego funkcjonowania pacjenta i odczuwania objawów po przebyciu COVID-19) 6. lub spadek siły mięśniowej z wykorzystaniem oceny siły mięśniowej skalą MRC (0-5) 7. lub stopień nasilenia duszności wg skali mMRC w stopniu 2-3. 8. Kryterium kwalifikacji pacjentów z dominującymi problemami układu oddechowego do objęcia świadczeniem jest wynik w skali nasilenia duszności mMRC > 2. <p>Rehabilitacja oddechowa i ogólnoustrojowa domowa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Osoby pełnoletnie, po przejściu COVID-19 spełniające kryteria opisane w działach Diagnostyka podstawowa i rozszerzona.
--	---	--

			<p>2. Kryterium kwalifikacji do programu rehabilitacyjnego w warunkach domowych (rekommendacja AOTMiT):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wynik 3-9 w skali oceny funkcjonalnej (0-10) 2) z wykorzystaniem oceny siły mięśniowej MRC (0-5), 3) wynik ≥ 1 (0-4) w skali duszności mMRC (ang. modified Medical Research Council) 4) lub występowanie zespołu słabości nabytego podczas pobytu na OIT (KIF 2020). <p>3. Z rehabilitacji domowej można skorzystać nie później niż do 12 miesięcy od zakończenia leczenia COVID-19.</p> <p>4. Inne wskazania lekarza specjalisty.</p>
3	<p>W przedmiotowym projekcie PPZ podstawą do uczestnictwa w „Blokach rehabilitacji poCovidowej” jest m.in. spełnienie warunku „nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych”. Aktualnie projekt nie przedstawia informacji uzasadniających przyjęcie ww. postępowania, a rekomendacja 48aa rekomenduje rezygnację z badań laboratoryjnych. Należy zweryfikować zapisy.</p> <p>W ramach programu nie należy wykonywać badań dodatkowych, które nie pozostają w bezpośrednim związku z rehabilitacją i nie są dla jej realizowania niezbędne. Ewentualnie należy przedstawić szczegółowy opis uzasadniający ww. związek z rehabilitacją.</p>	<p>Brak uzasadnienia. Wyłącznie zapis: Podsumowując, przed kwalifikacją do programu rehabilitacji pacjent powinien mieć wykonaną wnikliwą ocenę w kierunku powikłań po COVID-19 i uzgodnienia indywidualnego planu rehabilitacji. Ocena powinna obejmować: niezbędne badania laboratoryjne (m.in. morfologia, markery zapalne (CRP, ferrytyna), parametry układu krzepnięcia istotne w diagnostyce zakrzepicy i zatorowości płucnej (D-dimery, fibrynogen), enzymy wątrobowe (ASPART, ALAT, LDH), gazometria, glikemia na czczo, TSH, poziom mocznika, kreatyniny i filtracji kłębkowej), badanie spirometryczne, elektrokardiografię (EKG), prześwietlenie (RTG) klatki piersiowej, ponadto antygen SARS-COV-2 i oznaczenie poziomu przeciwciał, testy GHQ-28 i ACE-III PL, test wysiłkowy (test na ergometrze rowerowym lub test na bieżni ruchomej lub test 6-minutowego marszu) z oceną tolerancji wysiłkowej, ocena nasilenia duszności w skali nMRC lub zmodyfikowanej skali Borga, ocena stanu odżywienia w skali NRS 2002 lub SGA, ocena stopnia wydolności serca w skali NYHA, ocena funkcjonalna w skali Barthel, zależnie od wyników pacjenta można też wykonać: USG płuc, echo serca, TK tkanki płucnej oraz badanie fizykalne.</p>	<p>Podsumowując, przed kwalifikacją do programu rehabilitacji pacjent powinien mieć wykonaną wnikliwą ocenę w kierunku powikłań po COVID-19 i uzgodnienia indywidualnego planu rehabilitacji. Ocena powinna obejmować: niezbędne badania laboratoryjne (m.in. morfologia, markery zapalne (CRP, ferrytyna), parametry układu krzepnięcia istotne w diagnostyce zakrzepicy i zatorowości płucnej (D-dimery, fibrynogen), enzymy wątrobowe (ASPART, ALAT, LDH), gazometria, glikemia na czczo, TSH, poziom mocznika, kreatyniny i filtracji kłębkowej), chyba, że lekarz skieruje pacjenta do rehabilitacji bez wykonania badań podstawowych, jeśli uzna że ich wynik nie wnosi nic istotnego z punktu widzenia rehabilitacji w warunkach domowych u danego pacjenta. Fakt ten zostanie odnotowany w dokumentacji medycznej. Ponadto ocena powinna obejmować badanie spirometryczne, elektrokardiografię (EKG), prześwietlenie (RTG) klatki piersiowej, ponadto antygen SARS-COV-2 i oznaczenie poziomu przeciwciał, testy GHQ-28 i ACE-III PL, test wysiłkowy (test na ergometrze rowerowym lub test na bieżni ruchomej lub test 6-minutowego marszu) z oceną tolerancji wysiłkowej, ocena nasilenia duszności w skali nMRC lub zmodyfikowanej skali Borga, ocena stanu odżywienia w skali NRS 2002 lub SGA, ocena stopnia wydolności serca w skali NYHA, ocena funkcjonalna w skali Barthel, zależnie od wyników pacjenta można też wykonać: USG płuc, echo serca, TK tkanki płucnej oraz badanie fizykalne.</p>

		<p>odżywienia w skali NRS 2002 lub SGA, ocena stopnia wydolności serca w skali NYHA, ocena funkcjonalna w skali Barthel, zależnie od wyników pacjenta można też wykonać: USG płuc, echo serc, TK tkanki płucnej oraz badanie fizykalne</p>	
4	<p>zaangażowanie kadry lekarskiej należałoby ograniczyć do niezbędnego minimum. Rekomendacja wskazuje na zaangażowanie w rehabilitację fizjoterapeutów</p>	<p>Kwalifikacje zawodowe osób, które będą realizowały Program to:</p> <p>1. Lekarz realizujący świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej (posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub posiadający specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych) oraz art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;</p> <p>2. Lekarz rehabilitacji medycznej (lekarz posiadający II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej w trybie określonym w przepisach o zawodzie lekarza i lekarza dentystry i uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę) oraz</p>	<p>Każda z osób biorąca udział w PPZ Program będzie posiadała co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe</p> <p>POZ:</p> <p>1. Lekarz realizujący świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej (posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub posiadający specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych) oraz art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej; Sekretarka medyczna.</p> <p>2. Pielęgniarka Środowiskowa.</p> <p>3. 6. Sekretarka medyczna</p> <p>DIAGNOSTYKA</p> <p>1. Koordynator Centrum Diagnostycznego –</p> <p>2. Lekarz realizujący świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej (posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub posiadający specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych) oraz art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;</p> <p>3. Lekarz rehabilitacji medycznej (lekarz posiadający II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej w trybie określonym w przepisach o zawodzie lekarza i lekarza dentystry i uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę) oraz art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;</p> <p>4. Lekarz specjalista lekarz posiadający II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny lub lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji w określonej dziedzinie medycyny w trybie określonym w przepisach o zawodzie lekarza i lekarza dentystry i uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę) oraz art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;</p> <p>5. Lekarz psychiatra (lekarz posiadający II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji w dziedzinie psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży w trybie określonym w przepisach o zawodzie lekarza i lekarza dentystry i uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności</p>

art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
3. Fizjoterapeuta, wykonywujący zawód zgodnie z ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz art. 19a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
4. Lekarz specjalista lekarz posiadający II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny lub lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji w określonej dziedzinie medycyny w trybie określonym w przepisach o zawodzie lekarza i lekarza dentystry i uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę) oraz art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
5. Lekarz psychiatra (lekarz posiadający II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji w dziedzinie psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży w trybie określonym w przepisach o zawodzie lekarza i lekarza dentystry i uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę) art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;

umożliwiających samodzielną pracę) art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
6. Fizjoterapeuta, wykonujący zawód zgodnie z ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz art. 19a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Fizjoterapeuta posiadający uprawnienia do planowania postępowania fizjoterapeutycznego.

Rehabilitacja oddechowa i ogólnoustrojowa w warunkach szpitalnych

1. Lekarz rehabilitacji medycznej (lekarz posiadający II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej w trybie określonym w przepisach o zawodzie lekarza i lekarza dentystry i uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę) oraz art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
2. Fizjoterapeuta posiadający uprawnienia do planowania postępowania fizjoterapeutycznego;
3. Pielęgniarka wykonująca zawód zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o pielęgniarkach i położnych oraz art. 19 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.
4. Pielęgniarka wykonująca zawód zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o pielęgniarkach i położnych oraz art. 19 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
5. Opiekun medyczny;
6. Sekretarka medyczna.

Terapia psychologiczna w warunkach szpitalnych

1. Lekarz psychiatra (lekarz posiadający II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji w dziedzinie psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży w trybie określonym w przepisach o zawodzie lekarza i lekarza dentystry i uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę) art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
2. Psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej, wykonujący zawód zgodnie z ustawą z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów.
3. Psychoterapeuta posiada dyplom lekarza lub magistra psychologa. Ukończył podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia [zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99). Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne (Z03)], prowadzonych metodami o udowodnionej naukowo skuteczności, w szczególności metodą terapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej lub systemowej, w wymiarze co najmniej 1200 godzin albo przed 2007 r. ukończył podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia w wymiarze czasu określonym w programie tego szkolenia, posiada zaświadczenie, zwane dalej „certyfikatem psychoterapeuty”, poświadczające odbycie szkolenia, zakończonego egzaminem przeprowadzonym przez komisję zewnętrzną wobec podmiotu

	<p>6. Pielęgniarka wykonująca zawód zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o pielęgniarstwie i położnictwie oraz art. 19 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;</p> <p>7. Psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej, wykonywujący zawód zgodnie z ustawą z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów.</p> <p>8. Psychoterapeuta posiada dyplom lekarza lub magistra psychologa. Ukończył podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia [zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99). Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne (Z03)], prowadzonych metodami o udowodnionej naukowej skuteczności, w szczególności metodą terapii psychodynamicznej, poznawczo–behawioralnej lub systemowej, w wymiarze co najmniej 1200 godzin albo przed 2007 r. ukończył podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia w wymiarze czasu określonym w programie tego szkolenia, posiada zaświadczenie, zwane dalej „certyfikatem psychoterapeuty”, poświadczające odbycie szkolenia, zakończonego egzaminem przeprowadzonym przez</p>	<p>kształcącego, w skład której nie wchodzi przedstawiciele podmiotu kształcącego, w szczególności powołaną przez stowarzyszenia wydające certyfikaty psychoterapeuty lub jest w trakcie szkolenia,</p> <p>4. Pielęgniarka wykonująca zawód zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o pielęgniarstwie i położnictwie oraz art. 19 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;</p> <p>5. Opiekun medyczny;</p> <p>6. Sekretarka medyczna.</p> <p>Rehabilitacja oddechowa i ogólnoustrojowa na oddziale dziennym</p> <p>1. Lekarz rehabilitacji medycznej (lekarz posiadający II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej w trybie określonym w przepisach o zawodzie lekarza i lekarza dentystry i uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiającą samodzielną pracę) oraz art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;</p> <p>2. Fizjoterapeuta posiadający uprawnienia do planowania postępowania fizjoterapeutycznego;</p> <p>3. Pielęgniarka wykonująca zawód zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o pielęgniarstwie i położnictwie oraz art. 19 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.;</p> <p>4. Pielęgniarka wykonująca zawód zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o pielęgniarstwie i położnictwie oraz art. 19 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;</p> <p>5. Opiekun medyczny;</p> <p>6. Sekretarka medyczna.</p> <p>Rehabilitacja oddechowa i ogólnoustrojowa domowa/ Fizjoterapia oddechowa i ogólnoustrojowa dojazdowa</p> <p>1. Fizjoterapeuta, wykonujący zawód zgodnie z ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz art. 19a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Fizjoterapeuta posiadający uprawnienia do planowania postępowania fizjoterapeutycznego.</p> <p>2. Pielęgniarka wykonująca zawód zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o pielęgniarstwie i położnictwie oraz art. 19 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;</p> <p>3. Psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej, wykonywujący zawód zgodnie z ustawą z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów.</p> <p>Fizjoterapia oddechowa i ogólnoustrojowa - ambulatoryjna</p> <p>Fizjoterapeuta, wykonujący zawód zgodnie z ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz art. 19a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Fizjoterapeuta posiadający uprawnienia do planowania postępowania fizjoterapeutycznego.</p>
--	--	---

		komisję zewnętrzną wobec podmiotu kształcącego, w skład której nie wchodzi przedstawiciele podmiotu kształcącego, w szczególności powołaną przez stowarzyszenia wydające certyfikaty psychoterapeuty lub jest w trakcie szkolenia. Każda z osób realizująca Program będzie posiadała co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe.	
5	„Opiniowany projekt zawiera interwencje wykraczające poza te uwzględnione w rekomendacji w sprawie rehabilitacji po COVID-19. Stanowią one przedmiot niniejszej opinii i wymagają bardziej szczegółowego opisu w projekcie PPZ. W szczególności należy uzupełnić opis dodatkowych efektów zdrowotnych, które mają zostać uzyskane w konsekwencji zastosowania tych interwencji.”		<p>Dodatkowe efekty interwencji wykraczających poza rekomendacje :</p> <ul style="list-style-type: none"> • w przypadku występowania bólu w obrębie narządu ruchu, uzyskanie zmniejszenia jego natężenia (skala VAS), • w przypadku występowania zaników mięśniowych w związku z unieruchomieniem lub ograniczeniem aktywności ruchowej, uzyskanie zwiększenia siły i masy mięśniowej (test Loveta), • wskutek zastosowania ćwiczeń aerobowych, potencjalna redukcja masy ciała, poprawa wskaźnika BMI, stymulacja zachowań prozdrowotnych, promowanie aktywności ruchowej, • w przypadku zaburzeń równowagi i koordynacji ruchowej, uzyskanie poprawy tych parametrów w ocenie funkcjonalnej. <p>W wyniku działań psychoedukacyjnych wzrosnie samoświadomości dotycząca własnych zasobów i deficytów, a także podstawowy wgląd we własne zachowania i ich przyczyny.</p> <p>Dodatkowym efektem terapii psychologicznej jest wsparcie pacjenta w kreowaniu własnych narzędzi wspierających radzenie sobie, już po zakończonym turnusie, tj. proaktywna postawa, modyfikacja stylu życia, wprowadzenie struktury dobowej, rozpoznawanie nawrotów, a także poprawa umiejętności komunikacji z bliskimi i przedstawicielami służby zdrowia.</p> <p>Dodatkowym specyficznym efektem prozdrowotnym uzyskanym przez pacjentów objętych programem będzie:</p> <p>Wzrost wiedzy na temat tego jak radzić sobie z obawami pocovidowymi, ze szczególnym naciskiem na objawy związane z emocjami i funkcjami poznawczymi. Kolejnym celem jest nakreślenie problemów somatycznych i ich sprzężenie z tymi natury psychicznej i neuropsychologicznej. Ostatnim celem jest profilaktyka mająca na celu zapobieganie pogłębianiu się zaburzeń emocjonalnych i poznawczych.</p>
6	Istotne zastrzeżenia budzi objęcie działaniami populacji, która nie wykazuje deficytów funkcjonalnych związanych z przejściem COVID-19. Postępowanie nie warunkuje osiągnięcia celu głównego	Zbyt ogólne opisy	Uzupełniono szczegółowo. Strony 39-45 PPZ.

	programu i wymaga weryfikacji.		
7	<p>W projekcie nie uzasadniono korzyści, jakie ma przynieść rozpoczęcie prac nad opracowaniem aplikacji monitorującej aktywność fizyczną. Przedstawiono jedynie zdawkowy opis, który jest niewystarczający dla oszacowania czy oceny ewentualnych korzyści. W związku z powyższym konieczne jest wyczerpujące uzupełnienie w projekcie informacji na temat wykorzystania aplikacji w rehabilitacji osób po COVID-19 oraz korzyści dla tej populacji.</p>	<p>Planuje się również rozpoczęcie prac nad aplikacją, której zadaniem będzie monitorowanie aktywności fizycznej, mobilizowanie do niej i proponowanie bezpiecznych aktywności w zależności od indywidualnych potrzeb pacjentów i występujących chorób współistniejących.</p>	Usunięto
8	<p>W projekcie nie przedstawiono poprawnie sformułowanych mierników efektywności interwencji, w związku z czym ewaluacja programu może być utrudniona, co wymaga uzupełnienia</p> <p>Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych</p>	<p>Wskaźnik nr 1 – poprawa wydolności fizycznej (wyrażonej w MET) dla 70% populacji o 10% w 6MWT</p> <p>Wskaźnik nr 2 – podniesienie kategorii usprawniania wg tabeli Prof. J. Szczeglińskiego. Testy w kwalifikacji pacjenta do modeli rehabilitacji oddechowej</p> <p>Wskaźnik nr 3 – poprawa oceny zmęczenia i duszności spoczynkowej lub wysiłkowej w skali mBS, o minimum 1 punkt, u 80% pacjentów poddanych rehabilitacji poCOVIDowej</p> <p>Wskaźnik nr 4 – poprawa funkcjonowania w skalach: symptomy somatyczne; niepokój, bezsenność; zaburzenia funkcjonowania i symptomy depresji (Ocena Zdrowia Psychicznego – GHQ 28).</p> <p>Wskaźnik nr 5 - poprawa w funkcjach uwagi, orientacji, pamięci, fluencji słownej,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Odsetek uczestników programu po przebyciu COVID-19, u których stwierdzono poprawę tolerancji wysiłku fizycznego (\geq MCID) (70%) 2. Odsetek uczestników programu po przebyciu COVID-19, u których stwierdzono podniesienie kategorii modelu usprawniania wg prof. Jana Szczeglińskiego (modele rehabilitacji pulmonologicznej) co najmniej o jedną kategorię (70%) 3. Odsetek uczestników programu po przebyciu COVID-19, u których stwierdzono poprawę czynności wentylacyjnej (\geq MCID) (70%) 4. Odsetek uczestników programu po przebyciu COVID-19, u których stwierdzono zmniejszenie poziomu duszności (\geq MCID) (70%) 5. Odsetek uczestników programu po przebyciu COVID-19, u których stwierdzono zmniejszenie poziomu przewlekłego zmęczenia (\geq MCID) (70%) 6. Odsetek osób, u których stwierdzono poprawę stanu psychicznego w zakresie lęku i zaburzeń nastroju związanych z przebyciem COVID-19 (50%) 7. Odsetek osób, u których stwierdzono poprawę w stosunku do stanu początkowego, funkcjonowania poznawczego (25%) 8. Odsetek uczestników programu, u których odnotowano wzrost wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem COVID-19 (80%) 9. Odsetek uczestników programu, u których odnotowano wzrost umiejętności w zakresie rehabilitacji osób po COVID-19 (80%)

	<p>działań. Wartości mierników powinny być określone według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Zalecanym podejściem jest sformułowanie indywidualnego miernika efektywności, czyli sposobu przeliczenia danych zbieranych w ramach monitorowania, dla każdego z celów programu. Zapisy przedstawione jako mierniki efektywności interwencji zostały sformułowane błędnie – jako cele szczegółowe (nr 1-5) lub jako dane zbierane w ramach monitorowania (nr 6-11). Projekt wymaga uzupełnienia o prawidłowo sformułowane mierniki efektywności.</p>	<p>funkcjach językowo i wzrokowo -przestrzennych (Addenbrooke's Cognitive Examination III PL – kwestionariusz w załączniku)</p>	
9	<p>Brak jest dowodów naukowych wskazujących na skuteczność w profilaktyce ponownego zachorowania na COVID-19 ćwiczeń aerobowych. Dodatkowo organizowanie spotkań w grupach 20-osobowych może sprzyjać rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2 w przypadku wystąpienia kolejnego nasilenia liczby zachorowań, jednak w projekcie nie przedstawiono postępowania na wypadek wystąpienia takiego scenariusza.</p>	<p>Nowatorskim elementem niniejszego Programu jest wprowadzenie fizjoprofilaktyki pierwotnej i wtórnej, polegającej na prowadzeniu przez fizjoterapeutę ćwiczeń aerobowych w populacji osób włączonych do Programu. (...)Sesje fizjoprofilaktyki będą polegać na realizacji 60 minutowych ćwiczeń aerobowych w maksymalnie 20 osobowych grupach.</p>	<p>Rada podjęła decyzję o pozostawieniu zadania w niezmienionej postaci, w tym w formie ćwiczeń aerobowych jako formy fizjoprofilaktyki z projektu. Dokonano uzupełnienia zapisów Programu Zdrowotnego: Ćwiczenia aerobowe jako formy fizjoprofilaktyki stanowią istotny element rehabilitacji pacjentów po przebytych Covid-19, co wynika wprost z rekomendacji WHO w tej sprawie, a także z najnowszych badań. W systematycznym przeglądzie literatury, dotyczącym światowych rekomendacji dla rehabilitacji po Covid-19, przeszukano największe bazy artykułów medycznych: PubMed, Google Scholar, PEDro, Cochrane, włączając do analizy 2835 publikacji. Z przeglądu jednoznacznie wynika że bezsporną rekomendacją dla osób, które łagodnie przeszły Covid-19 jest trening aerobowy [1]. W badaniach przeprowadzonych przez Nambi i wsp. Wskazano że trening aerobowy o umiarkowanej intensywności jest dobrze tolerowany przez starszych pacjentów i okazał się bardziej skuteczny od treningu aerobowego o wysokiej intensywności w poprawie siły mięśniowej, kinezyfobii i jakości życia osób z pocovidowym zespołem sarkopenii [2]. Inny systematyczny przegląd literatury wykazał, że pacjenci po COVID-19 powinni stosować regularny program ćwiczeń aerobowych przez 20-60 minut z intensywnością 55% -80% VO2max lub 60% -80% HRmax. Ćwiczenia powinny być wykonywane 2-3 razy w tygodniu. Konkluzją przeprowadzonych badań było stwierdzenie, że tak</p>

<p>Fizjoprofilaktyka pierwotna i wtórna Interwencja ma polegać na prowadzeniu przez fizjoterapeutę ćwiczeń aerobowych w formie zajęć grupowych. Czas trwania pojedynczych zajęć to 60 minut. Maksymalna liczebność grupy wynosi 20 osób. Nie przedstawiono postępowania na wypadek wystąpienia wzrostu zachorowań na COVID-19. Nie przedstawiono sumarycznej liczby zajęć, z których może skorzystać uczestnik PPZ.</p> <p>Zajęcia fizjoprofilaktyczne mają zostać rozszerzone o edukację dotyczącą zdrowego stylu życia oraz znaczenia regularnej aktywności fizycznej. Nie przedstawiono dodatkowych szczegółów.</p> <p>Interwencja powinna być kierowana jedynie do osób z ubytkami funkcjonalnymi powstałymi jako skutek przejścia COVID-19, jako uzupełnienie indywidualnego postępowania rehabilitacyjnego. Projekt wymaga zmiany w tym zakresie</p>		<p>stosowane ćwiczenia aerobowe zwiększają sprawność układu immunologicznego i nie powodują wyczerpania pacjenta [3]. Stavrou i wsp. w badaniu obserwacyjnym zbadali efekty 8 – tygodniowego programu fizjoterapii oddechowej u 20 pacjentów wcześniej hospitalizowanych z powodu COVID – 19. Każdy pacjent brał udział w trzech stuminutowych sesjach treningowych w tygodniu. Każda sesja obejmowała rozgrzewkę (5 minut), ćwiczenia gibkościowe, rozciągające (5 minut), ćwiczenia aerobowe polegające na chodzeniu po płaskiej powierzchni (około 50 minut), ćwiczenia jogi oraz propriocepcji (20 minut) oraz ćwiczenia siłowe (20 minut). Dodatkowo pacjenci mieli spersonalizowane zalecenia dietetyczne, oparte na diecie śródziemnomorskiej. Program realizowany był w warunkach domowych. Przestrzeganie programu kontrolowano na podstawie rozmów telefonicznych. Po zakończeniu programu odnotowano istotną poprawę saturacji krwi obwodowej tlenem, obniżenie spoczynkowego skurczowego ciśnienia krwi i tętna oraz redukcję duszności i skurczowego ciśnienia krwi i tętna w trakcie testu 6-minutowego marszu, jakości snu, oraz aktywności antyoksydacyjnej osocza. Korzystnym zmianom uległ skład ciała (redukcja udziału tłuszczu).[4]</p> <p>Kokhan i wsp. na grupie 48 osób badali efekt dodania ćwiczeń oddechowych do standardowego programu fizjoterapii na parametry czynności oddechowej u osób po przebytych zapaleniu płuc w przebiegu COVID – 19. Program ćwiczeń oddechowych był dobierany indywidualnie, z uwzględnieniem stopnia zaawansowania choroby oraz schorzeń współistniejących. Po jednomiesięcznej terapii stwierdzono istotną poprawę w grupie z ćwiczeniami oddechowymi w stosunku do grupy kontrolnej w zakresie odczuwalnej duszności (mierzonej skalą mMRS), saturacji tlenem krwi obwodowej oraz jakości życia (EQ-5D). W obu grupach zmniejszyły się zaburzenia depresyjne, oceniane skalą HADS.[5]</p> <p>Armini i wsp. badali skuteczność interaktywnego treningu poznawczo - motorycznego (cognitive-motor training - CMT) w powrocie funkcji poznawczych u mężczyzn w podeszły wieku po przebytych COVID – 19. Włączono 42 ozdrowieńców do 4-tygodniowego programu CMT realizowanego o dwa razy w tygodniu. Za pomocą General Health Questionnaire (GHQ-2) oraz Mini-Mental State Examination (MMSE) stwierdzono redukcję depresji, zaburzeń lękowych, poprawę przystosowania społecznego, a także sprawności fizycznej zarówno w obserwacji krótkoterminowej, jak i długoterminowej [6].</p> <p>W celu zagwarantowania bezpieczeństwa uczestników, w przypadku wystąpienia kolejnego nasilenia liczby zachorowań, zakłada się zmniejszenie grup, w celu zachowania dystansu oraz minimalizacji ryzyka rozprzestrzeniania się wirusa.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agostini F, Mangone M, Ruiu P, Paolucci T, Santilli V, Bernetti A. Rehabilitation setting during and after Covid-19: An overview on recommendations. <i>J Rehabil Med.</i> 2021 Jan 5;53(1):jrm00141. doi: 10.2340/16501977-2776. 2. Nambi G, Abdelbasset WK, Alrawaili SM, Elsayed SH, Verma A, Vellaiyan A, Eid MM, Aldhafian OR, Nwihadh NB, Saleh AK. <i>Comparative effectiveness study of low versus high-intensity aerobic training with resistance training in community-dwelling older men with post-COVID 19 sarcopenia: A randomized controlled trial. Clin Rehabil.</i> 2022 Jan;36(1):59-68. doi: 10.1177/02692155211036956. Epub 2021 Aug 3.
---	--	--

			<p>3. Alawna M, Amro M, Mohamed AA. <i>Aerobic exercises recommendations and specifications for patients with COVID-19: a systematic review. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2020 Dec;24(24):13049-13055. doi: 10.26355/eurrev_202012_24211.</i></p> <p>4. Stavrou VT, Turlakopoulos KN, Vavougiou GD, Papayianni E, Kiribesi K, Maggoutas S, Nikolaidis K, Fradelos EC, Dimeas I, Daniil Z, Gourgoulianis KI, Boutlas S. <i>Eight Weeks Unsupervised Pulmonary Rehabilitation in Previously Hospitalized of SARS-CoV-2 Infection. J Pers Med. 2021 Aug 18;11(8):806;</i></p> <p>5. Kokhan S, Romanova E, Dychko V, Dychko E, Dychko D, Shayda O. <i>The dynamics of physical activity recovery processes of people who recovered from COVID-19. Laplage Em Revista. 2021; 7(3C):607-612.</i></p> <p>6. Amini A, Vaezmousavi M, Shirvani H. <i>The effectiveness of cognitive-motor training on reconstructing cognitive health components in older male adults, recovered from the COVID-19. Neurol Sci. 2022 Feb;43(2):1395-1403</i></p>
10	<p>W projekcie w ramach „Bloku rehabilitacji poCovidowej” zaplanowano moduł w module psychiatrycznej i neuropsychiatrycznej. Przegląd dowodów naukowych <u>nie potwierdził skuteczności zaproponowanych interwencji psychiatrycznych jako form rehabilitacji</u> przetrwałych zaburzeń po przejściu choroby COVID-19. Niezasadnym jest stosowanie w ramach PPZ działań o nieudowodnionej skuteczności, co należy uwzględnić w projekcie</p> <p>Przegląd dowodów naukowych nie potwierdził skuteczności interwencji psychiatrycznych jako formy rehabilitacji przetrwałych zaburzeń po przejściu choroby COVID-19. Tym samym ich realizacja jest niezasadna.</p>	<p>Rehabilitacja i terapie w trybie stacjonarnym na oddziale szpitalnym z zakresu rehabilitacji psychiatryczno-psychologicznej. Rehabilitacja psychologiczna uczestników projektu będzie udzielana w warunkach stacjonarnych. Obejmować będzie czterotygodniowe turnusy pobytowe w jednym z ośrodków realizujących Program. Lista procedur z zakresu rehabilitacji psychiatryczno-psychologicznej dla uczestników Programu - osób hospitalizowanych obejmująca minimum 4 procedury z niżej zamieszczonej listy dostosowanych do stanu funkcjonalnego i potrzeb zdrowotnych pacjenta:</p> <p>93.86 Terapia psychologiczna lub neurologopedyczna 94.012 Test Wechslera dla dorosłych 94.022 Test pamięci wzrokowej Bentona 94.023 Minnesocki Wielowymiarowy Kwestionariusz Osobowości (MMPI)</p>	<p>BLOK III Terapia psychologiczna w warunkach szpitalnych</p> <p>Terapia psychologiczna uczestników projektu będzie udzielana w warunkach stacjonarnych. Obejmować będzie czterotygodniowe turnusy pobytowe w jednym z ośrodków realizujących Program. Poprawa wyników w kwestionariuszu GHQ-28 o co najmniej 15% w stosunku do stanu początkowego u 50% osób po przebyciu COVID-19 uczestniczących w programie PPZ. Ocena w skalach: symptomy somatyczne; niepokój, bezsenność; zaburzenia funkcjonowania i symptomy depresji (Ocena Zdrowia Psychicznego - GHQ 28). Badanie wykonane przy rozpoczęciu terapii psychologicznej/ psychiatrycznej oraz po jej zakończeniu.</p> <p>W ramach terapii psychologicznej wykonana będzie diagnoza stanu psychicznego w oparciu o wywiad kliniczny i wystandaryzowane metody badawcze. Analizowana będzie dokumentacja medyczna pod kątem kryteriów włączenia i wyłączenia do PPZ.</p> <p>W przypadku zakwalifikowania uczestnika do terapii psychologicznej ponowna ocena stanu psychicznego następuje po 4-tygodniowej terapii.</p> <p>W uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość dodatkowej konsultacji z lekarzem psychiatrą.</p> <p>Każda osoba zakwalifikowana do PPZ otrzymują zindywidualizowany program oddziaływań psychologicznych, które obejmują procedury relaksacyjne, edukacyjne, interwencje psychologiczne, wsparcie. Procedury te realizowane będą w trybie indywidualnym i grupowym. Osoby, które nie wykazują nasilenia problemów natury psychologicznej jako następstwa COVID-19 kończą udział w programie. Osoby u których zidentyfikowano przeciwwskazania do udziału w terapii psychologicznej otrzymują indywidualne zalecenia odnośnie dalszego postępowania i kończą udział w programie.</p> <p>Lista procedur z zakresu terapii psychologicznej dla uczestników Programu - osób hospitalizowanych obejmująca minimum 5 procedury z niżej zamieszczonej listy dostosowanych do stanu funkcjonalnego i potrzeb zdrowotnych pacjenta:</p> <p>94.02 Badanie testem psychologicznym 94.08 Testy/ocena psychologiczna - inna 94.09 Psychologiczna ocena stanu psychicznego - inne niż wymienione 94.131 Wywiad przed przyjęciem na leczenie 94.332 Trening behawioralny 94.335 Trening autogeny 94.336 Terapia behawioralno-relaksacyjna - inne formy</p>

		<p>94.02 Badanie testem psychologicznym 94.03 Badanie osobowości 94.08 Testy/ocena psychologiczna - inna 94.09 Psychologiczna ocena stanu psychicznego - inne niż wymienione 94.111 Kliniczno-psychiatryczna ocena stanu psychicznego 94.115 Ocena stanu psychicznego - inne 94.12 Rutynowa wizyta psychiatryczna 94.131 Wywiad przed przyjęciem na leczenie 94.23 Leczenie neuroleptykami 94.25 Leczenie lekami psychiatrycznymi - inne 94.332 Trening behawioralny 94.335 Trening autogenny 94.336 Terapia behawioralno-relaksacyjna - inne formy 94.35 Interwencja kryzysowa 94.36 Psychoterapia w formie zabaw 94.37 Psychoterapia integrująca 94.38 Psychoterapia podtrzymująca 94.39 Psychoterapia indywidualna - inne 94.44 Terapia grupowa - inne 94.49 Inne poradnictwo</p>	<p>94.35 Interwencja kryzysowa 94.36 Psychoterapia w formie zabaw 94.37 Psychoterapia integrująca 94.38 Psychoterapia podtrzymująca 94.39 Psychoterapia indywidualna - inne 94.44 Terapia grupowa - inne 94.49 Inne poradnictwo</p>
11	<p>Założona liczba uczestników bloku diagnostycznego oraz bloku rehabilitacji pocovidowej jest tożsama, co wskazuje na kwalifikację do udziału w rehabilitacji wszystkich osób poddanych diagnostyce, takie zaś założenie jest nie tylko nieprawidłowe, ale i sprzeczne z innymi warunkami projektu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1000 osób bloku diagnostycznym i konsultacji specjalistycznych oraz • 1000 osób wymagających rehabilitacji pocovidowej ze względu na powikłania po przebytych COVID-19. 	<p>- 2000 osób bloku diagnostycznym i konsultacji specjalistycznych; - 1580 osób wymagających rehabilitacji pocovidowej ze względu na powikłania po przebytych COVID-19;</p>

12	<p>Sposób wyliczenia kosztów w ramach budżetu został przedstawiony w sposób zdawkowy. Nie przedstawiono kosztów pośrednich ani oszacowania kosztu całkowitego programu. Należy to uzupełnić.</p> <p>Przedstawiony w projekcie budżet zawiera oszacowanie średniego kosztu jednostkowego udziału uczestnika w każdej z interwencji, lecz nie przedstawiono uwzględnionych w obliczeniach składowych, przez co przeprowadzenie pełnej weryfikacji kosztów nie było możliwe.</p> <p>Nie przedstawiono kosztu całkowitego. Na podstawie dostępnych danych koszt całkowity można oszacować na poziomie około 14,1 mln zł. Jednocześnie wskazano, że na realizację programu przeznaczone zostaną środki Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w wysokości ok. 12 mln. zł (85%), natomiast pozostałe 15% kosztów projektu zostanie sfinansowane ze środków własnych beneficjenta (min. 5,5%) oraz z budżetu państwa (maks. 9,5%).</p>	<p>W Programie wystąpią również koszty związane z organizacją przedsięwzięcia – tzw. koszty pośrednie.</p> <p>Na realizację Programu przeznaczone zostaną środki Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w wysokości ok. 12 mln. zł (85%). Pozostałe 15% będzie finansowane ze środków Budżetu Państwa (maks. 9,5%) oraz wkładu własnego beneficjenta (min. 5,5%).</p>	<p>Zapisy dot. budżetu zostaną skorygowane i uszczegółowione zgodnie z zapisami wniosku o dofinansowanie: koszt całkowity projektu oszacowano w wysokości około 12 mln zł natomiast koszty pośrednie stanowią ok. 9 % wartości programu- ok. 1 100 000,00 zł</p>
----	--	---	--

13	Projekt przewiduje finansowanie świadczeń gwarantowanych, w związku z czym konieczne jest wdrożenie skuteczniejszych rozwiązań zapobiegających wystąpieniu podwójnego finansowania tych samych świadczeń	Brak zapisów	W celu zapobiegania wystąpieniu podwójnego finansowania tych samych świadczeń w Regulaminie projektu zostanie zastrzeżone, że Uczestnicy Projektu nie są jednocześnie uczestnikami innego Programu o podobnym charakterze, finansowanym ze źródeł publicznych. Weryfikacja nastąpi na etapie przyjęcia do projektu, na podstawie Oświadczenia Uczestnika.
14	Należy wskazać, że cel główny składa się z kilku odrębnych założeń oraz nie wskazano uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej. Treść projektu warto uzupełnić o przedstawienie sposobu wyznaczenia wartości docelowej, w tym wskazać źródła danych, opisać przyjęte założenia i przedstawić stosowne obliczenia.	Głównym celem programu jest „poprawa stanu funkcjonalnego 70% uczestników w stosunku do stanu początkowego, w tym poprawa wydolności fizycznej uczestników programu o min. 10% na podstawie testów wydolnościowych wykonywanych na początku i na końcu udziału w projekcie oraz poprawa szeroko pojętego funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego uczestników po przebyciu COVID-19, poprzez wdrożenie kompleksowego programu rehabilitacji	<p>Poprawa sprawności funkcjonalnej u 70% uczestników programu nie mniejsza niż minimalna różnica istotna klinicznie (MCID, ang. minimal clinically important difference) w obszarach, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na obszar aktywności i podjęto terapię w ramach programu, w tym poprawa wydolności wysiłkowej i krążeniowej, sprawności oddechowej, siły mięśniowej i ogólnej sprawności fizycznej oraz wsparcie zdrowia psychicznego.</p> <p>1. Ocena tolerancji wysiłkowej jest mierzona na początku i na końcu za pomocą testu 6MWT; ocena stopnia duszności jest mierzona na początku i na końcu wg zmodyfikowanej skali duszności Borga.</p> <p>2. Miernikiem jest odsetek osób, u których uzyskano podniesienie wartości 6MWT średnio o co najmniej 25% lub u których uzyskano zmniejszenie odczuwanego przez pacjenta uczucia duszności ocenianego wg zmodyfikowanej skali duszności Borga o co najmniej 1 pkt na początku i na końcu uczestnictwa w PPZ.</p> <p>1. Poprawa wyniku oceny zdrowia psychicznego, badana kwestionariuszem GHQ-28 o co najmniej 15% w stosunku do stanu na początku i na końcu terapii psychologicznej w PPZ. Ocena w skalach: symptomy somatyczne; niepokój, bezsenność; zaburzenia funkcjonowania i symptomy depresji. Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-28) służy do oceny stanu zdrowia psychicznego osób dorosłych. Pozwala na wyłonienie osób, których stan psychiczny uległ czasowemu lub długookresowemu załamaniu w wyniku doświadczanych trudności, problemów lub na skutek choroby psychicznej oraz takich, u których występuje istotne ryzyko zaburzeń zdrowia psychicznego np. z powodu przebytej choroby somatycznej. Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia, 28-pytaniowy (GHQ-28), wywodzi się z wersji podstawowej 60-pytaniowego Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga. Wersja GHQ-28 oprócz wyniku ogólnego ma cztery skale: symptomy somatyczne, niepokój, bezsenność, zaburzenia funkcjonowania i symptomy depresji. Miernikiem jest odsetek osób, które rozpoczęły terapię psychologiczną w ramach PPZ.</p> <p>Przyjęta wartości docelowa została oszacowana na podstawie wstępnych wyników realizowanych dotąd programów m.in. pilotażu rehabilitacji po COVID-19, który jest realizowany przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji im. św. Jana Pawła II w. Głuchotazach</p>

15	<p>Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. Cel szczegółowy nr 1 jest powieleniem celu głównego, co należy skorygować.</p>	<p>(1) „podniesienie wydolności fizycznej o 10% w stosunku do stanu początkowego u 70% osób uczestniczących w programie”; (2) „podniesienie kategorii modelu usprawniania wg prof. Jana Szczegielniaka (modele rehabilitacji pulmonologicznej) co najmniej o jedną kategorię u 70% osób uczestniczących w programie w stosunku do stanu początkowego”; (3) „zmniejszenie oceny zmęczenia i duszności spoczynkowej lub wysiłkowej w zmodyfikowanej skali Borga (mBS) o minimum 1 punkt w stosunku do stanu początkowego, u 80% uczestników programu poddanych rehabilitacji po-COVIDowej”; (4) „poprawa w stosunku do stanu początkowego, funkcjonowania psychicznego u 50% uczestników programu, u których stwierdzono zaburzenia w zakresie lęku i nastroju związanych z przebyciem COVID-19”; (5) „poprawa w stosunku do stanu początkowego, funkcjonowania poznawczego 25% uczestników programu”; (6) „wzrost wiedzy, u co najmniej 70% uczestników programu w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem COVID-19”; (7) „nabycie umiejętności w zakresie rehabilitacji osób po COVID-19 u 80% uczestników szkolenia dla personelu medycznego z zakresu rehabilitacji pacjentów po przebyciu COVID-19”.</p>	<p>1. Podniesienie wydolności fizycznej nie mniejsza niż minimalna różnica istotna klinicznie w stosunku do stanu początkowego u 70% osób uczestniczących w Programie. 2. Podniesienie kategorii modelu usprawniania wg prof. Jana Szczegielniaka (modele rehabilitacji pulmonologicznej) co najmniej o jedną kategorię u 70% osób odbywających rehabilitację stacjonarną w warunkach szpitalnych w stosunku do stanu początkowego. 3. Zmniejszenie oceny zmęczenia i duszności spoczynkowej lub wysiłkowej w zmodyfikowanej skali Borga (mBS) o minimum 1 punkt w stosunku do stanu początkowego, u 70% uczestników Programu poddanych rehabilitacji po-COVIDowej. 4. Poprawa w stosunku do stanu początkowego, funkcjonowania psychicznego u 50% uczestników Programu, u których stwierdzono zaburzenia w zakresie lęku i nastroju związanych z przebyciem COVID-19. 5. Poprawa w stosunku do stanu początkowego, funkcjonowania poznawczego 25% uczestników Programu. 6. Wzrost wiedzy, u co najmniej 70% uczestników Programu w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem COVID-19. 7. Nabycie umiejętności w zakresie rehabilitacji osób po COVID-19 u 80% uczestników szkolenia dla personelu medycznego z zakresu rehabilitacji pacjentów po przebyciu COVID-19.</p>
----	---	--	--

<p>16</p>	<p>Działania edukacyjne W projekcie nie przedstawiono dokładnego opisu interwencji edukacyjnej i wykazu treści, które mają być przedstawione w ramach tej interwencji. Wskazano, że „U chorych, u których występują inne dolegliwości (...) program edukacji może być poszerzony o dodatkowe zagadnienia związane ze zgłaszanymi przez nich problemami zdrowotnymi”. Projekt należy uzupełnić o wyczerpujący opis interwencji, w tym pełen zakres poruszanej tematyki, metody, środków dydaktycznych oraz czasu trwania interwencji. W programie przewidziano także szkolenia dla personelu medycznego. Organizowane mają być m.in. szkolenia dedykowane fizjoterapeutom z zakresu pracy z pacjentem pocovidowym. Opis wymaga rozwinięcia o elementy, które będą miały wpływ na poziom efektów uzyskiwany przez fizjoterapeutów w ramach realizowanych w PPZ interwencji.</p>	<p>Ważnym elementem rehabilitacji jest edukacja pacjenta w zakresie radzenia sobie z dokuczliwymi objawami związanymi z COVID-19, jak duszność, czy zespół przewlekłego zmęczenia poprzez planowe uprawianie aktywności fizycznej i zdrowy tryb życia. Edukacja powinna być prowadzona w ramach wszystkich trybów rehabilitacji przez wszystkich członków zespołu. U chorych, u których występują inne dolegliwości, np. związane z pobytem na OAIIT, program edukacji może być poszerzony o dodatkowe zagadnienia związane ze zgłaszanymi przez nich problemami zdrowotnymi. Program rehabilitacji po COVID-19 wzbogacają szkolenia dedykowane fizjoterapeutom: kurs fizjoterapii pacjenta pocovidowego.</p>	<p>BLOK IV Edukacja – Fizjoprofilaktyka wtórna Elementem edukacyjnym niniejszego Programu jest wprowadzenie fizjoprofilaktyki wtórnej, polegającej na prowadzeniu przez fizjoterapeutę ćwiczeń aerobowych w populacji osób włączonych do Programu (np.: gminne domy kultury, kluby seniora, szkoły, przestrzeń otwarta), a także promowanie regularnej aktywności. Celem tej aktywnej formy edukacji jest utrzymanie dobrej kondycji fizycznej i psychicznej osób uczestniczących, co w efekcie przełoży się na mniejsze obciążenie placówek ochrony zdrowia w trakcie kolejnych fal pandemii COVID-19. Planuje się objąć grupę 200 osób z gmin w województwie opolskim, które wezmą udział w realizacji tego działania. Zaplanowano 10 grup fizjoprofilaktyki wtórnej. Sesje fizjoprofilaktyki będą polegać na realizacji 60 minutowych ćwiczeń aerobowych w maksymalnie 20 osobowych grupach dwa razy w tygodniu, a ich forma i postać zależą będzie od możliwości lokalnego środowiska i miejsca odbywania ćwiczeń. Zajęcia fizjoprofilaktyczne będą wzbogacone o edukację. Edukacja pacjentów będzie w głównej mierze obejmować następujące zagadnienia: 1) Czym jest duszność i jak sobie z nią radzić samodzielnie (pozycje ułatwiające oddychanie, wybrane techniki z zakresu fizjoterapii oddechowej), 2) Czym jest zespół przewlekłego zmęczenia po infekcji wirusowej i jak sobie z nim radzić z użyciem metod niefarmakologicznych, 3) Radzenie sobie z tzw. mgłą covidową, 4) Jak planować aktywność fizyczną (program ćwiczeń fizycznych, czas trwania, natężenie wysiłku, częstotliwość). Wpływ braku aktywności na stan zdrowia, 5) Edukację dotyczącą zdrowego stylu życia. Ćwiczenia muszą być prowadzone przy zachowaniu odpowiednich warunków sanitarnych. Do udziału w zajęciach z fizjoprofilaktyki wtórnej będą zapraszane osoby po przebyciu COVID-19, które nie wymagają bardziej intensywnej rehabilitacji, ale będą zainteresowane poznaniem metod zachowania dobrego zdrowia fizycznego i psychicznego.</p> <p>BLOK V Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu rehabilitacji osób po COVID-19 Celem szkolenia dla personelu medycznego będzie podniesienie kwalifikacji zawodowych pracowników medycznych (m.in. fizjoterapeutów, pielęgniarek, lekarzy) prowadzony przez jednostkę lub osoby pracujące z pacjentami po przebyciu Covid 19. Działania edukacyjne prowadzone będą dla jednostek biorących udział w projekcie w formie wyjazdowej ze względu na konieczność przeprowadzenia zajęć na oddziałach klinicznych zajmujących się rehabilitacją po przebyciu Covid, m.in. poznanie podstawowych wiadomości dotyczących wirusa SARS-CoV-2 oraz choroby COVID-19, zapoznanie ze specyfiką fizjoterapii osób po przebyciu COVID-19, przygotowanie do programowania, nadzorowania i samodzielnego wykonywania programu kompleksowego usprawniania osób po przebyciu COVID-19 Szkolenia prowadzone będą w formie wykładów i zajęć praktycznych Podczas 2-3 dniowego kursu przedstawiony zostanie program leczenia i rehabilitacji w warunkach szpitalnych, pacjentów po przebyciu COVID -19. Kurs prowadzony na oddziałach jednostki zajmującej się pacjentami po przebyciu Covid 19.</p>
-----------	---	--	--

			<p>Szkolenia będą zawierały następujące elementy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ekonomiczno-organizacyjne aspekty fizjoterapii osób po przebytych COVID-19 2. Wirus SARS - cov-2 i choroba COVID-19 <ol style="list-style-type: none"> i. Rozpoznanie, objawy ii. Leczenie farmakologiczne iii. Tlenoterapia iv. Wentylacja mechaniczna v. Pozaustrojowe natlenianie krwi (ECMO) 3. Post - Covid-19 Diagnostyka i monitorowanie <ol style="list-style-type: none"> i. Ocena kliniczna pacjenta ii. Badania czynnościowe układu oddechowego iii. Badania radiologiczne klatki piersiowej iv. Badania wydolnościowe układu krążenia b. Testy wysiłkowe – zasada prawidłowego wykonania, interpretacja wyniku, wskazania i przeciwwskazania c. Profilaktyka zakażeń spowodowanych przez SARS-cov-2 d. Opieka pielęgniarska nad pacjentem po przebytych COVID-19 e. Badanie i kwalifikacja do rehabilitacji szpitalnej osób po przebytych COVID-19 4. Metody i program rehabilitacji osób po przebytych COVID-19 5. Techniki usuwania wydzieliny z drzewa oskrzelowego 6. Zastosowanie fizykoterapii w rehabilitacji osób po przebytych COVID-19 7. Wykorzystanie plastrowania dynamicznego w rehabilitacji osób po przebytych COVID-19 8. Wykorzystanie terapii manualnej w rehabilitacji osób po przebytych COVID-19 9. Pracownia badań czynnościowych – spirometria, bodypletyzmografia, dyfuzja 10. Badanie, osłuchiwanie, opukiwanie klatki piersiowej 11. Testy wysiłkowe 12. Model rehabilitacji osób po przebytych COVID-19 <ol style="list-style-type: none"> i. Ocena tolerancji wysiłku ii. Ocena występującej duszności/zmęczenia iii. Ocena wysycenia krwi tętniczej tlenem iv. Ocena czynności wentylacyjnej płuc - bodypletyzmografia v. Ocena stanu psychicznego pacjenta vi. Kwalifikacja i planowanie rehabilitacji 13. Analiza składu ciała 14. Kamera termowizyjna 15. Treningi wydolnościowe na ergometrze rowerowym i bieżni ruchomej 16. Ćwiczenia oddechowe i ogólnie usprawniające 17. Biofeedback oddechowy 18. Inhalacje, nebulizacje 19. Techniki oczyszczanie dróg oddechowych 20. Psychoterapia <p>Program może ulec modyfikacjom zależnie od nowych doniesień naukowych dotyczących postępowania po Covid 19</p>
17	Poza opinią- ustalone na Radzie 01.07.2022 r.		<p>Wykreślenie wymogu posiadania umowy z NFZ dla gabinetów usprawniania: „Gabinety usprawniania będą wyłonione w procedurze wyboru konkurencyjnego. Kryteria doboru gabinetów usprawniania:</p>



			<ol style="list-style-type: none">1. Gabinet zarejestrowany jest jako indywidualna lub grupowa praktyka fizjoterapeutyczna zgłoszona w Krajowej Izbie Fizjoterapeutów2. Gabinet prowadzi działalność fizjoterapeutyczną na terenie województwa opolskiego.3. Gabinet spełnia wymogi Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą4. Gabinety prowadzą dokumentację medyczną zgodnie z wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu ich przetwarzania.5. Posiada aktualną umowę stosownego obowiązkowego ubezpieczenia OC, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.6. Gabinet zgłoszony, jako praktyka zawodowa do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą7. Gabinet posiada regulamin udzielania świadczeń zdrowotnych oraz przetwarzania danych osobowych (RODO)8. Gabinet jest prowadzony przez lub zatrudnia fizjoterapeutę z co najmniej trzyletnim, udokumentowanym stażem zawodowym w zawodzie fizjoterapeuty.” <p>Kryterium to nie stanowiło przedmiotu Opinii. Zapis dodano w celu standaryzacji usługi, natomiast w stosowaniu powoduje znaczne komplikacje przez zawężenie grupy potencjalnych Wykonawców, którym i tak postawiono szereg restrykcyjnych wymogów.</p>
--	--	--	--

Zatwierdził:

Jan Szczegielniak

Przewodniczący Rady ds. Programu polityki zdrowotnej,
w zakresie rehabilitacji osób z deficytami zdrowotnymi
wywołanymi przez COVID-19 w województwie opolskim

22.09.2022 r.

.....
Data , podpis

Opracowała:
Katarzyna Błędkowska
22.09.2022 r.
Departament Zdrowia i Polityki Społecznej



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



tel. 77 44 45 508