



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 41/2019 z dnia 29 marca 2019 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja**  
**medyczna osób w wieku aktywności zawodowej ze schorzeniami**  
**bólowymi układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2020-**  
**2022”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Rehabilitacja medyczna osób w wieku aktywności zawodowej ze schorzeniami bólowymi układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2020-2022”.

**Uzasadnienie**

Projekt programu polityki zdrowotnej w swoich założeniach stanowi zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla pacjentów w wieku aktywności zawodowej ze schorzeniami kostno-stawowymi. Niemniej jednak w ramach programu zaplanowano dwuetapową kwalifikację do zabiegów rehabilitacyjnych, nie wskazując na jakiej podstawie pacjent będzie do niej trafiał. Zaplanowana rekrutacja pacjentów wydłuża proces postępowania terapeutycznego, co może przekładać się na uzyskiwane efekty terapeutyczne, jak również wprowadza dodatkowe obciążenie w budżecie programu. Ponadto nie sprecyzowano za pomocą jakiego narzędzia będzie mierzony poziom bólu, a także jaki jego poziom będzie podstawą kwalifikacji do drugiego etapu rekrutacji. Wydaje się zasadne, aby do programu zgłaszali się pacjenci, którzy posiadają skierowanie na rehabilitację, po przebytej ścieżce diagnostycznej. W takim kształcie program faktycznie stanowiłby uzupełnienie świadczeń rehabilitacyjnych.

Program zakłada również przeprowadzanie działań edukacyjnych wśród uczestników programu w ramach oddzielnych spotkań. Zasadne jednak byłoby prowadzenie edukacji podczas zajęć rehabilitacyjnych, co pozwoli na zwiększenie efektywności podejmowanych działań poprzez zindywidualizowane podejście do pacjenta. Rezygnacja z edukacji w tak zaplanowanej formie oraz rezygnacja z konsultacji rekrutacyjnej pozwoliłaby na przesunięcie środków na zabiegi rehabilitacyjne, co przełoży się na zwiększenie liczby osób objętych rehabilitacją.

W opiniowanym projekcie nie uwzględniono elementu terapii behawioralnej, która zgodnie z rekomendacjami klinicznymi wspomaga proces powrotu do sprawności pacjenta.

Istotnym ograniczeniem programu jest również odsetek zaplanowanych uczestników programu. Mając na uwadze dostępny budżet całkowity, objęcie działaniami niewielkiego odsetka pacjentów może nie przełożyć się na zaspokojenie chociaż części potrzeb zdrowotnych w określonej grupie docelowej.

Wątpliwe jest również prowadzenie szkoleń wśród lekarzy orzeczników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Niemniej jednak zaplanowana liczba uczestników szkoleń wydaje się być niewielka w odniesieniu do liczby wskazanych grup zawodowych i wydaje się, że zmiana formy



szkoleniowe na materiały dydaktyczne czy platformę e-learningową pozwoliłoby zaoszczędzić środki i dotrzeć do większej grupy odbiorców.

Ponadto nie wskazano uzasadnienie dla prowadzenia szkoleń wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzy orzeczników ZUS.

Odnosząc się do pozostałych elementów programu, należy wskazać, że:

- cele programowe nie zostały sformułowane zgodnie z zasadą SMART;
- w budżecie nie uwzględniono kosztów związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

Mając na uwadze wątpliwości co do organizacji programu i wątpliwości co do możliwych do uzyskania korzyści zdrowotnych, niemożliwe jest wydanie pozytywnej opinii prezesa Agencji.

### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu oszacowano na 1 235 294 zł, zaś okres realizacji to lata 2020-2022.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

### **Ocena projektu programu polityki zdrowotnej**

#### Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu odnosi się do szerokiego problemu zdrowotnego. W opisie problemu przedstawiono informacje dotyczące niepełnosprawności spowodowanej schorzeniami bólowymi układu kostno-stawowego i mięśniowego.

Należy podkreślić, że programy polityki zdrowotnej poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji.

Problem zdrowotny opisany w projekcie wpisuje się w priorytet zdrowotny „rehabilitacja” należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

W treści projektu przedstawiono światowe, krajowe oraz regionalne dane epidemiologiczne.

Zgodnie z danymi zawartymi w Mapach potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego, w 2016 roku zarejestrowano 19 370 hospitalizacji z powodu chorób kostno-mięśniowych. Dla chorób kręgosłupa zapadalność rejestrowana wyniosła 1 564,5/100 tys. ludności (1 410,9/100 tys. ludności - wskaźnik dla Polski.), zaś chorobowość rejestrowana wyniosła 14 475,0/100 tys. ludności (13 900,0/100 tys. ludności – wskaźnik dla Polski). W województwie zachodniopomorskim w latach 2013-2015 odnotowano 70 zgonów w wyniku chorób układu kostnego, stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej.

Ponadto, zgodnie z danymi Urzędu Statystycznego w Szczecinie w województwie zachodniopomorskim w 2017 r. w poradniach leczenia podstawowego z rozpoznaniem choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej było zarejestrowanych 230 612 osób dorosłych w wieku 19-65 lat i więcej, z czego 122 165 osób (53%) było w wieku 35-64 r.ż. Po raz pierwszy schorzenie układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej stwierdzono u 26 651 osób w wieku 19-65 lat i więcej.

#### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych dotyczących układu kostno-stawowego i mięśniowego u co najmniej 10% osób w wieku aktywności

zawodowej uczestniczących w programie w latach 2020-2022". Należy zaznaczyć, że założenie główne nie jest w pełni zgodne z zasadą SMART, według której cele powinny być sprecyzowane, mierzalne, osiągalne, istotne, konkretnie wytyczone w czasie.

W treści projektu wskazano także 5 celów szczegółowych:

- „wdrożenie działań rehabilitacyjnych u co najmniej 500 osób w wieku aktywności zawodowej, u których zdiagnozowano schorzenia bólowe układu kostnow stawowego i mięśniowego podczas trwania programu”;
- „poprawa stanu zdrowia w zakresie dolegliwości bólowych układu kostno-stawowego i mięśniowego u 10% osób w wyniku przeprowadzonej rehabilitacji w okresie realizacji programu”;
- „podniesienie poziomu wiedzy u co najmniej 50% uczestników spotkań edukacyjnych na temat profilaktyki schorzeń bólowych układu kostno-stawowego i mięśniowego”;
- „podniesienie o 50% wiedzy i umiejętności personelu medycznego uczestniczącego w programie z zakresu profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji schorzeń bólowych układu kostno-stawowego i mięśniowego”;
- „wzrost o 30% liczby osób uczestniczących w rehabilitacji medycznej, wykonujących samodzielnie ćwiczenia ruchowe w warunkach domowych”.

Powyższe cele szczegółowe również należy przekonstruować zgodnie z zasadą SMART. Ponadto cel dotyczący wdrożenia działań rehabilitacyjnych został sformułowany w postaci działania, a nie celu, co wymaga poprawy.

W projekcie przedstawiono 15 mierników efektywności. Część z nich ma charakter ilościowy i może zostać wykorzystana przy ocenie zgłaszalności do programu. Zgodnie z definicją, mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Zaproponowane w projekcie mierniki odnoszą się do celów programu.

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią osoby najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu schorzeń układu kostnow stawowego i mięśniowego (kobiety w wieku 40-59 lat oraz mężczyźni w wieku 40-64 lat).

Zgodnie z treścią projektu liczebność populacji w wieku adresatów programu wynosi 523 927, co jest zbliżone do danych GUS. W oparciu o dane epidemiologiczne oszacowano liczebność populacji docelowej na ok. 330-440 tys. osób w wieku aktywności zawodowej. Założono, że w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi, kwalifikacja wstępna do programu obejmie ok. 1 400 osób, zaś działania edukacyjne i zabiegi rehabilitacyjne zostaną skierowane do ok. 700 osób. Należy wskazać, że odsetek osób, który zostanie objęty interwencjami jest bardzo niski w porównaniu do populacji kwalifikującej się do programu.

Kryteria włączenia do programu sformułowano poprawnie i obejmują one status mieszkańca województwa zachodniopomorskiego w wieku aktywności zawodowej oraz rozpoznanie schorzeń bólowych układu kostnow stawowego i mięśniowego. Ponadto konieczne będzie podpisanie przez uczestnika programu zgody na udział w programie. Kryterium wyłączenia będzie korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez ZUS, KRUS, PFRON lub przeciwwskazania do korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych, stwierdzone przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach programu. Dodatkowo o uczestnictwie w programie będzie decydować kolejność zgłoszeń.

Program w części informacyjno-szkoleniowej obejmie również lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i lekarzy orzeczników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) (łącznie ok. 300 osób).

## Interwencja

W ramach programu zaplanowano działania informacyjno-szkoleniowe dla personelu medycznego, badania lekarskie wstępne, pogłębione i końcowe, rehabilitację leczniczą oraz edukację zdrowotną dla osób w wieku aktywności zawodowej z zespołami bólowymi układu kostno-stawowego i mięśniowego.

Informacje związane z wdrażaniem i realizacją programu zostaną skierowane do podmiotów leczniczych i pracowników medycznych świadczących usługi rehabilitacyjne oraz personelu POZ. Natomiast szkolenia zostaną przeprowadzone dla lekarzy POZ i orzeczników ZUS. Tematyka szkoleń będzie dotyczyła profilaktyki, diagnozowania, leczenia i nowoczesnych technik rehabilitacyjnych.

Pierwszym etapem rekrutacji do programu będzie wykonanie podstawowego badania lekarskiego i przeprowadzenie wywiadu dotyczącego schorzeń układu kostno-stawowego. Nie określono sposobu przystąpienia osób do ww. rekrutacji, a także nie wskazano specjalizacji lekarza odpowiedzialnego za ten etap programu, co wymaga doprecyzowania. W oparciu o zastosowane kryteria i wskazania medyczne, w tym ocenę skali bólu, osoby z większym natężeniem bólu zostaną zakwalifikowane do następnego etapu. Należy jednak doprecyzować za pomocą jakiego narzędzia będzie mierzony poziom bólu, a także jaki jego poziom będzie podstawą kwalifikacji do drugiego etapu rekrutacji.

Kolejnym etapem rekrutacji jest przeprowadzenie przez lekarza specjalistę w zakresie rehabilitacji pogłębionego badania diagnostycznego. Dodatkowo wskazano, że w uzasadnionych przypadkach zostaną one uzupełnione diagnostyką obrazową (RTG, USG). W treści projektu programu nie określono jakie badania będą wykonywane przez lekarza rehabilitacji, a także nie sprecyzowano wskazań do diagnostyki obrazowej, co należy uzupełnić. Na podstawie ustalonej diagnozy i oceny stanu zdrowotnego pacjenta nastąpi kwalifikacja do rehabilitacji medycznej z określeniem planu działań rehabilitacyjnych. Ponadto zaplanowano edukację zdrowotną zakwalifikowanych osób.

Edukacja uczestników programu będzie się odbywać w formie szkoleń, które odbywać się będą dwa razy w roku w 4 grupach edukacyjnych. Podczas spotkań edukacyjnych zostaną przedstawione informacje na temat profilaktyki schorzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego, przyczyn, skutków oraz form radzenia sobie ze schorzeniami układu kostno-stawowego i mięśniowego, a także metod postępowania z dolegliwościami bólowymi.

Należy zaznaczyć, że zgodnie z rekomendacjami, edukacja w ramach działań usprawniających proces powrotu do pracy jest częścią mającą wpłynąć na zrozumienie przez pacjentów ich choroby oraz procesu leczenia (EU-OSHA 2016), a kompleksowa rehabilitacja bez względu na stosowane metody powinna być uzupełniona o elementy szkolenia w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem (NIGRIr 2013).

Działania z zakresu rehabilitacji medycznej będą obejmowały kinezyterapię grupową, fizykoterapię oraz masaże lecznicze. Plan zabiegów fizjoterapeutycznych ustalany będzie zgodnie z wskazaniami medycznymi oraz potrzebami i możliwościami wynikającymi ze stanu zdrowia pacjenta. Dodatkowo w połowie okresu trwania cyklu rehabilitacji udzielana będzie indywidualna porada fizjoterapeutyczna, mającą na celu ocenę efektów dotychczasowej rehabilitacji, wprowadzeniu w razie potrzeby zmian w planie rehabilitacyjnego, udzieleniu instruktażu ćwiczeń ruchowych oraz zaleceń w zakresie profilaktyki i dalszego postępowania. Powyższe znajduje odzwierciedlenie w odnalezionych rekomendacjach, które zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2010; VHA-DoD 2010). Ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RCP-NICE 2008, RACGP 2009). Ponadto zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji, co zostało uwzględnione w projekcie.

W rekomendacjach z zakresu profilaktyki chorób układu kostno-stawowego wśród osób pracujących, wskazuje się, że najczęściej stosowaną kombinacją elementów stosowanych w ramach profilaktyki,

jest połączenie ćwiczeń fizycznych, terapii behawioralnej oraz edukacji (zróżnicowanych pod względem składowych aktywności) (EU-OSHA 2016). W wytycznych wskazuje się również, że rehabilitacja bez względu na metodę, jest dobrym środkiem poprawiającym ocenę aktualnej zdolności do pracy oraz ocenę własnych możliwości w stosunku do fizycznych wymagań wykonywanego zawodu. W związku z powyższym, rehabilitacja ta jest zalecana szczególnie osobom aktywnym zawodowo, z przewlekłymi chorobami narządu ruchu, w celu utrzymania ich w zatrudnieniu (NIGRiR 2013).

Należy podkreślić, że zaplanowane interwencje (m.in. kinezyterapia, fizykoterapia oraz masaż suchy) znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 465 z późn. zm.).

W ramach programu przewidziano zakup sprzętu rehabilitacyjnego, urządzeń i materiałów do ćwiczeń ruchowych.

#### Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja natomiast jest analizą danych z PPZ, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań

W ramach zgłaszalności zaplanowano ocenę liczby uczestników programu oraz liczby zgód na udział w programie w odniesieniu do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu oraz zakładanej populacji docelowej w podziale na poszczególne lata trwania programu. Dodatkowo analizie podlegać będą przyczyny nieuczestniczenia w programie. Bieżąca ocena realizacji programu będzie polegała na analizie raportów okresowych tworzonych w miesięcznych oraz rocznych interwałach czasowych.

Ocena jakości świadczeń ma być monitorowana na podstawie analizy anonimowych ankiet satysfakcji, co jest podejściem poprawnym.

Ewaluacja opierać się będzie na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności.

#### Warunki realizacji

Realizatorem programu będzie podmiot, wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Realizator będzie musiał spełniać warunki kadrowe i sprzętowe zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 465 z późn. zm.).

Zaplanowano przeprowadzenie kampanii informacyjnej nt. programu. Informacje na temat zakresu planowanych działań będą rozpowszechniane przy wykorzystaniu lokalnych i regionalnych mediów.

W projekcie odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie. Określenie ścieżki postępowania z uczestnikiem programu po zakończeniu przez niego udziału jest wskazane z uwagi na fakt zachowania ciągłości prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian lub podjęcia w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej leczenia wykrytych schorzeń, co zostało uwzględnione w projekcie.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 1 235 294 zł. Budżet zawiera takie elementy składowe jak działania organizacyjno-administracyjne (65 294 zł), działania informacyjno-promocyjne (42 000 zł), działania informacyjno-edukacyjne (48 000 zł), szkolenia dla pracowników medycznych (30 000 zł), badania lekarskie wstępne i pogłębione (175 000 zł), rehabilitacja medyczna (588 000 zł), porada fizjoterapeutyczna (56 000 zł), badanie lekarskie końcowe (56 000 zł), zakup sprzętu (175 000

zł). Koszt pojedynczego szkolenia dla personelu medycznego oszacowano na 5 000 zł, zaś spotkania edukacyjnego dla osób uczestniczących w rehabilitacji medycznej na 2 000 zł.

Program współfinansowany będzie ze środków europejskich w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020.

### **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

#### Problem zdrowotny

Niepełnosprawność (wg WHO) to ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu.

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

Metodami rehabilitacyjnymi w niepełnosprawności są:

- kinezyterapia to składowa rehabilitacji, w której środkiem leczniczym jest ruch, stosowany w formie ćwiczeń. Obok kinezyterapii ważnym środkiem leczenia usprawniającego jest terapia zajęciowa, która polega na wykonywaniu prac manualnych, stanowiących uzupełnienie i kontynuację ćwiczeń na sali gimnastycznej.
- fizykoterapia to stosowanie w celach leczniczych różnego rodzaju energii wytwarzanej za pomocą aparatury (elektroterapia, ultradźwięki, magnetoterapia, laseroterapia, światłolecznictwo, ciepłolecznictwo, krioterapia).
- masaż leczniczy to wykorzystanie bodźców mechanicznych głównie w postaci ucisku na tkanki w celu wywołania odczynów fizjologicznych.

#### Alternatywne świadczenia

Osobom niepełnosprawnym przysługują świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej (w tym rehabilitacja lecznicza) - finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczenia opieki społecznej (w tym rehabilitacja społeczna i zawodowa) finansowane ze środków wydzielonych z PFRON.

#### Ocena technologii medycznej

Ze względu na fakt, że PPZ skierowane do osób niepełnosprawnych nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji, ograniczono się do przedstawienia wybranych najnowszych, wiarygodnych opracowań, zaleceń oraz przeglądów systematycznych dotyczących rehabilitacji medycznej obejmującej: rehabilitację kardiologiczną, pulmonologiczną, neurologiczną, pourazową, w schorzeniach kostno-stawowych, rehabilitację po udarze mózgu, rehabilitację wzroku, słuchu, fizjoterapię, kinezyterapię.

Odnalezione wytyczne kliniczne dotyczące rehabilitacji wskazują, że:

- Współczesne standardy dowodów i metody stanowią wiele wyzwań dla dziedziny niepełnosprawności i rehabilitacji (NCDDR 2009 – National Centre for the Dissemination and Disability Research). Istotnym ograniczeniem w tworzeniu rekomendacji dotyczących rehabilitacji, wskazanym we wszystkich wytycznych, jest stwierdzony na podstawie przeprowadzonych przeglądów systematycznych, brak lub niedostatek „odpowiednich metodologicznie” badań;
- Zgodnie z zasadą kompleksowości rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji;

- Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ(y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych (NZGG 2002 – New Zealand Guidelines Group, SIGN 2002 – Scottish Intercollegiate Guidelines Network);
- Pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2010 – National Stroke Foundation, VHA-DoD 2010 – Veterans Health Administration, Department of Defense).
- Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RCP-NICE 2008 – Royal College of Physicians-National Institute for Health and Care Excellence, RACGP 2009 – The Royal Australian College of General Practitioners).
- Ćwiczenia grupowe powinny być wykonywane pod nadzorem, z tego powodu grupa nie powinna przekraczać liczby 10 osób (NICE 2009).
- Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej tak aby pacjent pozostał aktywny (NICE 2009, AHRQ 2009). Edukacja pacjenta powinna opierać się na informacjach dotyczących wytrzymałości anatomicznej i strukturalnej kręgosłupa, neurologicznym wyjaśnieniu odczuwania bólu, stosowania aktywnego radzenia sobie z bólem.
- Zalecenia są zgodne, że przy ocenie stanu pacjenta należy uwzględniać ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji, a wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty i poddane leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi (NZGG 2002, SIGN 2002, NICE 2007).
- We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania partnerów/rodziny/opiekunów w proces terapeutyczny (NZGG 2002).

Wnioski pochodzące z odnalezionych dowodów naukowych:

- Spittle 2007 (metaanaliza) – Prowadzenie wczesnej interwencji rozwojowych poprawiało wyniki poznawcze w wieku niemowlęcym (iloraz rozwoju (developmental quotient) [DQ]: standaryzowana średnia różnica (SMD)= 0,46 SD (95% CI: 0,36; 0,57) oraz w wieku przedszkolnym (iloraz inteligencji [Intelligence quotient IQ]; SMD=0,46 SD (95% CI 0,33; 0,59). Efekt ten nie utrzymał się w wieku szkolnym.
- Pollock 2014C – W przeglądzie stwierdzono, że rehabilitacja fizyczna jest bardziej efektywna niż zwyczajna opieka w polepszaniu: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu;
- Oosterhuis 2014 – Celem przeglądu było ustalenie czy aktywna rehabilitacja po operacji dysku odcinka lędźwiowego jest bardziej efektywna niż brak interwencji wskazano, że fizjoterapia rozpoczęta w 4-6 tygodniu od operacji prowadzi do polepszenia funkcji w porównaniu do braku interwencji lub interwencji wyłącznie edukacyjnej, a także rehabilitacja multidyscyplinarna koordynowana przez doradców medycznych prowadzi do szybszego powrotu do pracy w porównaniu do zwykłej opieki (dowody niskiej jakości). Dowody bardzo niskiej jakości wskazują, że ćwiczenia są bardziej efektywne niż brak interwencji w kontekście bólu w podejściu krótkoterminowym (SMD -0,90, 95% CI od -1,55 do - 0,24, 5 badań, 272 uczestników) oraz że programy ćwiczeń o wysokiej intensywności są bardziej efektywne niż programy ćwiczeń o niskiej intensywności w kontekście bólu, w krótkim terminie (WMD -10,67, 95% CI od -17,04 do - 4,30, 2 badania, 103 uczestników);

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

Otrzymane opinie ekspertów wskazują, że niepełnosprawność jest poważnym problemem społecznym zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym, jak i ogólnospołecznym oraz ma wpływ przede wszystkim na rozwój jednostki oraz jakość jej życia. Często wpływa także na jej wydolność ekonomiczną, funkcjonowanie i zdrowie jej rodziny, a gdy dotyczy ona dzieci i młodzieży – również na wykorzystanie potencjału edukacyjnego. Poprawa stanu pacjenta, założona w postępowaniu rehabilitacyjnym stanowi najistotniejszy element opieki nad pacjentem umożliwiając mu osiągnięcie wyższego poziomu sprawności i/lub kontaktu z zespołem leczącym, jako formy wsparcia społecznego, które będzie mogło stanowić źródło osobistej satysfakcji pacjenta.

Realizacji programów z zakresu rehabilitacji leczniczej może wpłynąć na poprawę jakości rehabilitacji, zwłaszcza na jej kompleksowość i ciągłość. Plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

**Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.**

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.11.2019 „Rehabilitacja medyczna osób w wieku aktywności zawodowej ze schorzeniami bólowymi układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2020-2022 realizowany przez: Województwo Zachodniopomorskie” realizowany przez: Województwo Zachodniopomorskie, data ukończenia: marzec 2019r. oraz Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016 r. oraz „Programy z zakresu zapobiegania chorobom mięśniowo-szkieletowym oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy – wspólne podstawy oceny” z września 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 82/2019 z dnia 25 marca 2019 roku o projekcie programu „Rehabilitacja medyczna osób w wieku aktywności zawodowej ze schorzeniami bólowymi układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2020-2022” Województwa Zachodniopomorskiego.