



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 2/2024 z dnia 8 stycznia 2024 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.**  
**„Program rehabilitacji dla pacjentów onkologicznych w wieku 18-64**  
**lata z terenu województwa wielkopolskiego”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program rehabilitacji dla pacjentów onkologicznych w wieku 18-64 lata z terenu województwa wielkopolskiego” pod warunkiem uwzględnienia przedstawionych poniżej uwag.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Projekt programu zawiera działania, które są dostępne jako świadczenia gwarantowane. Dlatego należy mieć na uwadze, aby zaplanowane interwencje udzielane w ramach programu nie powielały świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Powyższe odzwierciedlono w treści programu.

Należy zauważyć, że podobny projekt pn. „Program rehabilitacyjny dla pacjentów onkologicznych w wieku 18-64 lata z terenu województwa wielkopolskiego” był oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał warunkowo pozytywną opinię (nr 30/2023 z dnia 15 maja 2020 r.), a zgłoszone wówczas uwagi w części lub całości ujęto w nowej propozycji.

Opiniowany dokument zawiera także uchybienia, które rzutują na jego jakość. W związku z tym należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, tj.:

- doprecyzować okres realizacji programu;
- szczegółowo opisać problem zdrowotny;
- przeformułować cel szczegółowy odnoszący się do wzrostu poziomu wiedzy i kompetencji u kadry medycznej (cel szczegółowy nr 5)
- przedstawić planowaną liczbę godzin szkoleniowych dla personelu medycznego, tj. psychologów oraz dietetyków.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji onkologicznej zaplanowany do realizacji przez województwo wielkopolskie.

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, 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

W projekcie programu ogólnie przedstawiono problem zdrowotny. Odniesiono się przede wszystkim do danych epidemiologicznych. Zakładany okres realizacji programu to ok. 4 lata.

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026 w ramach rekomendowanych kierunków działań dla woj. wielkopolskiego wskazuje się na poprawę poziomu realizacji świadczeń w ramach realizowanej ścieżki onkologicznej oraz zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych w subregionie pilskim, w szczególności w zakresach świadczeń realizowanych w warunkach oddziału dziennego (rehabilitacja ogólnoustrojowa, rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa, rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego).

Projekt programu wpisuje się w cele Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030 m.in. w zakresie zwiększenia liczby osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej oraz poprawy jakości życia pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego, jak i po jego zakończeniu.

### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „poprawa sprawności funkcjonalnej u nie mniej niż 30% uczestników programu, w okresie jego realizacji”.

Należy zaznaczyć, że cel główny programu powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie, wytyczony w odniesieniu do planowanego czasu, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Przedstawiony cel główny wydaje się być możliwy do zrealizowania za pomocą zaplanowanych w projekcie programu interwencji.

Wskazano również 5 celów szczegółowych:

- (1) „poprawa kondycji psychicznej u nie mniej niż 15% uczestników w okresie realizacji programu zdrowotnego”;
- (2) „poprawa stanu odżywienia u nie mniej niż 15% uczestników w okresie realizacji programu zdrowotnego”;
- (3) „poprawa aktywności i sprawności fizycznej u nie mniej niż 30% uczestników w okresie realizacji programu zdrowotnego”;
- (4) „wzrost poziomu wiedzy u nie mniej niż 75% osób z otoczenia pacjenta, tj.: członków rodzin/opiekunów, które wzięły udział w edukacji w ramach programu”;
- (5) „wzrost poziomu wiedzy i kompetencji u nie mniej niż 85% kadry medycznej programu (fizjoterapeutów, psychologów i dietetyków), która wzięła udział w szkoleniach w ramach programu”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cele nr 1, 2 i 3 zostały prawidłowo sformułowane i są możliwe do realizacji. Cel szczegółowy nr 4 odnosi się do wzrostu poziomu wiedzy, który jest możliwy w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi. Niemniej nie uwzględniono w projekcie narzędzi pomiarowych przy pomocy których zostanie oceniony wzrost wiedzy, a także nie zaplanowano przeprowadzenia pre- i post- testów, co wymaga uzupełnienia. Ponadto nie oszacowano poziomu zdawalności testu, a więc nie jest jasne, jaki jego wynik będzie uznawany za istotną poprawę poziomu wiedzy uczestnika programu, co także wymaga uzupełnienia. Należy podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować wysoki poziom wiedzy (np. min. 75% poprawnych odpowiedzi). Prawidłowe byłoby również wskazanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników (np. o 30%). Natomiast cel nr 5

składa się z dwóch odrębnych założeń. Założenie odnoszące się do wzrostu poziomu wiedzy jest możliwe do realizacji, jednak zasadne jest także uwzględnienie oceny zmiany pomiaru wiedzy, a także wskazanie konkretnych narzędzi pomiarowych przy pomocy, których dokonana zostanie ocena wzrostu wiedzy. Odnosząc się do drugiego założenia dotyczącego wzrostu poziomu kompetencji należy wskazać że jest ono niemierzalne, w związku z powyższym cel nr 5 wymaga przeformułowania.

W projekcie programu zaproponowano także 6 mierników efektywności:

- (1) „liczba osób, u których po opuszczeniu programu nastąpiła poprawa sprawności funkcjonalnej – u nie mniej niż 750 osób”;
- (2) „liczba osób z otoczenia pacjenta, u których nastąpił wzrost wiedzy, kompetencji lub umiejętności dotyczącej profilaktyki wtórnej i trzeciorzędowej po leczeniu choroby nowotworowej oraz metod rehabilitacji ruchowej, wsparcia psychicznego i żywieniowego pacjentów onkologicznych – nie mniej niż 188 osób”;
- (3) „liczba osób uczestniczących w interwencji rehabilitacyjnej, u której nastąpiła poprawa aktywności fizycznej i sprawności ruchowej – nie mniej niż 750 osób”;
- (4) „liczba osób, u których nastąpiła poprawa kondycji psychicznej mierzona testem HRQL – nie mniej niż 375 osób”;
- (5) „liczba osób, u których nastąpiła poprawa stanu odżywienia podczas trwania programu zdrowotnego – nie mniej niż 375 osób”;
- (6) „liczba kadry medycznej zatrudnionej przy realizacji programu, u której zwiększył się poziom wiedzy specjalistycznej – u nie mniej niż 85% osób”.

Należy podkreślić, że 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 1, 3, 4, 5 oraz 6 zostały poprawnie sformułowane. Niemniej odnosząc się do wskaźnika nr 4 należy wskazać, że zaproponowana skala HRQL w odniesieniu do poprawy kondycji psychicznej nie jest do końca zasadna. Skala HRQL jest stosowana w szerszej ocenie stanu pacjenta i dotyczy jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia. Natomiast miernik nr 2 składa się z kilku odrębnych założeń, co nie jest podejściem poprawnym i wymaga przeformułowania.

#### Populacja docelowa

Populację docelową stanowić będą mieszkańcy województwa wielkopolskiego w wieku 18-64 lata, którzy są w trakcie lub po leczeniu onkologicznym. Wskazano, że ogólna liczba osób zamieszkujących województwo wielkopolskie w ww. wieku wynosiła w 2020 r. ok. 2,22 mln (63,4% mieszkańców województwa). Liczebność populacji docelowej oszacowano na podstawie danych dotyczących prognozowanej chorobowości 5-letniej na nowotwory w województwie wielkopolskim w 2020 roku. W treści projektu podkreślono, że na podstawie wskaźników demograficznych i epidemiologicznych dla roku 2020 liczbę chorych na nowotwór złośliwy w Wielkopolsce w grupie wiekowej 20-64 lata oszacowano na około 17 tysięcy. Natomiast z programu będzie mogło skorzystać ok. 2 500 osób, tj. 14,7% populacji docelowej. Do udziału we wsparciu oferowanym w ramach programu zaproszone zostaną osoby z najbliższego otoczenia pacjenta (ok. 250 osób). Dodatkowo w zakresie szkoleń do programu zostaną włączeni fizjoterapeuci (ok. 32 osób), psychologowie (ok. 10 osób) i dietetycy (ok. 10 osób).

Przedstawiono kryteria włączenia oraz wyłączenia z programu.

#### Interwencja

W programie zaplanowano przeprowadzenie następujących interwencji:

- utworzenie/utrzymanie Centrum Referencyjnego i 4 jego filii na terenie województwa,
- szkolenia dla personelu medycznego,
- edukację zdrowotną dla uczestników programu prowadzoną przez fizjoterapeutów podczas udzielania świadczeń fizjoterapeutycznych,
- zindywidualizowany program rehabilitacji uczestników, zakładający przeprowadzenie m.in. zabiegów kinezyterapeutycznych,

- wsparcie psychologiczne (indywidualne konsultacje psychologiczne, psychoterapia),
- konsultacje dietetyczne.

Wskazano także, że lekarz onkolog podczas wizyty kwalifikacyjnej będzie kierował pacjentów zakwalifikowanych do realizujących program specjalistów z zakresu fizjoterapii, psychologii i dietetyki, w celu szczegółowego zaplanowania właściwej interwencji.

#### *Utworzenie/utrzymanie Centrum Referencyjnego*

Zaplanowano utworzenie/utrzymanie Centrum Referencyjnego, które będzie podstawowym miejscem udzielania świadczeń. Program będzie realizowany również w 4 filiach na terenie województwa, zapewniając równy dostęp do świadczeń. Centrum ustali zasady działania filii oraz będzie pełnił funkcje koordynujące i audytujące filie, celem zapewnienia dostępności świadczeń zdrowotnych o porównywalnym standardzie. Zadaniem Centrum będzie opracowanie szczegółowych programów w zakresie kompleksowej rehabilitacji, pomocy psychologicznej i poradnictwa dietetycznego dla kadry zaangażowanej w programie, co docelowo przełożyć ma się na zapewnienie porównywalności działań w poszczególnych lokalizacjach.

#### *Szkolenia dla personelu medycznego*

W projekcie zaplanowano szkolenia dla fizjoterapeutów, psychologów i dietetyków. Przedstawiono zakres tematyczny szkoleń. Określono godzinowy wymiar szkoleń jedynie dla grupy fizjoterapeutów. Dla dwóch pozostałych grup – psychologów oraz dietetyków, nie przedstawiono planowanej liczby godzin szkoleniowych, co wymaga uzupełnienia.

Zaplanowane szkolenia znajdują odzwierciedlenie w rekomendacjach (ASBrS 2017), które wskazują, że niezbędne jest prowadzenie działań edukacyjnych dla personelu medycznego w związku z udzielaniem opieki pacjentom z ryzykiem wystąpienia obrzęku limfatycznego.

#### *Działania edukacyjne w trakcie wizyt fizjoterapeutycznych*

Edukacja zdrowotna dla uczestników programu będzie prowadzona indywidualnie przez fizjoterapeutów podczas udzielania świadczeń fizjoterapeutycznych. Tematyka będzie uzależniona od występujących dolegliwości. W celu utrwalenia przekazywanych informacji realizatorzy zapewnią uczestnikom programu spójne materiały edukacyjne (opracowane przez lekarzy onkologów i koordynatorów poszczególnych dziedzin rehabilitacji).

Dodatkowo pacjenci będą zachęceni do podejmowania aktywności fizycznej. Odniesiono się do zalecanego poziomu aktywności fizycznej oraz optymalnej formy aktywności fizycznej dla osób po leczeniu przeciwnowotworowym na podstawie wytycznych PTOK 2013, co jest podejściem poprawnym.

Ponadto przewidziano edukację osób z najbliższego otoczenia uczestników objętych programem, w szczególności opiekunów prawnych, rodziców, osób sprawujących opiekę nad pacjentem. Zakres tematyczny będzie dotyczyć profilaktyki wtórnej po leczeniu choroby nowotworowej, metod rehabilitacji ruchowej, wsparcia psychicznego i żywienia pacjentów onkologicznych. Edukacja będzie prowadzona także podczas udzielania świadczeń fizjoterapeutycznych. Liczba osób zależna będzie od liczby zainteresowanych.

#### *Konsultacje psychologiczne i działania psychoterapeutyczne*

Uczestnicy będą mogli skorzystać z indywidualnych konsultacji z psychologiem (jednogodzinne sesje raz w tygodniu przez okres 3 tygodni). Spotkania będą miały charakter psychoedukacyjny i terapeutyczny. Założono również możliwość powtórzenia sesji jednokrotnie lub wielokrotnie przez jednego pacjenta, zależnie od potrzeb i dostępnych środków.

W ramach programu będzie możliwe również uzyskanie wsparcia grupowego. Przewidziano organizację maksymalnie 4 spotkań w grupach nie większych niż 5-osobowe dla ok. 250 osób zakwalifikowanych do części psychologicznej programu.

#### *Poradnictwo dietetyczne*

Wszyscy uczestnicy programu będą mogli skorzystać z konsultacji dietetycznej. W ramach konsultacji oceniony zostanie ogólny stan zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem stanu odżywienia, a także ustalony zostanie dalszy plan działań terapeutycznych na podstawie uzyskanych informacji, w tym informacji uzyskanych od onkologa.

#### *Edukacja żywieniowa*

W programie zaplanowano edukację żywieniową w formie prelekcji grupowych (dla 250 osób, w grupach do 5 osób, ok. 3 godziny/spotkanie). Edukacja dotyczyć będzie m.in. oceny dostępnej na rynku żywności funkcjonalnej przeznaczonej dla pacjentów z chorobami nowotworowymi.

W ramach działań edukacyjnych zaplanowano uruchomienie strony internetowej z modułem edukacyjnym zawierającym, m.in.: opracowane zestawy ćwiczeń dedykowane pacjentom onkologicznym; praktyczne porady dot. radzenia sobie z doświadczeniem choroby; zalecenie dot. żywienia w trakcie i po terapii.

#### *Zindywidualizowany program rehabilitacji*

Uczestnicy programu będą mieli zapewniony 5-dniowy cykl rehabilitacyjny. W razie potrzeby zapewniony zostanie kolejny cykl bądź cykle po 5 dni zabiegowych. Podkreślono, że w przypadku niewykorzystania dni zabiegowych przez wskazaną grupę osób istnieje możliwość objęcia wsparciem większej liczby osób.

Każdy pacjent otrzyma indywidualny plan rehabilitacji, uwzględniający rodzaj, częstotliwość oraz czas trwania poszczególnych interwencji. Wskazano, że w ramach wizyty fizjoterapeutycznej w zależności od celu usprawniania wybierany zostanie rodzaj interwencji tj.: kinezyterapia indywidualna, zastosowanie specjalistycznych metod kinezyterapeutycznych, np. PNF - poprawa propriocepcji (czucia głębokiego), zakresu ruchu, siły mięśni i zręczności; ćwiczenia ogólnokondycyjne – indywidualnie dobierane parametry i monitorowanie (bieżnia, cykloergometr, stepper, orbitrek); ćwiczenia mięśni dna miednicy dla kobiet i mężczyzn; terapia przeciwobrzękowa/redukcja obrzęku limfatycznego (przerwana kompresja pneumatyczna, manualny drenaż limfatyczny, bandażowanie wielowarstwowe, terapia w restrykcjach blizn, terapia manualna).

W treści programu podkreślono, że w celu zapobiegania podwójnemu finansowaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji medycznej, pacjenci będą zobligowani do złożenia pisemnego oświadczenia, iż w momencie przystąpienia do programu, jak również w trakcie uczestnictwa w programie nie korzystają/nie będą korzystać z rehabilitacji w związku z trwającym/przebyłym leczeniem onkologicznym w ramach innych środków publicznych np. NFZ, ZUS, KRUS, środków jednostek samorządu terytorialnego, środków krajowych lub unijnych (wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 2 do programu).

#### Monitorowanie i ewaluacja

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.

Ocena zgłaszalności do programu zostanie oceniona na podstawie: „liczby osób, które zgłosiły się do udziału w programie”, „liczby osób, które zostały zakwalifikowane do programu”, „liczby osób korzystających z fizjoterapii w ramach programu”, „liczby osób korzystających z poradnictwa psychologicznego i/lub psychoterapii”, „liczby osób korzystających z poradnictwa dietetyka”, „liczby osób z otoczenia pacjenta korzystających ze wsparcia edukacyjnego w programie”, „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego trwania, z analizą przyczyn rezygnacji”, „liczby lekarzy rehabilitacji, fizjoterapeutów, psychologów, którzy wzięli udział w szkoleniach (oddzielnie dla każdej grupy zawodowej) oraz form kształcenia, z których skorzystali”.

W ramach oceny jakości świadczeń zaplanowano przeprowadzenie ankiety satysfakcji. Do projektu nie załączono wzoru ww. ankiety, zatem nie było możliwości jej weryfikacji.

Ocena efektywności programu dokonana zostanie na podstawie mierników efektywności. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu, co zostało w projekcie uwzględnione. Dodatkowo po zakończeniu programu sporządzony zostanie „Raport efektywności programu”.

#### Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym etapem będzie akcja informacyjno-edukacyjna. Następnie zaplanowano utworzenie/utrzymanie Centrum Referencyjnego oraz jego filii. Kolejnym etapem będzie prowadzenie kompleksowej rehabilitacji, wsparcia psychologicznego i dietetycznego.

W projekcie programu szczegółowo odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia oraz warunków lokalowych.

Realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

Działania informacyjno-promocyjne prowadzone będą przez podmiot realizujący. Mieszkańcy województwa wielkopolskiego będą informowani o programie za pośrednictwem lokalnych mediów, przychodni POZ, podmiotów leczniczych udzielających świadczeń z zakresu onkologii, chirurgii onkologicznej chemio - i radioterapii, miejskich i gminnych ośrodków pomocy społecznej (OPS, MOPS, GOPS), powiatowych centrów pomocy rodzinie (PCPR), organizacji pozarządowych działających na rzecz osób z chorobą nowotworową. Wyboru konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie dokona realizator.

Okres realizacji programu został określony w przybliżeniu na ok. 4 lata.

Przedstawiono koszty jednostkowe oraz planowany koszt całkowity (22 953 700 zł).

Program ma zostać sfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, budżetu państwa oraz środków województwa wielkopolskiego.

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

##### Problem zdrowotny

Nowotwory złośliwe należą do najpoważniejszych zagrożeń zdrowotnych w Polsce. Liczba zachorowań oraz chorobowość z powodu nowotworów złośliwych w ostatnim 40-leciu rosła, czego przyczyną jest zarówno proces starzenia się populacji, jak i wzrost narażenia na czynniki ryzyka związane ze stylem życia (otyłość, niska aktywność fizyczna, palenie tytoniu, spożycie alkoholu). Proces terapii nowotworów może prowadzić do ograniczenia sprawności psychofizycznej i zawodowej. Powoduje szereg zaburzeń czynnościowych, np.: ograniczenie ruchomości w stawach, osłabienie lub zanik mięśni, upośledzenie wentylacji płuc, ograniczenie sprawności fizycznej.

##### Alternatywne świadczenia

Świadczenia gwarantowane obejmują poradę lekarską rehabilitacyjną/poradę fizjoterapeutyczną, kinezyterapię, fizykoterapię i masaże. Porada lekarska rehabilitacyjna obejmuje m.in. badanie ogólnolekarskie, ocenę aktywności ruchowej mierzalnym wskaźnikiem odpowiednio do rozpoznania, ocenę odruchów ścięgno-okostnowych, ocenę chodu i lokomocji, badanie fizykalne dla potrzeb rehabilitacji, planowanie i koordynowanie programu rehabilitacji, zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego, skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe, końcową ocenę procesu usprawniania.

Wizyta fizjoterapeutyczna obejmuje: zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem i po zakończeniu fizjoterapii, badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii. Fizjoterapia ambulatoryjna odbywa się na podstawie zlecenia wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych jednemu świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie.

Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej mogą być także realizowane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego. Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową jest wystawione m.in. przez: lekarzy oddziałów urazowo-ortopedycznych, chirurgicznych, neurochirurgicznych, neurologicznych, reumatologicznych, chorób wewnętrznych, onkologicznych, ginekologicznych, urologicznych, pediatrycznych, kardiologicznych i geriatrycznych. W przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych przez lekarza poradni rehabilitacyjnej, urazowo-ortopedycznej, neurologicznej i reumatologicznej.

Należy zaznaczyć, że dodatkowo rehabilitacja lecznicza w grupie schorzeń narządu ruchu, prowadzona jest przez ZUS w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym. Celem rehabilitacji jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. W realizacji programu priorytetem jest jak najwcześniejsze skierowanie osoby ubezpieczonej do ośrodka rehabilitacyjnego, ponieważ im wcześniej rozpoczęta zostanie rehabilitacja, tym lepsze efekty można uzyskać. Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany jest do osób: ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy; uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego; pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy rokujących jednocześnie odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji. Podstawą skierowania ubezpieczonego lub rencisty do ośrodka rehabilitacyjnego jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej wydane przez lekarza orzecznika ZUS.

#### Ocena technologii medycznej

W ramach wyszukiwania odnaleziono następujące rekomendacje kliniczne i wytyczne:

- ASBrS 2017 – American Society of Breast Surgeons
- DSD 2017 – Dutch Society of Dermatology
- LCA 2016 – London Cancer Alliance
- BCCA 2014 – British Columbia Cancer Agency
- PTOK 2013 – Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej

Zgodnie z zaleceniami PTOK 2013 rehabilitacja chorych na nowotwory powinna uwzględniać zasady polskiego modelu rehabilitacji – zakładające jej powszechność, wczesność, ciągłość oraz kompleksowość. Powszechność rehabilitacji w onkologii oznacza objęcie nią wszystkich chorych leczonych z powodu nowotworów złośliwych (niezależnie od rodzaju, stopnia zaawansowania, metody i etapu terapii). Zasada wczesności polega na zapoczątkowaniu rehabilitacji jeszcze przed rozpoczęciem aktywnego leczenia onkologicznego, a nie po jego zakończeniu, co znacznie zmniejsza ryzyko powikłań i zaburzeń oraz zwiększa szanse szybszego powrotu chorych do pełnej aktywności. Zasada ciągłości zakłada kontynuację rehabilitacji nawet przez całe życie chorego i objęcie nią okresu szpitalnego oraz poszpitalnego wczesnego (sanatoryjnego) i późnego (ambulatoryjnego), co zmniejsza ryzyko nawrotu zaburzeń czynnościowych, które są groźne nawet wiele lat po zakończeniu leczenia.

Natomiast kompleksowość rehabilitacji polega na uwzględnieniu wszystkich obszarów życia człowieka (medycznego oraz psychospołecznego i zawodowego). Kontynuacja rehabilitacji w miarę potrzeb i możliwości powinna być zapewniona nawet przez całe życie chorych. Przy czym z czasem, zaangażowanie rehabilitowanej osoby w proces usprawniania i zachowania sprawności powinno wzrastać.

Odnalezione wytyczne sugerują również, że zwiększanie świadomości wśród pracowników opieki zdrowotnej i pacjentów nt. potrzeby i ogólnej skuteczności rehabilitacji onkologicznej jest jednym z priorytetów w zakresie wdrażania rehabilitacji po leczeniu onkologicznym/chorobie nowotworowej.

W odnalezionych rekomendacjach wskazuje się także sposoby realizacji rehabilitacji skierowanej do poszczególnych grup odbiorców. U chorych po zakończeniu leczenia przeciwnowotworowego ćwiczenia fizyczne powinny uwzględniać deficyty czynnościowe, zainteresowania chorych, rodzaj i lokalizację nowotworu oraz metodę jego leczenia. Intensywność ćwiczeń powinna osiągać co najmniej 1000 kcal tygodniowo lub 150-400 kcal dziennie. Ponadto wytyczne wskazują, że osoby chore na nowotwory mogą i powinny uprawiać wszystkie rodzaje ćwiczeń fizycznych niezależnie od stadium

choroby oraz podczas stosowania różnych metod leczenia. Ćwiczenia powinny być wykonywane po zabiegu operacyjnym, w trakcie radio- i chemioterapii, zarówno profilaktycznie, jak i leczniczo oraz paliatywnie (w celu łagodzenia objawów). Powinny uwzględniać możliwości oraz sprawność i wydolność chorych.

Rehabilitacja chorych na nowotwory powinna rozpoczynać się jeszcze przed rozpoczęciem aktywnego leczenia onkologicznego. Następnie powinna być zapewniona kontynuacja rehabilitacji nawet przez całe życie chorych i objęcie nią okresu szpitalnego oraz poszpitalnego wczesnego (sanatoryjnego) i późnego (ambulatoryjnego). Rehabilitacja powinna uwzględniać wszystkie obszary życia człowieka (medycznego oraz psychospołecznego i zawodowego).

W przypadku anemii powinna być stosowana forma interwałowa ćwiczeń, natomiast małopłytkowość jest wskazaniem do unikania urazowych form ruchu, a stan neutropenii uzasadnia ograniczenie ćwiczeń sprzyjających infekcji (np. ćwiczenia w dużych grupach, na basenie lub w ostrych warunkach klimatycznych). Do pół roku po terapii raka odbytnicy lub raka gruczołu krokowego niewskazana jest jazda na rowerze, natomiast przetoka nerkowa stanowi przeciwwskazanie do pływania. W przypadku osłabienia struktury kości należy unikać dużych obciążeń, a w sytuacjach związanych z zaburzeniami koordynacji nie są zalecane ćwiczenia w pozycji stojącej.

W przypadku rehabilitacji chorych z obrzękiem chłonny po leczeniu najbardziej uznaną i najczęściej stosowaną metodą postępowania jest kompleksowa terapia udrażniająca obejmująca ręczny drenaż chłonny, kompresjoterapię, ćwiczenia ruchowe i higienę kończyny.

Przy rehabilitacji chorych z ograniczeniami ruchomości stawów po leczeniu zaleca się stosowanie podstawowe metody zwiększania ruchomości (zwłaszcza ćwiczenia rozciągające, techniki terapii manualnej i torowania nerwowo-mięśniowego). Ćwiczenia rozciągające powinny być stosowane w formie statycznej i dynamicznej.

Celem rehabilitacji psychicznej kobiet ze zdiagnozowanym rakiem piersi jest poprawa stanu psychicznego w trakcie i po leczeniu oraz pomoc w akceptacji zaistniałego stanu. W tym celu wykorzystuje się metody psychoterapii grupowej i indywidualnej, psychoedukacji – nauczanie radzenia sobie ze stresem, relaksacji, terapii poznawczej indywidualnej chorych i ich rodzin oraz działalność grup wsparcia. W kontekście osób po leczeniu raka piersi edukacja pacjentów i samozarządzanie chorobą jest istotnym elementem procesu opieki (DSD 2017, ASBrS 2017, LCA 2016, BCCA 2014). Informowanie, instruowanie, wsparcie psychologiczne oraz zachęcanie do samodzielnej pielęgnacji są niezbędne w procesie leczenia (DSD 2017).

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.**

ZASTĘPCA PREZESA

Daniel Rutkowski

*/dokument podpisany elektronicznie/*

#### **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 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr OT.431.86.2023 „Program rehabilitacji dla pacjentów onkologicznych w wieku 18-64 lata z terenu województwa wielkopolskiego” realizowany przez województwo wielkopolskie; data ukończenia: grudzień 2023, 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 w zakresie rehabilitacji psychofizycznej kobiet po amputacji piersi – wspólne podstawy oceny” ze stycznia 2019 r. oraz opinii Rady Przejrzystości nr 2/2024 z dnia 8 stycznia 2024 roku o projekcie programu „Program rehabilitacji dla pacjentów onkologicznych w wieku 18-64 lata z terenu województwa wielkopolskiego”.