



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 24/2024 z dnia 16 kwietnia 2024 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Wielkopolski**  
**program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej II”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Wielkopolski program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej II” pod warunkiem uwzględnienia przedstawionych poniżej uwag.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy kwestii mających kluczowe znaczenie dla jakości życia populacji docelowej. Dobrze zaplanowana, skuteczna i adekwatna do potrzeb zdrowotnych rehabilitacja medyczna wzmocnia działania na rzecz pozytywnej polityki senioralnej, gwarantując poprawę funkcjonowania osób w wieku podeszłym jak również przyczynia się do zmniejszenia zjawiska czasowej lub przetrwałej niezdolności do pracy grupy aktywnej zawodowo.

Opiniowany program zawiera działania, które są dostępne jako świadczenia gwarantowane, jednak istnieją organizacyjne ograniczenia do ich dostępności. Na podstawie danych NFZ za 2022 r. ze świadczeń z zakresu rehabilitacji udzielanych przez 220 świadczeniodawców, łącznie skorzystało 207 tys. pacjentów, generując koszt 320 mln dla płatnika publicznego. Należy mieć na uwadze, aby zaplanowane interwencje udzielane w ramach programu nie powieły świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Wzięto również pod uwagę fakt, że Agencja opiniowała podobny projekt programu, który otrzymała z województwa wielkopolskiego pn. „Wielkopolski program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej” w 2017 r. Prezes Agencji wydał opinię pozytywną warunkowo (nr 293/2017 z dnia 27 października 2017 r.), a zgłoszone wówczas uwagi w części lub całości ujęto w nowej propozycji. Prezes Agencji przy podejmowaniu decyzji zważył również na wyniki z realizacji pierwszej edycji programu przekazane przez Urząd Marszałkowski w dniu 15 kwietnia 2024 r. Z raportu wynika, że realizacja PPZ spełniła zakładane cele w zakresie obniżenia natężenia dolegliwości bólowych u co najmniej 75% uczestników, poprawy funkcjonowania w zakresie schorzeń narządu ruchu i kręgosłupa u co najmniej 75% uczestników oraz poprawy ogólnej sprawności fizycznej u co najmniej 50% uczestników. Nie jest jasne, dlaczego liczba osób objętych PPZ nie jest równa liczbie osób, które uczestniczyły w edukacji. Nie przedstawiono wyników dla zwiększenia aktywności fizycznej po zakończeniu programu oraz aspektu związanego z podjęciem lub kontynuacją zatrudnienia.

Niemniej, Prezes Agencji do przedstawionego programu wnosi następujące uwagi:

- w odniesieniu do definicji populacji docelowej nie wskazano sposobu, w jaki będzie dokonywana weryfikacja w zakresie kryterium wyłączenia polegającego na korzystaniu ze świadczeń finansowanych przez NFZ w okresie miesiąca od przystąpienia do programu;
- w odniesieniu do efektów i mierników nie wskazano uzasadnień dla przyjętych wartości docelowych, nie zdefiniowano pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników, ponadto nie określono wskaźników w zakresie jego wpływu na poprawę aktywności zawodowej populacji docelowej, a także czy osoba z grupy docelowej po zakończeniu swojego udziału w programie może do niego przystąpić ponownie;
- nie doprecyzowano okresu realizacji programu.

## Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dla osób powyżej 18 roku życia zaplanowany do realizacji przez województwo wielkopolskie. Zakładany okres realizacji programu to ok. 3 lata, koszt ma wynieść niespełna 47 mln zł.

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 2024 r., poz. 146), 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 osób ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej lub urazem, zatruciem i innymi określonymi skutkami działania czynników zewnętrznych.

We właściwy sposób odniesiono się do danych epidemiologicznych. Przedstawiono regionalne dane odnoszące się do sytuacji społecznej i ekonomicznej na podstawie danych GUS.

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026 zwrócono uwagę, że rehabilitacja przyczynia się bezpośrednio do maksymalizacji dobrostanu osób w każdym wieku. Proces ten wpływa także na zmniejszenie obciążenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. W ramach rekomendowanych kierunków działań dla woj. wielkopolskiego wskazuje się na zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych w subregionie pilskim, w szczególności w zakresach świadczeń realizowanych w warunkach oddziału dziennego (rehabilitacja ogólnoustrojowa, rehabilitacja lub telerehabilitacja hybrydowa kardiologiczna, rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego).

### Cele i efekty programu

Jako cel główny wskazano *uzyskanie poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na obszar aktywności uczestników programu, u co najmniej 70% osób uczestniczących w programie rehabilitacji leczniczej w okresie jego realizacji*. W opiniowanym PPZ wskazano, że skuteczność będzie oceniana na podstawie wyniku uzyskanego w obiektywnym i zwalidowanym kwestionariuszu SF-36, w skali bólu. Dodatkowo dołączono ankietę zawierającą pytania dotyczące subiektywnej oceny dolegliwości bólowych, sprawności ruchowej oraz przyrostu wiedzy. Reasumując, główne założenie programu zostało sformułowane w sposób prawidłowy, jednak nie wskazano uzasadnienia dla przyjętej wartości.

W treści projektu wskazano następujące cele szczegółowe:

1. *uzyskanie poprawy stanu zdrowia w obszarze schorzeń narządu ruchu i kręgosłupa u co najmniej 70% uczestników;*
2. *zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych u co najmniej 75% uczestników, u których stwierdzono dolegliwości bólowe;*
3. *wzrost częstości podejmowanej aktywności fizycznej u co najmniej 70% uczestników;*
4. *wzrost wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych, profilaktyki schorzeń narządu ruchu, utrwalenie prawidłowych nawyków ruchowych i ergonomii w miejscu pracy u 80% uczestników.*

Cel szczegółowy 1. został sformułowany w sposób zbyt ogólny, stanowi powielenie założenia głównego. Cele 2. i 3. wydają się możliwe do realizacji za pomocą zaplanowanych interwencji. Należy zaznaczyć, że nie jest jasny sposób pomiaru natężenia dolegliwości bólowych oraz częstości podejmowanej aktywności fizycznej. Cel 4. odnosi się do wzrostu wiedzy, w projekcie zaplanowano przeprowadzenie „testu wstępnego i końcowego”, który jednak nie został dołączony do projektu, zatem nie było możliwości jego weryfikacji, co należy uzupełnić. Ponadto nie wskazano uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej. Należy zdefiniować pożądaną wartość wzrostu wiedzy uczestników (np. o 30%).

W projekcie programu zaproponowano cztery mierniki efektywności, rozumiane jako odsetek osób:

1. u których nastąpiła poprawa w obszarze schorzeń narządu ruchu i kręgosłupa po uczestnictwie w programie mierzona za pomocą kwestionariusza SF-36 – 70%;
2. u których stwierdzono zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych (sprawdzone za pomocą porównania wyników testów wykonywanych podczas I i III wizyty) – 75%;
3. u których zwiększyła się częstotliwość podejmowanej aktywności fizycznej (sprawdzone za pomocą porównania wyników testów wykonywanych podczas I i III wizyty) – 70%;
4. u których stwierdzono wzrost wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych, profilaktyki schorzeń narządu ruchu, utrwalenie prawidłowych nawyków ruchowych i ergonomii w miejscu pracy (porównanie wyników testu wstępnego i końcowego) – 80%.

Miernik 1. odnosi się do celu głównego. Miernik 2. odnosi się do celu szczegółowego 2., miernik 3. odnosi się do celu szczegółowego 3., z kolei miernik 4. odnosi się do celu szczegółowego 4. Przy czym nie wskazano uzasadnienia dla wartości docelowych, co wymaga korekty.

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowić będą osoby powyżej 18 roku życia, pracujące, zamieszkujące lub zarejestrowane jako bezrobotne na obszarze woj. wielkopolskiego, ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej lub urazem, zatruciem i innymi określonymi skutkami działania czynników zewnętrznych zgodnych z rozpoznaniem ICD-10 lub posiadające skierowanie na podjęcie rehabilitacji medycznej.

W województwie wielkopolskim, liczba osób aktywnych zawodowo w IV kwartale 2022 r., wynosiła 1 623 000 osób, z czego średnia liczba osób powyżej 15 roku życia cierpiących z powodu bólów dolnej i środkowej partii pleców czy bólów szyi (karku) oscylowała ok. 55%, co stanowi ok. 892 650 osób. Zaznaczono, że w Wielkopolsce w 2022 roku wystawiono 2 289,9 tys. zaświadczeń lekarskich w tym 16% z powodu choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Liczba osób, która otrzymała zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy została oszacowana na poziomie 183 192 osób, czyli blisko 11% osób w populacji aktywnych zawodowo. W programie ze względu na ograniczenia budżetowe planuje się objąć wsparciem 10 000 osób, które skorzystają ze świadczeń rehabilitacyjnych (5,5% szacowanej grupy docelowej). Ponadto zakłada się około 2% pacjentów nie spełni kryteriów kwalifikacji i nie zostanie objęte programem. Powyższy procent osób skorzysta jedynie z wizyty kwalifikacyjnej. W związku z powyższym ostateczna liczba osób zgłaszających się do programu wynosi 10 200.

Przedstawiono kryteria włączenia oraz wyłączenia z programu. Nie wskazano sposobu, w jaki będzie dokonywana weryfikacja w zakresie kryterium wyłączenia polegającego na korzystaniu ze świadczeń finansowanych przez NFZ w okresie miesiąca od przystąpienia do programu.

#### Interwencja

W programie zaplanowano przeprowadzenie następujących interwencji:

- działania profilaktyczno-rehabilitacyjne (działania terapeutyczne, zajęcia z edukacji zdrowotnej oraz zajęcia rekreacyjno-sportowe);

3 obowiązkowe wizyty u lekarza/specjalisty rehabilitacji medycznej. Pierwsza wizyta nastąpi na początku programu, druga wizyta w trakcie trwania działań profilaktyczno-rehabilitacyjnych, a końcowa – trzecia wizyta została zaplanowana po zakończeniu zabiegów rehabilitacyjnych. Podejmowanie działania określono jako wywiad, badanie stanu zdrowia pacjenta i ustalenie indywidualnego planu rehabilitacyjnego. Przekazanie zaleceń do stosowania w domu. Ocena postępów rehabilitacji.

- indywidualnie do potrzeb pacjenta dobierana interwencja terapeutyczna (maksymalnie 20-dniowy turnus rehabilitacyjny dla każdego pacjenta);

Indywidualnie do potrzeb pacjenta dobrana interwencja terapeutyczna składająca się w ramach jednego dnia z maksymalnie trzech zabiegów fizykalnych oraz maksymalnie dwóch rodzajów ćwiczeń z wykorzystaniem kinezyterapii, terapii manualnej, metod specjalnych,

masażu. Zabiegi rehabilitacyjne obejmą: kinezyterapię, masaże, elektrolecznictwo, leczenie polem elektromagnetycznym, światłolecznictwo i termoterapię, hydroterapię, krioterapię, balneoterapię. Wszystkie zabiegi odbywać się będą pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego.

- dwa spotkania edukacyjne dotyczące m.in. ergonomii pracy, prawidłowego odżywiania, nauki ćwiczeń do samodzielnego wykonywania w domu;

Uczestnik weźmie udział w min. dwóch 45-minutowych spotkaniach edukacyjnych. Osobami odpowiedzialnymi za realizację zajęć z edukacji zdrowotnej będą dietetycy, fizjoterapeuci, osoby z tytułem minimum magistra z zakresu wychowania fizycznego, sportu lub nauk o zdrowiu. Jednocześnie w materiałach zawarte będą informacje praktyczne dotyczące możliwości i form uzyskania różnorodnego wsparcia z zakresu aktywizacji zawodowej, dedykowane osobom chcącym wrócić do pracy w trakcie lub po rehabilitacji.

- dostosowane do potrzeb uczestnika zajęcia rekreacyjno-sportowe.

W ich ramach odbędą się min. 2 spotkania po 45 min każde. Podczas zajęć uczestnikom zostanie wyjaśniona zasada działania układu mięśniowego, układu kostnego. Zajęcia będą organizowane w różnych formach i o różnym stopniu intensywności, np.: w formie aerobiku, nordic walking, w terenie z wykorzystaniem siłowni zewnętrznych, treningu funkcjonalnego, treningu na piłkach, Pilates itp. Zajęcia będą prowadzone przez wykwalifikowaną kadrę (instruktorów danej dyscypliny lub osobę z tytułem minimum magistra wychowania fizycznego, sportu, fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapeutę), a prowadzący wybiorą odpowiednie zestawy ćwiczeń, tak, aby mogły one zarówno być realizowane na sali ćwiczeń, jak i kontynuowane w warunkach domowych.

Przy ocenie zaplanowanych interwencji należy wskazać, że zaplanowane interwencje oraz działania są zgodne z wytycznymi. Dyskusyjną kwestią pozostaje dobór osób wskazanych do realizacji spotkań edukacyjnych – aktualnie dietetyk nie jest zawodem w pełni uregulowanym prawnie. Mając powyższe na względzie należy doprecyzować, czy osoba wskazana do realizacji działań w zakresie planowania diety, prowadzenia konsultacji dietetycznych oraz udzielania porad edukacyjnych spełnia definicję zawartą w załączniku do ustawy o niektórych zawodach medycznych z dnia 17 sierpnia 2023 r. (Dz. U z 2023 r., poz. 1972).

#### 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 programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności zostanie dokonana na podstawie liczby osób, które zgłosiły się do udziału w programie; liczby osób, które zostały zakwalifikowane do udziału w programie; liczby osób, którym udzielono świadczeń medycznych w ramach terapii indywidualnej oraz liczby osób, które uczestniczyły w działaniach edukacyjnych. Zaproponowane wskaźniki zostały zaplanowane prawidłowo. Przy czym nie wskazano czy osoba z grupy docelowej po zakończeniu swojego udziału w programie może do niego przystąpić ponownie. Należy także monitorować liczbę osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyny rezygnacji.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie będzie prowadzona na podstawie analizy ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie budzi zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu zostanie dokonana na podstawie liczby osób, u których: nastąpiła poprawa w obszarze schorzeń narządu ruchu i kręgosłupa po uczestnictwie w programie; stwierdzono zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych; zwiększyła się częstotliwość podejmowanej aktywności fizycznej oraz stwierdzono wzrost wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych, profilaktyki schorzeń narządu ruchu, utrwalenie prawidłowych nawyków ruchowych i ergonomii w miejscu pracy.

Nie określono jednak wskaźników efektywności programu w zakresie jego wpływu na poprawę aktywności zawodowej populacji docelowej, co wymaga uzupełnienia.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie programu.

#### Warunki realizacji

Projekt zawiera opis planowanych działań i etapów. W dokumencie wskazano, że warunki realizacji PPZ będą zgodne z wymogami zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Realizator zostanie wybrany w drodze konkursu.

Akcja informacyjna jest szeroko zaplanowana w ramach I etapu interwencji.

W projekcie przedstawiono w przejrzysty sposób koszty jednostkowe, koszt całkowity oraz źródła finansowania. Zawarto informację, że do kosztów jednostkowych należy dodać 10% jako koszty monitorowania i ewaluacji nie wskazując jednak szczegółów. Nie przedstawiono również szczegółowego oszacowania kosztów kampanii informacyjno-edukacyjnej, co należy doprecyzować.

Koszty jednostkowe:

- 150 000 zł – działania informacyjno-edukacyjne,
- 200 zł/os. – wizyta kwalifikacyjna dla pacjentów nieobjętych programem (ok. 200 osób),
- 600 zł/os. – proces konsultacji medycznych w ramach programu (3 wizyty x 200 zł),
- 3 500 zł/os. – terapia indywidualna (60 zabiegów fizykalnych i 40 ćwiczeń; średnio 35 zł x 100 zabiegów/ćwiczeń),
- 80 zł/os. – zajęcia z edukacji zdrowotnej (2 spotkania x 40 zł),
- 70 zł/os. – zajęcia sportowo-rekreacyjne (2 spotkania x 35 zł).

Planowane koszty całkowite: 46 959 000 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

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) termin niepełnosprawność definiuje jako 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 niepełnosprawnością, z czego 2-4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu.

##### 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 przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

Porada rehabilitacyjna (realizowana zarówno w warunkach ambulatoryjnych jak i domowych) udzielana dorosłym i dzieciom, obejmuje m.in.: badanie ogólnolekarskie, określenie zakresu ruchów, testy czynnościowe, ocenę czucia powierzchownego i głębokiego, ocenę chodu i lokomocji, badania przesiewowe, badanie fizykalne, interpretację badań, planowanie i koordynowanie programu rehabilitacji, zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego (ustalenie programu usprawnienia leczniczego) oraz końcową ocenę procesu usprawniania.

Wizyta fizjoterapeutyczna (w warunkach ambulatoryjnych lub domowych), w zależności od etapu postępowania fizjoterapeutycznego obejmuje co najmniej jedną z następujących czynności: zaplanowanie postępowania; ocenę i opis stanu funkcjonalnego; badanie czynnościowe; końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego; udzielenie zaleceń co do dalszego postępowania. Fizjoterapia ambulatoryjna odbywa się na podstawie zlecenia wydanego przez lekarza w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych, a jednemu pacjentowi przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie.

Należy zaznaczyć, że rehabilitacja lecznicza w grupie schorzeń narządu ruchu, prowadzona jest przez ZUS w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym. Interwencja ma na celu przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności. Im wcześniej rozpoczęta zostanie rehabilitacja, tym lepsze efekty można uzyskać. Program 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 odzyskanie zdolności do pracy. Podstawą skierowania jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej wydane przez lekarza orzecznika ZUS.

### Ocena technologii medycznej

#### *Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych*

#### Rehabilitacja osób w podeszłym wieku

Zgodnie z wytycznymi rehabilitacja osób w wieku podeszłym powinna skupiać się na: czynnościach poznawczych, wzmacnianiu nastroju, budowaniu zaangażowania społecznego, czynnościach w kierunku utrzymywania mobilności i profilaktyce upadków, aspektach funkcjonalnych, promowaniu zasad racjonalnego sposobu żywienia i właściwym nawadnianiu, łagodzeniu dolegliwości bólowych, zwalczaniu zjawiska polipragmazji. Leczenie psychospołeczne powinno być częścią leczenia depresji. Starsze osoby i ich opiekunowie powinni mieć dostęp do odpowiednich usług opieki psychospołecznej w celu radzenia sobie z takimi problemami z diagnozą chorób i skutkami ubocznymi leczenia. Opiekunowie powinni brać udział w interwencjach. (ICFSR 2021, RCA/PGLO 2021, PTK 2017).

#### Rehabilitacja przewlekłego bólu u dorosłych

Wytyczne praktyki klinicznej wskazują na zapewnienie właściwego poziomu edukacji i poradnictwa, poprzedzonych identyfikacją możliwych czynników patologicznych. Klinicyści mogą rozważyć ustrukturyzowaną edukację pacjentów w połączeniu z ćwiczeniami z zakresu ruchu, opieką multimodalną (ćwiczenia ruchowe z manipulacją lub mobilizacją) lub zastosowanie substancji zwiotczających mięśnie. (APTA 2017)

#### Profilaktyka przewlekłego bólu kręgosłupa

W większości zaleceń zaznacza się, że ważnym elementem powinna być edukacja w zakresie zasad ergonomii w życiu codziennym. Istotne jest również pozyskanie wiedzy na temat ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas codziennych czynności, a tym samym eliminowanie czynników podtrzymujących ryzyko nawrotu dolegliwości i rozwijanie przydatnych strategii ruchowych (ICSI 2018, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, DAI 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017, NICE 2016). Jednym ze skutecznych sposobów przeciwdziałania mechanicznym przeciążeniom kręgosłupa, w ramach tzw. profilaktyki pierwotnej i wtórnej jest zastosowanie odpowiednio dobranych ortez, tj. gorsetów i kołnierzy. Terapia poznawczo-behawioralna jest zalecana w połączeniu z ćwiczeniami fizycznymi i jest skuteczniejsza od samych ćwiczeń fizycznych w leczeniu bólu krzyża w ciągu 12 miesięcy. Pozwala ona też na szybszy powrót do pracy (PTF/PTMR/KLR 2017).

#### *Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych*

#### Rehabilitacja osób w podeszłym wieku

Złożone strategie rehabilitacyjne zastosowane w populacji seniorów wywierają korzystny wpływ na ich wydolność krążeniowo-oddechową, wyniki metaboliczne, parametry funkcjonalne, sprawność poznawczą oraz jakość życia w porównaniu do rutynowej aktywności fizycznej. Wykazano, że mogą

wspomagać w uzyskaniu kontroli nad parametrami metabolicznymi oraz pozwolić na uzyskanie zrównoważonego składu ciała (Boauziz 2016). Ćwiczenia fizyczne, zwłaszcza oporowe, są niezbędne do uzyskania poprawy składu ciała i sprawności fizycznej u pacjentów z otyłością sarkopeniczną (Hsu 2019; zmniejszenie masy ciała MD = -4,3 kg; 95%CI: -7,61; -0,99; p = 0,01; I<sup>2</sup> = 0%; zwiększenie prędkości chodu MD = +0,2 m/s; 95%CI: 0,07; 0,33; p = 0,002; I<sup>2</sup> = 85%). Dowody o umiarkowanej lub wysokiej jakości wskazują na istnienie niewielkiego wpływu fizjoterapii, połączonej z poradnictwem w zakresie zmian behawioralnych na wzrost aktywności fizycznej (Lakke 2018; SMD = 0,19; 95%CI: 0,07; 0,31) oraz brak efektu dodatkowego przy obserwacji długoterminowej (Lakke 2018; SMD = 0,00; 95%CI: -0,22; 0,21).

Proste strategie rehabilitacyjne stosowane u osłabionych fizycznie starszych osób wywierały istotny, umiarkowany wpływ na ich funkcjonowanie w społeczeństwie (De Coninck 2017, 9 RCT). Wykazano, że ćwiczenia fizyczne przynoszą korzyści w zakresie profilaktyki upadków (redukcja ryzyka upadku RR=0,89; 95%CI: 0,81; 0,97; p = 0,01; I<sup>2</sup> = 43,9%; 15 badań; n=4926). Wskazano na zasadność korzystania z treningu mobilności jako narzędzia pozwalającego na poprawę funkcjonowania osób w wieku podeszłym (Treacy 2022; wynik mobilności poprawił się o 1,00 pkt %; 95%CI: 0,51; 1,51). Zwraca się jednak uwagę, że nie wykazano istotnego wpływu terapii zajęciowej na niepełnosprawność i funkcje poznawcze (De Coninck 2017). Nie wykazano również istotnej statystycznie zależności między interwencjami fizycznymi a śmiertelnością związaną z upadkami (Gurguis-Blake 2018).

#### Rehabilitacja przewlekłego bólu u dorosłych

Oceniając złożone strategie terapeutyczne, wykazano, że realizacja mobilizacji neurologicznej skojarzonej z innymi metodami leczenia bólu w ramach rehabilitacji, może prowadzić do ogólnego zmniejszenia intensywności bólu odczuwanego przez pacjenta. Ponadto zwracano uwagę, że nie wpływa istotnie statystycznie na zwiększenie sprawności funkcjonalnej oraz na zakres ruchu (Baptista 2023). Wartość dodania terapii poznawczo-behawioralnej do interwencji ruchowych jest wątpliwa, w badaniach nie obserwowano znaczących różnic między takimi interwencjami a interwencjami składającymi się wyłącznie z ćwiczeń fizycznych (Cheng 2019, 18 RCT).

W przypadku interwencji z zakresu fizjoterapii wykazano, że w porównaniu do leczenia zachowawczego oraz w porównaniu do leczenia pozorowanego/placebo terapia ruchowa nie wpływa istotnie statystycznie na zmniejszenie bólu i stan funkcjonalności (IJzelenberg 2023). Wykazano, że realizacja terapii z użyciem lasera wysokoenergetycznego, istotnie statystycznie przyczynia się do obniżenia odczuwanego przez pacjenta bólu (Cai 2023; 9 RCT; obniżenie odczuwanego przez pacjenta bólu MD = -1,89; 95%CI: -1,96; -1,82), z kolei izokinetyczny trening tułowia istotnie statystycznie zmniejszał poziom bólu okolicy lędźwiowej (Reyes-Ferranda 2023; 7 RCT; MD = -1,50 95%CI: -2,60; -0,39). Zastosowanie ćwiczeń aerobowych zwiększało uciskowy próg bólowy lub redukowało ból mierzony w skalach oceny bólu w porównaniu do ćwiczeń konwencjonalnych (Tan 2022; 11 badań; mediana spadku wrażliwości na ból 10,6% (MAX: 2,2%, MIN: 24,1%). W przedstawionych badaniach nie stwierdzono klinicznie istotnych różnic pomiędzy fizjoterapią grupową i indywidualną w zakresie skuteczności leczenia bólów mięśniowo-szkieletowych oraz związanej z nimi niepełnosprawności. Sugerowano częstsze stosowanie terapii grupowej w schorzeniach układu mięśniowo-szkieletowego ze względu na aspekt ekonomiczny (O'Keffe 2017, 14 RCT).

Dostępne dowody naukowe dotyczące fizykoterapii nie pozwalają na stwierdzenie z dostateczną pewnością, że przezskórna elektrostymulacja nerwów (TENS) jest skuteczna w łagodzeniu bólu u osób z bólem przewlekłym. Badania wskazują, że TENS stosowana samodzielnie, w krótkim okresie obserwacji, wywiera istotnie silniejsze działanie przeciwbólowe w porównaniu z interwencją pozorowaną (Gibson 2019, 51 RCT; Plaza-Manzano 2020, 19 RCT). Wykazano również, że terapia laserem niskoenergetycznym łagodzi objawy zespołu cieśni nadgarstka, w perspektywie krótkookresowej (Rankin 2017, 22 RCT). W przypadku terapii laserem wysokoenergetycznym wykazano znaczną redukcję bólu mięśniowo-szkieletowego (Song 2018, 12 RCT). Terapia oparta o miejscową aplikację ciepła odznacza się większym i szybszym działaniem przeciwbólowym w porównaniu z brakiem leczenia, standardową farmakoterapią oraz placebo/leczeniem pozorowanym (Clijisen 2022, 25 RCT). Odnalezione badania wskazują, że terapia za pomocą fal

radiowych może stanowić obiecujące rozwiązanie w zakresie leczenia przewlekłego bólu mięśniowo-szkieletowego (Fari 2022 26 RCT).

Ponadto wyniki przeglądów wskazują, że ćwiczenia takie jak Tai Chi, joga i qigong, mogą skutecznie łagodzić objawy wynikające z bólów przewlekłych, u osób w średnim wieku i osób starszych, w porównaniu z aktywnymi lub nieaktywnymi grupami komparatorów (Wen 2022, 17 RCT).

#### Rehabilitacja przewlekłego bólu u dzieci

Realizacja w ramach rehabilitacji aktywności fizycznej, przez dzieci i młodzież cierpiących z powodu zaburzeń funkcjonalności układu mięśniowo szkieletowego, może wpłynąć na obniżenie intensywności odczuwanego przez nie bólu. Ponadto aktywność fizyczna u tych dzieci może odgrywać istotną rolę w obniżaniu odczuwanego stopnia niepełnosprawności (Nascimento Leite 2023, redukcja bólu SMD = -0,45; 95%CI: -0,82; -0,08; redukcja stopnia niepełnosprawności MD = -0,27; 95%CI: -0,51; -0,02). Analiza literatury wskazuje, że fizjoterapia i inne przeanalizowane formy leczenia mogą zmniejszać intensywność bólu w różnych przewlekłych stanach bólowych u dzieci, dowody z najwyższego poziomu dotyczą terapii psychologicznych. Po zakończeniu leczenia fizjoterapia nie przyniosła korzyści w zakresie jakości życia, zależnej od stanu zdrowia. Fizjoterapia wykazała umiarkowaną poprawę w zakresie poziomu niepełnosprawności funkcjonalnej po leczeniu, brak jest pewności co do wiarygodności tego efektu. Nie stwierdzono istotnego wpływu fizjoterapii na funkcjonowanie emocjonalne po leczeniu lub w okresie kontrolnym. Zgłoszono bardzo niewiele zdarzeń niepożądanych związanych z fizjoterapią (bardzo niska pewność dowodów) i nie stwierdzono różnic między grupami leczonymi i kontrolnymi (Fisher 2022, 34 badań farmakologicznych, 25 badań z zakresu fizjoterapii oraz 63 prób dotyczących interwencji psychologicznej).

#### Profilaktyka przewlekłego bólu kręgosłupa

Programy edukacyjne zastosowane jako jedyna interwencja nie są skuteczne w zapobieganiu i leczeniu bólu (Ainpradub 2016). Wykazano, że ćwiczenia połączone z edukacją wiązały się ze znamiennej szansą na redukcję częstości występowania bólu krzyża, podobnie jak ćwiczenia stosowane jako jedyna forma profilaktyki (Huang 2020, redukcja bólu dla porównania ćwiczeń połączonych z edukacją OR=0,59; 95% CI: 0,41; 0,82; redukcja bólu dla porównania ćwiczeń jako jedynej formy OR=0,59; 95% CI: 0,36; 0,92). Interwencja w postaci wprowadzenia ćwiczeń fizycznych w miejscu pracy istotnie zmniejsza ogólny ból mięśniowo-szkieletowy (Moreira-Silva 2016, SMD = -0,40; 95% CI: -0,78; -0,02). Terapia grupowa, połączona z fizjoterapią terapia behawioralno-psychologiczna wykazuje korzystny wpływ na złagodzenie bólu w porównaniu z terapią standardową (Zhang 2019, obserwacja krótko terminowa SMD=-0,33; 95%CI -0,50; -0,15; obserwacja długoterminowa SMD = -0,34; 95%CI: -0,52; -0,16). Dostępne dowody wskazują, że zastosowanie diagnostyki obrazowej u pacjentów z bólem krzyża wiąże się z istotnym wzrostem kosztów leczenia jednocześnie wskazując na brak korzyści w ocenianych kategoriach skuteczności (Karel 2015).

#### Podsumowanie opinii ekspertów

Wg ekspertów w pierwszej kolejności oferowana powinna zostać pełna diagnostyka funkcjonalna, a następnie kinezyterapia oraz fizykoterapia z masażem. Wskazywane przez ekspertów zalecane zabiegi fizykoterapeutyczne obejmują: fototerapię, sonoterapię, elektroterapię, magnetoterapię, termoterapię, krioterapię, hydroterapię i balneoterapię. Tryb realizacji kinezyterapii powinien być indywidualny, uzupełniony przez zajęcia grupowe. O kwalifikacji pacjenta do danej formy powinien decydować lekarz specjalista rehabilitacji medycznej. Minimalny okres trwania pojedynczego cyklu rehabilitacji powinien wynosić 3 tygodnie.



W zakresie działań profilaktycznych główny nacisk powinno położyć się na fizjoprofilaktykę, a więc: formy szeroko rozumianej edukacji, dostępność do gotowych opracowań i zrozumiałego wyboru działań fizjoterapeutycznych możliwych do wykonania samodzielnego w domu oraz przygotowanie gotowych opisów ćwiczeń i automasażu, rysunków, nagrań, porad. Ważnym elementem powinna być także edukacja w zakresie zasad ergonomii w życiu codziennym i pozyskania wiedzy na temat ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas zwykłych czynności codziennych, a tym samym eliminowania czynników podtrzymujących ryzyko nawrotu dolegliwości i rozwijanie przydatnych strategii ruchowych.

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

PREZES

Daniel Rutkowski

*/dokument podpisany elektronicznie/*

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146.), z uwzględnieniem raportu: nr: OT.431.10.2024 „Wielkopolski program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej II”, aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z marca 2024 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 44/2024 z dnia 8 kwietnia 2024 roku o projekcie programu „Wielkopolski program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej II”