



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 30/2024 z dnia 25 kwietnia 2024 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.**  
**„Rehabilitacja lecznicza seniorów – mieszkańców gminy Borne**  
**Sulinowo na lata 2024-2026”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Rehabilitacja lecznicza seniorów – mieszkańców gminy Borne Sulinowo na lata 2024-2026”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Głównym zadaniem opiniowanego programu jest zwiększenie komfortu życia osób po 65 roku życia z dysfunkcją narządu ruchu poprzez włączenie ich do programu rehabilitacji i zachęcenie do zwiększenia aktywności fizycznej.

Założenia przedstawionego projektu programu polityki zdrowotnej wskazują, że może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych i zwiększyć dostępność do zabiegów rehabilitacyjnych dla mieszkańców gminy Borne Sulinowo.

Oceniany projekt programu zawiera działania, które są dostępne jako świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej, więc kluczową kwestią będzie właściwe opisanie i wskazanie w projekcie PPZ zabezpieczeń przed ryzykiem powielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Opiniowany projekt zawiera kilka uchybień, których skorygowanie jest niezbędne dla realizacji programu z zachowaniem wysokiej jakości. W związku z tym należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące: poprawnego sformułowania celu głównego, doprecyzowania celów szczegółowych pod względem dodania uzasadnienia do wartości docelowych, poprawnego sformułowania mierników efektywności w taki sposób, aby umożliwiły kompleksową ewaluację programu.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej zaplanowany do realizacji przez gminę Borne Sulinowo na lata 2024-2026. Koszt realizacji programu oszacowano na 120 000 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 opisie problemu zdrowotnego przedstawiono definicję rehabilitacji oraz jej cele. Zwrócono uwagę na postępujące starzenie się społeczeństwa oraz wzrost liczby osób powyżej 65 r.ż., które mogą doświadczyć ograniczeń zdrowotnych i pogorszenia jakości życia.

Oceniany projekt zawiera wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej przedstawiając dane światowe i europejskie. Wskazano dane demograficzne w zakresie odsetka osób powyżej 60 r.ż. w Polsce oraz w województwie zachodniopomorskim. Powołując się na dane zebrane od podmiotów leczniczych realizujących świadczenia z zakresu rehabilitacji na terenie gminy Borne Sulinowo, przedstawiono dane w zakresie liczby pacjentów powyżej 65 r.ż., którzy korzystali z zabiegów rehabilitacyjnych i fizjoterapeutycznych w latach 2021-2022 w podziale na poszczególne rozpoznania. Zgodnie z przedstawionymi informacjami, najliczniejszą grupę pacjentów stanowiły osoby z rozpoznaniem zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa (149 pacjentów w 2021 r. i 166 pacjentów w 2022 r.) oraz zwyrodnień wielowarstwowych (126 i 120 pacjentów w 2021 r. i 2022 r.).

W projekcie nie odniesiono się do Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026. Według ww. dokumentu w województwie zachodniopomorskiego znajduje się najsłabiej rozwinięta rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych w skali kraju. Biorąc pod uwagę prognozy demograficzne i epidemiologiczne pożądanego zapotrzebowanie na te świadczenia będzie rosnąć.

#### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „poprawa stanu zdrowia co najmniej 70% osób korzystających z rehabilitacji, mających dysfunkcje narządu ruchu”. 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.

Zaproponowany cel został sformułowany w sposób zbyt ogólny. Ponadto, w projekcie nie wskazano uzasadnienia dla założonej wartości docelowej celu głównego. W związku z tym powyższe wymaga poprawy.

W pozytywnie ocenionych przez Prezesa AOTMiT programach z zakresu rehabilitacji leczniczej proponowano takie cele główne, jak np. „uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne u co najmniej ...% uczestników programu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie ... w latach ...”.

Wskazano również 3 cele szczegółowe:

- 1) „osiągnięcie poprawy sprawności fizycznej u co najmniej 70% osób biorących udział w programie”;
- 2) „uzyskanie zmniejszenia dolegliwości bólowych u co najmniej 50% osób biorących udział w programie”;
- 3) „stwierdzenie wzrostu poziomu wiedzy na temat wpływu aktywności fizycznej na poprawę sprawności i codziennego funkcjonowania, u co najmniej 70% osób biorących udział w programie”.

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 szczegółowe nr 1 i 2 wydają się być możliwe do osiągnięcia w wyniku zaplanowanych w projekcie interwencji z zakresu rehabilitacji. Cel szczegółowy nr 3 odnosi się do zwiększenia poziomu wiedzy uczestników i wydaje się możliwy do osiągnięcia poprzez zaplanowane działania edukacyjne. W projekcie nie zaplanowano jednak odpowiedniego sposobu pomiaru wiedzy uczestników (pre- i post-testów). Warto 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 co oznacza wysoki poziom wiedzy (np. min. 75% poprawnych odpowiedzi w pre-teście). Prawidłowe byłoby również zdefiniowanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników (np. o 30%). Podobnie jak w przypadku celu głównego, nie wskazano uzasadnienia dla założonych wartości docelowych celów szczegółowych. Powyższe kwestie wymagają uzupełnienia.

W projekcie programu zaproponowano także 3 mierniki efektywności:

- 1) *„odsetek osób deklarujących poprawę sprawności fizycznej (co najmniej 70% osób biorących udział w programie)”;*
- 2) *„odsetek osób deklarujących zmniejszenie dolegliwości bólowych narządu ruchu (co najmniej 50% osób biorących udział w programie)”;*
- 3) *„odsetek osób deklarujących zwiększenie aktywności fizycznej, jako skutek kampanii informacyjnej (co najmniej 50% osób biorących udział w programie)”.*

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.

Należy zaznaczyć, że wszystkie wymienione w projekcie mierniki efektywności mają charakter deklaracyjny, co jest działaniem nieprawidłowym. Nie zaproponowano także miernika efektywności odnoszącego się do wzrostu wiedzy zaplanowanego w ramach celu szczegółowego nr 3. Kwestia dotycząca mierników efektywności wymaga skorygowania.

W pozytywnie ocenionych przez Prezesa AOTMiT programach z zakresu rehabilitacji leczniczej proponowano takie mierniki efektywności jak: *„liczba osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne”;* *„odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy z zakresu profilaktyki wtórnej urazów, chorób układu nerwowego oraz chorób układu ruchu, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test”;* *„odsetek osób, u których w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami rehabilitacji leczniczej doszło do zmniejszenia natężenia odczuwanego bólu (wyniki np. skali VAS) – porównanie pomiędzy wynikami uzyskanymi na wizycie kwalifikacyjnej (pre-test) a wynikami uzyskanymi po zrealizowaniu interwencji rehabilitacyjnych (post-test)”.*

#### Populacja docelowa

Populację docelową stanowią będą mieszkańcy Gminy Borne Sulinowo powyżej 65 r.ż. z niepełnosprawnością w zakresie narządu ruchu. Wskazano, że liczba mieszkańców gminy powyżej 65 r.ż. wynosi 2 069, co jest zbliżone do danych GUS. Działaniami w ramach programu objętych ma zostać ok. 255 mieszkańców powyżej 65 r.ż. (ok. 85 osób rocznie), co stanowi ok 12% populacji docelowej. Wskazano, że wielkość populacji objętej programem wynika z ograniczonych możliwości finansowych gminy.

Przedstawiono kryteria włączenia do programu obejmujące: zamieszkiwanie na terenie Gminy Borne Sulinowo (weryfikowane na podstawie zaświadczenia), wiek powyżej 65 r.ż. oraz poprzedzone badaniem uzyskanie skierowania od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty (w tym od chirurga, traumatologa lub specjalisty rehabilitacji).

Kryterium wyłączenia z programu stanowić będzie: korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu lub zaplanowane świadczenia tego typu w ciągu miesiąca od kwalifikacji do programu. Weryfikacja obecności kryteriów wykluczenia z udziału w programie odbywać się ma na podstawie oświadczenia uczestnika.

#### Interwencja

W programie zaplanowano realizację działań z zakresu rehabilitacji leczniczej i edukacji.

Zgodnie z zapisami programu uczestnicy zostaną skierowani na 10-dniowy cykl zabiegów, który w zależności od problemu zdrowotnego obejmować będzie minimum 3 procedury rehabilitacyjne dziennie, w tym zabiegi z zakresu kinezyterapii oraz fizykoterapii. Każdy z uczestników będzie miał zapewnioną jedną poradę rehabilitacyjną, w trakcie której przeprowadzony zostanie wywiad, a na jego podstawie opracowany zostanie indywidualny plan rehabilitacyjny.

Drugą interwencją dostępną dla uczestników programu mają być działania z zakresu edukacji zdrowotnej. Zgodnie z treścią projektu, każdy zakwalifikowany uczestnik weźmie udział w jednym, grupowym (maksymalnie 20 osób), 45-minutowym spotkaniu prowadzonym przez lekarza, fizjoterapeutę lub pielęgniarkę.

Podsumowując, zaproponowane w projekcie badania znajdują odzwierciedlenie w rekomendacjach. Przy realizacji programu zaleca się mieć na uwadze wytyczne i inne dowody naukowe wskazane w rozdziale „Ocena technologii medycznej” niniejszej opinii.

#### 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 monitorowana zostanie dokonana na podstawie: „*liczby osób biorących udział w programie*”, „*liczby osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych lub innych powodów (analiza wskazanych powodów)*” oraz „*liczby osób, które zrezygnowały z własnej woli z udziału w programie w trakcie jego trwania (analiza przyczyn rezygnacji)*”. Należy zaznaczyć, że zaproponowane wskaźniki zostały zaplanowane prawidłowo.

W ramach oceny jakości świadczeń zaplanowano analizę wyników ankiety satysfakcji pacjenta oraz analizę pisemnych uwag zgłaszanych przez pacjentów, dotyczących realizacji programu. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie wzbudził zastrzeżeń.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w ocenianym projekcie. Jednak ocena efektywności nie została zaplanowana poprawnie. Warto zaznaczyć, że wskazane mierniki efektywności zakładają ocenę poziomu sprawności, dolegliwości bólowych i poziomu wiedzy jedynie na podstawie deklaracji pacjenta. Ze względu na brak prawidłowo zaplanowanych mierników efektywności, kompleksowa ewaluacja programu może okazać się niemożliwa.

#### Warunki realizacji

Projekt zawiera niepełny opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym etapem będzie akcja informacyjna. Następnie zaplanowano analizę kwartalnych sprawozdań dotyczących zgłaszalności oraz ewaluację. Ostatnim etapem będzie przygotowanie raportu końcowego z realizacji PPZ. W opisie etapów nie uwzględniono zaplanowanych interwencji (rehabilitacji i działań edukacyjnych), co wymaga uzupełnienia.

W projekcie programu odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia oraz warunków lokalowych. Zaznaczono, że badania realizowane będą przez podmioty wykonujące działalność leczniczą.

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

Zaplanowano akcję informacyjną, gdzie informacje będą przekazywane poprzez przygotowanie ulotek i plakatów, które umieszczone zostaną na tablicy ogłoszeń. Informacje o programie mają być również udzielane pacjentom przez personel medyczny SP ZOZ Borne Sulinowo oraz podmiotu realizującego program. Ponadto, zaplanowano publikację komunikatów nt. programu na stronach internetowych

oraz w mediach społecznościowych jednostki samorządu terytorialnego i realizatora, a także w aplikacji „BLSKO”.

Przedstawiono koszty jednostkowe oraz koszt całkowity wynoszący 120 000 zł.

Program ma zostać sfinansowany w całości ze środków gminy Borne Sulinowo.

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

#### Problem zdrowotny

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

#### Alternatywne świadczenia

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane z środków NFZ obejmują poradę lekarską rehabilitacyjną/poradę fizjoterapeutyczną, kinezyterapię, fizykoterapię i masaże. Porada lekarska rehabilitacyjna obejmuje m.in. badanie ogólnolekarskie, ocenę aktywności ruchowej mierzalnym wskaźnikiem odpowiednim do rozpoznania, ocenę odruchów ścięgnisto-okostnowych, ocenę chodu i lokomocji, badanie fizykalne, planowanie i koordynowanie programu rehabilitacji, zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego, skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe oraz końcową ocenę procesu.

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 wystawiane 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 rehabilitacja lecznicza prowadzona jest także 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. 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

#### *Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych*

## Rehabilitacja

- Dorośli (w wieku 18–64 lata) powinni podejmować regularną aktywność fizyczną. Powinni wykonywać fizyczne ćwiczenia aerobowe o umiarkowanej intensywności przez co najmniej 150-300 minut w tygodniu lub intensywne ćwiczenia aerobowe przez co najmniej 75-150 minut w tygodniu (lub równoważną im kombinację ćwiczeń o umiarkowanej i dużej intensywności) dla osiągnięcia znacznych korzyści zdrowotnych. Powinni również wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie o aktywności na poziomie umiarkowanym lub wyższym, angażujące wszystkie główne grupy mięśni przez 2 lub więcej dni w tygodniu, co zapewnia dodatkowe korzyści zdrowotne (WHO 2020).
- Zalecenia dla osób w wieku 65 lat i więcej są identyczne jak dla grupy wiekowej 18-64 lata. Dodatkowo, w ramach cotygodniowej aktywności fizycznej, osoby starsze powinny wykonywać zróżnicowane wieloskładnikowe ćwiczenia fizyczne, kładące nacisk na równowagę funkcjonalną i trening siłowy o umiarkowanej lub większej intensywności przez 3 lub więcej dni w tygodniu, w celu zwiększenia wydolności funkcjonalnej i zapobiegania upadkom (WHO 2020).
- Zaleca się, aby lekarze zajmujący się medycyną fizykalną i rehabilitacyjną (ang. physical and rehabilitation medicine, PRM) osób z otyłością i chorobami współistniejącymi zdobywali specjalistyczną i szeroką wiedzę w zakresie diagnozowania i leczenia tych pacjentów. Lekarze PRM powinni pracować w zespole z lekarzami innych specjalności w celu opracowania programu zabiegów wymaganych przez PRM. Lekarze PRM powinni rozważyć ryzyko otyłości u osób z długotrwałą niepełnosprawnością objętych już programem rehabilitacji (UEMS PRM 2017).
- U pacjentów z bólem szyi klinicyści powinni przeprowadzać ocenę i identyfikować objawy kliniczne pod kątem występowania poważnej patologii (np. infekcji, raka, chorób serca, niewydolności tętniczej, niewydolności więzadła górnego odcinka szyjnego, niewyjaśnionej dysfunkcji nerwu czaszkowego lub złamania) oraz kierować chorych do konsultacji (APTA 2017).
- W sytuacji wystąpienia bólów barków zaleca się wdrożenie badań diagnostycznych mających na celu wykluczenie czynników ryzyka wykształcenia się poważnych patologii (OPTIMa 2021).
- W przypadku bólów okolic barków, zaleca się wdrożenie edukacji pacjentów na temat dostępnych ścieżek leczenia, dalszego postępowania oraz aktywności fizycznej (OPTIMa 2021).
- Główny zakres aktywności fizycznej nacelowanej na bóle okolic barków, powinien obejmować ćwiczenia rozciągające, wzmacniające oraz mobilizujące mięśnie okalające dany obszar. W głównej mierze dotyczy to stożków rotatorów, środkowych i dolnych trapezów mięśnia równoległobocznego, mięśni piersiowych oraz mięśni zębatych przednich. Istotne pozostaje także realizowanie tych ćwiczeń w sposób systematyczny oraz zgodnie z zalecanymi schematami odnośnie intensywności (OPTIMa 2021).

## Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych

### Rehabilitacja

- Dowody o umiarkowanej lub wysokiej jakości zidentyfikowane w przeglądzie systematycznym i metaanalizie RCT oraz innych klinicznych badań kontrolowanych (Lakke 2018) wskazują na istnienie niewielkiego wpływu fizjoterapii, połączonej z poradnictwem w zakresie zmian behawioralnych (ang. behavior change technique, BCT) w porównaniu z brakiem takich działań, na wzrost aktywności fizycznej w postrzeganiu starszego pacjenta w ocenie natychmiastowej i do 12 miesięcy po leczeniu. Odnaleziono dowody o umiarkowanej jakości sugerujące istotny, choć niewielki, wpływ BCT na aktywność fizyczną w odczuciu pacjenta (SMD=0,19 [95%CI: (0,07; 0,31)], ocenianą natychmiast po zakończeniu terapii. Dowody o umiarkowanej jakości sugerują brak efektu dodatkowego związanego z BCT przy obserwacji długoterminowej (12 miesięcy).
- Wyniki metaanalizy 15 RCT (Hsu 2019) wskazują, że ćwiczenia fizyczne, zwłaszcza oporowe, są niezbędne do uzyskania poprawy składu ciała i sprawności fizycznej u pacjentów z otyłością sarkopeniczną. Wyсіłek fizyczny istotnie zmniejsza masę ciała (MD=-4,3 kg [95%CI: (-7,61; -0,99)];

$p = 0,01$ ;  $I^2 = 0\%$ ), BMI (MD=-1,98 kg/m<sup>2</sup> [95%CI: (-13,29; -0,67)];  $p = 0,003$ ,  $I^2 = 0\%$ ), masę tkanki tłuszczowej (FM) (MD=-2,99 kg [95%CI: (-4,39; -1,59)];  $p < 0,0001$ ,  $I^2 = 0\%$ ) i % masy tłuszczowej (MD=-2,31% [95%CI: (-3,26; -1,36)];  $p = 0,00001$ ,  $I^2 = 0\%$ ). Wykazano, że ćwiczenia fizyczne istotnie zwiększyły prędkość chodu (MD=0,2 m/s [95%CI: (0,07; 0,33)];  $p = 0,002$ ;  $I^2 = 85$ ,  $p < 0,0001$ ). Wyniki analizy w podgrupach wskazują na istotny wzrost prędkości chodu tylko pod wpływem ćwiczeń połączonych MD=0,15 m/s [95%CI: (0,04; 0,26)];  $p = 0,006$ ;  $I^2 = 51\%$ ,  $p > 0,05$ ). Suplementacja białka i flawonoidów u osób wykonujących ćwiczenia fizyczne nie przyniosła istotnych dodatkowych korzyści w zakresie zmiany składu ciała.

- Wyniki przeglądu systematycznego i metaanalizy 26 RCT (Fari 2022) wskazują, że terapia za pomocą fal radiowych (RF) może stanowić rozwiązanie w zakresie leczenia przewlekłego bólu mięśniowo-szkieletowego, zwłaszcza gdy inne podejścia lecznicze są nieskuteczne lub niepraktyczne. RF okazała się być bardziej skuteczna w zmniejszaniu bólu niż leczenie kontrolne, zgodnie z wynikami pomiaru za pomocą VAS ( $p=0,017$ ), natomiast nie wykazano istotnych statystycznie różnic w zakresie funkcjonalności mierzonej za pomocą narzędzia SPADI (ang. Shoulder Pain and Disability Index) ( $p=0,035$ ). Jeśli chodzi o ból stawu krzyżowo-biodrowego, RF okazała się skuteczniejsza w zakresie poprawy funkcji stawu, niż leczenie pozorowane, przy zastosowaniu pomiarów funkcjonalności stawów metodą ODI (ang. Oswestry Disability Index) ( $p < 0,001$ ). Nie wykazano natomiast statystycznie istotnej różnicy między interwencjami a komparatorem w zakresie leczenia bólu ocenianego przy użyciu metody NRS (ang. Numerical Rating Scale), ( $p=0,115$ ). U pacjentów cierpiących na bóle szyi i krzyża RF wydaje się bardziej skuteczna niż leczenie kontrolne, prowadząc tym samym do poprawy jakości życia, wyrażonej w skali SF-36 ( $p=0,043$ ). Nie stwierdzono jednak istotnych statystycznie różnic, jeśli chodzi o łagodzenie bólu mierzonego w skali VAS i NRS oraz poprawę sprawności funkcjonalnej mierzonej metodą ODI.
- Wyniki metaanalizy 17 RCT (Wen 2022) wskazują, że ćwiczenia tzw. „łącznie umysł i ciało” (ang. mind and body exercise, MBE), takie jak Tai Chi, joga i qigong, skutecznie łagodzą objawy wynikające z bólów przewlekłych, u osób w średnim wieku i osób starszych, w porównaniu z aktywnymi lub nieaktywnymi grupami komparatorów. Wpływ badanych interwencji na intensywność bólu określono we wszystkich 17 badaniach. Dowody o niskiej jakości wykazały, że MBE powoduje umiarkowane zmniejszenie bólu (SMD=-0,64 [95%CI: (-0,86; -0,42)],  $P < 0,001$ ), przy stosunkowo dużej niejednorodności badań ( $I^2=73,0\%$ ,  $P < 0,001$ ). Analiza w podgrupach wykazała większy rozmiar efektu u pacjentów z chorobą reumatyczną kolana, ze względu na mniejszą heterogeniczność wyników (SMD=-0,51 [95%CI: (-0,73; -0,28)],  $P < 0,001$ ,  $I^2 = 59,1\%$ ,  $P = 0,005$ ). Podobnie, większą efektywność ćwiczeń stwierdzono także w podgrupie pacjentów z przewlekłymi bólami krzyża (SMD=-0,95 [95%CI: (-1,66; -0,24)],  $P = 0,008$ ) przy heterogeniczności wynoszącej 86,2% ( $P < 0,001$ ). W podgrupach z innymi rodzajami bólów przewlekłych nie wykazano istotnej statystycznie zmiany (SMD=-0,91 [95%CI: (-1,85; 0,03)],  $P=0,06$ ). Nie wykazano istotnej poprawy w zakresie jakości życia.

#### Bóle barku

- Wyniki uzyskane w przeglądzie systematycznym 5 RCT i quasi-RCT (Da Silva 2020) wskazują, że kompresja niedokrwienna (ang. ischaemic compression, IC) przynosi korzyści w postaci natychmiastowego oraz krótkookresowego obniżenia stopnia odczuwanego przez pacjenta bólu oraz wpływa na zwiększenie sprawności funkcjonalnej barku. Jednym z włączonych badań zmniejszenie odczuwanego bólu odnotowano w obu porównywanych grupach, ale w grupie eksperymentalnej (w której uciskano na wrażliwe punkty spustowe; ang. trigger points) wykazano lepsze efekty po 15 sesjach zabiegowych, w stosunku do grupy kontrolnej. W 2 badaniach zaobserwowano znaczną poprawę w grupie eksperymentalnej (ucisk manualny) w porównaniu do grupy kontrolnej po 12 tygodniach leczenia lub do grupy leczonej ultradźwiękami. W 1 badaniu nie stwierdzono istotnych różnic między badanymi grupami (ucisk ręczny vs suche igłowanie) bezpośrednio po leczeniu lub w okresie kolejnych 3-miesięcy, niemniej po 4 tygodniach leczenia zaobserwowano podobną poprawę w obu grupach.

### *Bóle szyi*

- Wyniki przeglądu systematycznego wskazują na korzyści wynikające ze stosowania różnych form fizjoterapii (zarówno ćwiczeń fizycznych, jak i innych technik fizjoterapii) w rehabilitacji pacjentów z bólami szyi różnego pochodzenia (Tsegay 2023, Price 2022, Tatsios 2022, Yang 2022, De Zoete 2021, Lin 2021, Corvillo 2020, Wilhelm 2020, Wu 2020, Coulter 2019, Martin-Gomez 2019, Viiswanathan 2018, De Araujo 2017, Yang 2017).
- W przeglądzie systematycznym Price 2022 wykazano, że interwencja polegająca na połączeniu ćwiczeń motorycznych z ćwiczeniami segmentowymi jest skuteczniejsza w krótkotrwałym leczeniu bólu/niepełnosprawności w porównaniu z innymi ćwiczeniami, niemniej nie są znane rozmiary jej efektów w obserwacji długoterminowej. Optymalna dawka takiej terapii również jest nieznaną.
- W większości z 28 RCT włączonych do przeglądu systematycznego i metaanalizy (Viiswanathan 2018) ćwiczenia wytrzymałościowe (ET) wiązały się ze istotną redukcją bólu w porównaniu z innymi interwencjami (oraz wynikami uzyskanymi w grupach nie stosujących ćwiczeń). W podobnych porównaniach stwierdzono też poprawę w zakresie niepełnosprawności na korzyść ET. Należy jednak podkreślić, że w niektórych badaniach w grupie interwencyjnej stwierdzono podobne, istotne różnice w zakresie zmniejszania intensywności bólu i stopnia niepełnosprawności. W badaniach z długim okresem obserwacji nie zaobserwowano poprawy pod względem redukcji bólu i niepełnosprawności.

### *Podsumowanie opinii ekspertów*

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 i jakość jej życia. Często wpływa także na jej wydolność ekonomiczną, funkcjonowanie i zdrowie jej rodziny. Poprawa stanu pacjenta, założona w postępowaniu rehabilitacyjnym stanowi najistotniejszy element opieki nad pacjentem umożliwiając mu osiągnięcie wyższego poziomu sprawności, a kontakt z zespołem leczącym stanowi istotną formę wsparcia społecznego.

Eksperci są zgodni, że istnieje zasadność finansowania Programów Polityki Zdrowotnej z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży. Znaczenie działań proponowanych w omawianych PPZ zostało określone przez ekspertów jako: ratujące życie i prowadzące do pełnego wyzdrowienia, zapobiegające przedwczesnemu zgonowi oraz poprawiające jakość życia bez istotnego wpływu na jego długość.

Realizacja 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, możliwości rozpoczęcia rehabilitacji na najwcześniejszym możliwym etapie leczenia i ciągłości procesu rehabilitacji.

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

PREZES

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 2024 r., poz. 146) z uwzględnieniem raportu nr OT.431.15.2024 „Rehabilitacja lecznicza seniorów – mieszkańców gminy Borne Sulinowo na lata 2024-2026” realizowany przez Borne Sulinowo; data ukończenia:



kwiecień 2024, Aneksu do raportów szczegółowych „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny”, marzec 2024 oraz opinii Rady Przejrzystości nr 55/2024 z dnia 22 kwietnia 2024 roku o projekcie programu „Rehabilitacja lecznicza seniorów – mieszkańców gminy Borne Sulinowo na lata 2024-2026”.