



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 31/2024 z dnia 10 maja 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny Program
Zdrowotny – Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych
w województwie zachodniopomorskim (RPZ)”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny Program Zdrowotny – Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych w województwie zachodniopomorskim (RPZ)” **pod warunkiem** uwzględnienia przedstawionych poniżej uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy de facto działań mających na celu zapobieganie zaburzeniom czynnościowym lub przywracanie sprawności psychofizycznej osobom w trakcie lub po zakończonym radykalnym leczeniu onkologicznym. W opinii wnioskującego województwa program stanowi uzupełnienie niewystarczającej dostępności do świadczeń realizowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej pacjentów onkologicznych, dodatkowo przewiduje przeprowadzenie edukacji zdrowotnej, konsultacji dietetycznych oraz wzmocnienie wsparcia psychologicznego.

Opiniowany program zawiera działania, które są dostępne jako świadczenia gwarantowane, jednak istnieją organizacyjne ograniczenia do ich dostępności. Na podstawie danych NFZ za pełny 2022 r. ze świadczeń z zakresu rehabilitacji udzielanych przez 87 świadczeniodawców, łącznie skorzystało 102 tys. pacjentów, generując koszt 178 mln zł (średnio 1 741,80 zł) dla płatnika publicznego. Zweryfikowano, że w tej populacji pacjenci onkologiczni (ICD-10 kody „C” i „D”) stanowili 1 616 przypadków, z których 512 zostało sprawozdanych przez Zachodniopomorskie Centrum Onkologii (wyłączny realizator pierwszej edycji programu). Prezes Agencji podkreśla, że należy mieć na uwadze, aby zaplanowane interwencje udzielane w ramach programu nie powielały świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Wzięto również pod uwagę fakt, że Agencja opiniowała podobny projekt programu, który otrzymała z województwa zachodniopomorskiego pn. „Regionalny Program Zdrowotny Województwa Zachodniopomorskiego – Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022”. W 2020 r. Prezes Agencji wydał opinię pozytywną warunkowo (nr 19/2020 z dnia 8 kwietnia 2020 r.), a zgłoszone wówczas uwagi w 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 30 kwietnia 2024 r. Z raportu wynika, że realizacja PPZ spełniła zakładane cele w zakresie poprawy sprawności i jakości życia u 80% uczestników, zmniejszenia odczuwania wybranych dolegliwości (obrzęk limfatyczny u 40%, ból u 70%) oraz wzrostu zakresu ruchów stawów u 80% i poziomu wiedzy personelu medycznego u 96% grupy. Nie przedstawiono wystarczającego uzasadnienia, dlaczego liczba osób objętych PPZ nie jest równa liczbie osób, które uczestniczyły w poszczególnych elementach (rehabilitacja, konsultacja psychoonkologiczna, konsultacja dietetyczna). Dodatkowo zawarto informację, że 310 uczestników kontynuowało zatrudnienie lub podjęło pracę po zakończeniu programu. Nie jest jednak jasne na jakiej podstawie realizator pozyskiwał lub weryfikował te dane.

Niemniej, Prezes Agencji do przedstawionego programu wnosi następujące uwagi:

- w odniesieniu do definicji populacji docelowej rekomendowane jest określenie dopuszczalnego wieku jego uczestników oraz jednoznaczne wskazanie ograniczeń w zakresie weryfikacji kryterium wyłączenia polegającego na jednoczesnym korzystaniu przez pacjenta ze świadczeń finansowanych przez NFZ, ZUS lub KRUS;
- w odniesieniu do efektów i mierników nie zdefiniowano pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników, ponadto nie określono wskaźników w zakresie wpływu programu na poprawę aktywności zawodowej populacji docelowej, a także czy osoba z grupy docelowej po zakończeniu swojego udziału w programie może do niego przystąpić ponownie;
- po zapoznaniu się z treścią raportu końcowego z realizacji poprzedniej edycji programu, rewizji wymaga zaplanowany budżet programu, bądź jego założenia:
 - z zaplanowanych 6,4 mln zł wykorzystano 3,3 mln zł – 52%; aktualnie planowane jest wydatkowanie 8,4 mln zł przy niezmienionej liczebności populacji docelowej z jednoczesnym wskazaniem marginalnego pokrycia niezaspokojonych potrzeb tejże populacji – 5,5% prognozowanych przypadków 3-letnich chorobowości;
 - doprecyzowania wymaga kwestia dalszego wykorzystania zakupionych oraz planowanych do zakupu środków trwałych, sprzęt rehabilitacyjny taki jak rowery, bieżnie, zestawy do terapii w podwieszeniu oraz inna aparatura wymagają do obsługi wykwalifikowanego personelu, dostosowanych pomieszczeń oraz zapewnienia optymalnego wykorzystania po zakończeniu finansowania PPZ;
 - planowanie fakultatywnych zajęć grupowej aktywności fizycznej do pokrycia przez realizatora wymaga weryfikacji pod kątem formalno-prawnych ograniczeń finansowania tego typu działań. Publiczne jednostki systemu ochrony zdrowia są zobowiązane do zapewnienia równego dostępu do świadczeń wszystkim pacjentom.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dla osób w trakcie lub po zakończonym radykalnym leczeniu onkologicznym, znajdujących się w niekorzystnej sytuacji życiowej, zaplanowany do realizacji przez województwo zachodniopomorskie. Zakładany okres realizacji programu obejmuje ok. 3 lata, koszt ma wynieść niespełna 8,4 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 przedstawiono problem zdrowotny osób leczonych z powodu nowotworów. Omówiono stosowane metody leczenia, ich skutki oraz możliwe powikłania.

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 choroby nowotworowe stanowią istotny problem zdrowotny mieszkańców województwa zachodniopomorskiego. Prognoza epidemiologiczna przewiduje dalszy wzrost wartości wskaźników zapadalności i chorobowości z powodów onkologicznych. Wśród rekomendowanych kierunków działań wskazuje się głównie na wykonywanie badań przesiewowych, prowadzenie programów profilaktycznych i ich popularyzację.

Cele i efekty programu

Jako cel główny wskazano *poprawę sprawności i jakości życia u co najmniej 30% chorych będących w trakcie lub po zakończonym radykalnym leczeniu onkologicznym poprzez zastosowanie rehabilitacji*

lecniczej wśród osób uczestniczących w Programie w 3-letnim okresie realizacji. Skuteczność w zakresie sprawności będzie oceniana na podstawie wyniku w skali Karnofsky'ego, pomiar jakości życia będzie prowadzony wg skali Spitzera/rotterdamska, RSCL lub EORTC QLQ-C30. Reasumując, główne założenie programu zostało sformułowane w sposób prawidłowy, wskazano właściwe uzasadnienie dla przyjętej wartości docelowej.

W treści projektu wskazano następujące cele szczegółowe:

1. *zmniejszenie częstości występowania bólu i wybranych zaburzeń czynności (tj. ograniczona ruchomość w stawach, obrzęk chłonny) u co najmniej 30% uczestników programu z wymienionymi dysfunkcjami w 3-letnim okresie realizacji;*
2. *wzrost poziomu wiedzy i umiejętności u 80% personelu medycznego uczestniczącego w różnych formach szkolenia w zakresie rehabilitacji, fizjoterapii i wsparcia psychologicznego dedykowanego pacjentom onkologicznym, realizowanych w ramach programu w 3-letnim okresie realizacji.*

Cele 1. i 2. składają się z dwóch odrębnych założeń, których realizacja wydaje się możliwa do osiągnięcia w wyniku zaplanowanych w projekcie interwencji. W odpowiedzi na zastrzeżenia należy zdefiniować pożądaną wartość wzrostu wiedzy uczestników (np. o 30%) oraz wskazać narzędzie lub skalę służącą do pomiaru umiejętności personelu przed i po interwencji.

W projekcie programu zaproponowano siedem mierników efektywności, rozumianych jako odsetek osób:

1. *u których stwierdzono wyższy stopień sprawności mierzonej skalą Karnofsky'ego na zakończenie udziału w programie niż na początku (min. 30% uczestników programu);*
2. *które lepiej oceniają jakość swojego życia po udziale w programie, np. wg skali Spitzera/rotterdamska, RSCL lub EORTC QLQ-C30 (min. 30% uczestników programu);*
3. *u których zmniejszył się lub ustąpił obrzęk limfatyczny (min 30% uczestników programu ze stwierdzonym obrzękiem limfatycznym);*
4. *u których zwiększył się zakres ruchu w obrębie stawów (min. 30% uczestników programu ze stwierdzonym ograniczeniem zakresu ruchu w stawach);*
5. *u których zmniejszyły się dolegliwości bólowe (tzn. odsetek osób, u których stopień nasilenia bólu oceniany przy pomocy skali NRS na zakończenie udziału w programie był niższy niż na początku) (min. 30% uczestników programu);*
6. *które zwiększyły swoje kompetencje potwierdzone uzyskaniem certyfikatu/świadectwa ukończenia szkolenia z zakresu fizjoterapii w onkologii lub psychoonkologii, ogółem oraz w podziale na rodzaj kształcenia, (liczba uczestników szkoleń, którzy uzyskali certyfikat) [dotyczy wyłącznie personelu medycznego];*
7. *u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy w zakresie objętym szkoleniem (80%) [dotyczy wyłącznie personelu medycznego].*

Mierniki nie odnoszą się bezpośrednio do celów głównego i szczegółowych ze względu na ich sformułowanie, natomiast mogą zostać wykorzystane podczas ewaluacji.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią będą mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego, w trakcie lub po zakończonym radykalnym leczeniu onkologicznym, znajdujący się w niekorzystnej sytuacji życiowej.

Województwo zachodniopomorskie w 2022 r. liczyło 1 640 622 mieszkańców, w tym 1 356 927 w wieku 18 lat i powyżej, z czego 959 103 osób (58,5%) było w wieku produkcyjnym. Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów dotyczącymi prognozowanej zapadalności na nowotwory złośliwe, dla województwa zachodniopomorskiego w 2020 r. oszacowano 3-letnią chorobowość na poziomie 15 589 przypadków, 9 120 osób w wieku produkcyjnym. Z zaplanowanych w programie interwencji będzie mogło skorzystać co najmniej 500 pacjentów – ok. 5,5% prognozowanych przypadków. Planuje się wsparcie szkoleniowe skierowane do min. 50 osób personelu medycznego realizujących świadczenia na rzecz pacjentów onkologicznych.

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, ZUS i KRUS poza złożonym oświadczeniem.

Interwencja

W programie zaplanowano przeprowadzenie następujących interwencji:

- porada rehabilitacyjna;

3 obowiązkowe wizyty u lekarza/specjalisty rehabilitacji medycznej. Pierwsza wizyta nastąpi na początku programu, druga po zakończeniu pierwszego i trzecia po zakończeniu drugiego turnusu rehabilitacyjnego. Podejmowanie działania określono jako wywiad, badanie stanu zdrowia pacjenta i ustalenie indywidualnego planu rehabilitacyjnego.

- indywidualnie do potrzeb pacjenta dobierana interwencja terapeutyczna (maksymalnie dwa 10-dniowe turnusy rehabilitacyjne dla każdego pacjenta);

Indywidualnie do potrzeb pacjenta dobrana interwencja terapeutyczna składająca się w ramach jednego dnia z maksymalnie 4-10 procedur dziennie. Zabiegi rehabilitacyjne obejmą: różne zakresy świadczeń w zależności od wskazań. Wszystkie zabiegi odbywać się będą pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego. Dodatkowym nieobligatoryjnym świadczeniem byłyby zajęcia z zakresu jogi, body ball, choreoterapii, zajęcia nordic walking, zajęcia w wodzie bądź inne, zaproponowane przez realizatora.

- konsultacje psychoonkologiczne;

Wsparcie psychologiczne będzie dostępne dla wszystkich uczestników programu w formie indywidualnych konsultacji psychologicznych (max. 5 konsultacji na uczestnika) i grupowych 3-7 osobowych warsztatów umiejętności psychologicznych (20 godzin na grupę). Zaznaczono, że jeżeli rozpoznane problemy wymagać będą dłuższego procesu terapeutycznego, pacjent będzie mógł ją kontynuować w ramach gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z NFZ, co wydaje się nie mieć pokrycia w rzeczywistej praktyce. Warto doprecyzować w projekcie, aby ścieżka postępowania z pacjentem była przejrzysta i przedstawiała całość i ciągłość procesu rehabilitacyjnego.

- edukacja na temat aktywności fizycznej;

Uczestnicy programu będą zachęceni do uprawiania aktywności fizycznej we własnym zakresie po zakończeniu cyklu zabiegów rehabilitacyjnych. Realizator programu zapewni uczestnikom filmowe materiały instruktażowo-edukacyjne (opracowane we własnym zakresie i/lub na podstawie zadania zleconego).

- konsultacje dietetyczne;

Zaplanowano 2 konsultacje trwające 60-min. przeznaczone na jednego uczestnika programu. W czasie konsultacji zostaną wykonane pomiary antropometryczne - obwody tali, bioder, brzucha, masa i wysokość ciała oraz analiza składu ciała. Opracowywane zostaną zalecenia żywieniowe, dalsze postępowanie i określenie planu żywieniowego oraz czas jego trwania.

- szkolenia dla personelu medycznego z zakresu fizjoterapii onkologicznej/psychoonkologii.

Szkolenia będą mogły zostać przeprowadzone przez realizatora lub będzie on mógł dofinansować uczestnikom udział w zewnętrznych szkoleniach/kursach. Skierowane będą do lekarzy rehabilitacji, POZ, fizjoterapeutów, psychologów, personelu pielęgniarskiego.

Przy ocenie zaplanowanych interwencji należy wskazać, że zaplanowane interwencje oraz działania są zgodne z wytycznymi. Dyskusyjną kwestią pozostaje dobór osób wskazanych do realizacji konsultacji dietetycznych – 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 m.in. na podstawie liczby osób, które się zgłosiły, zakwalifikowały, przeszły cykl rehabilitacyjny, skorzystały z konsultacji. 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.

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 z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności. 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:

- ok. 1 mln zł – działania informacyjno-edukacyjne + monitorowanie,
- ok. 750 tys. zł – sprzęt i aparatura medyczna,
- 220 zł/os. – wizyta kwalifikacyjna,
- 9 600 zł/os. – rehabilitacja lecznicza,
- 1 900 zł/os. – wsparcie psychologiczne,
- 4 500 zł/os. – szkolenia personelu medycznego.

Planowane koszty całkowite: 8 358 746 zł.

Program ma zostać sfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, budżetu państwa oraz środków własnych beneficjenta.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Rehabilitacja fizyczna polega na usprawnianiu ruchowym chorych w okresie szpitalnym, ambulatoryjnym, sanatoryjnym i wspomagającym (np. kluby kobiet po mastektomii „Amazonki”). Do szczegółowych celów rehabilitacji fizycznej należą: uzyskanie poprawy zakresu ruchów w stawach obręczy barkowej po stronie operowanej; uzyskanie poprawy siły mięśniowej kończyny po stronie

operowanej; zapobieganie wystąpieniu obrzęku limfatycznego kończyny po stronie operowanej; korygowanie wad postawy wynikłych z przebytego leczenia; leczenie zachowawcze obrzęku limfatycznego; usprawnianie chorych przed i po operacjach odtwórczych piersi.

Alternatywne świadczenia

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 onkologicznych, 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

Zgodnie z wytycznymi u pacjentów z ryzykiem wystąpienia obrzęku limfatycznego, rehabilitacja powinna stanowić kombinację manualnego drenażu limfatycznego, terapii kompresyjnej, ćwiczeń fizycznych oraz pielęgnacji skóry, co określa się mianem kompleksowej terapii udrażniającej (CDT) (NICE 2017, ASBrS 2017, ISL 2016, PTOK 2014, BCCA 2014, IKNL/NABON 2012). Ćwiczenia fizyczne są istotną częścią leczenia i rekonwalescencji po chirurgicznym leczeniu nowotworu. Mogą okazać się pomocne w przywróceniu możliwości wykonywania czynności życia codziennego, wzmocnieniu siły mięśniowej, zredukowaniu sztywności stawów, zredukowaniu bólu szyi i pleców oraz poprawie ogólnego samopoczucia (ASBrS 2017, ACS 2017A, BCCA 2014, PTOK 2014, CCS 2011, RCN 2011). Pomoc psychologiczna powinna dotyczyć zarówno osoby chorej, jak i jej bliskich. Wykorzystuje się metody psychoedukacji, krótko- i długotrwałą indywidualną terapię chorych i ich rodzin oraz działalność społeczną w grupach wsparcia (PTOK 2013).

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych

W odnalezionych dowodach naukowych zaznacza się kluczową rolę kompleksowej terapii fizjoterapeutycznej w rehabilitacji pacjentów, u których istnieje ryzyko rozwoju obrzęku limfatycznego po operacji piersi. Stosowanie wielodyscyplinarnego podejścia przyczyniało się do istotnego statystycznie obniżenia obwodu ramienia oraz redukcji grubości tkanki podskórnej w czasie od 4 do 8 tygodni (Li 2017, Bauman 2018).

W zakresie manualnego drenażu limfatycznego (MLD) wykazano istotną statystycznie redukcję objętości obrzęku względem stosowania jedynie samego bandażowania kompresyjnego (Ezzo 2015). Nie wykazano różnicy w częstości występowania obrzęku limfatycznego dla interwencji łączonej MLD, fizjoterapia i edukacja w porównaniu do stosowania samej fizjoterapii RR=0,02 (95% CI 0,00; 0,33). Interwencja w postaci MLD z terapią kompresyjną, masażem blizny lub ćwiczeniami, wskazały

na zmniejszenie częstości występowania obrzęku limfatycznego w porównaniu do komparatora stanowiącego jedynie interwencje w postaci działań edukacyjnych (odpowiednio względem badań RR=0,17 [0,02; 1,28] oraz RR=0,28 [0,10; 0,79]) (Stuiver 2015).

Ćwiczenia oporowe zwiększały wytrzymałość oraz ruchomość kończyny górnej, natomiast nie zaobserwowano wpływu na zmniejszenie objętości kończyny oraz ryzyka wystąpienia obrzęku limfatycznego pomiędzy grupami pacjentek. Stosowanie ćwiczeń powinno odbywać się z umiarkowaną lub dużą intensywnością. Należy przy tym brać pod uwagę indywidualne możliwości każdej z pacjentek i dostosowywać schemat ćwiczeń do danego przypadku (Baumann 2018, Naghibi 2018).

W przeglądach Li 2017, Bauman 2018 analizowano również efekt z interwencji rehabilitacyjnych takich jak aqua terapia, ćwiczenia izotoniczne oraz kinezytaping. Nie wykazano istotnych statystycznie wyników na poprawę zakresu ruchomości kończyn. W przeglądzie Li 2017 wskazano, że stosowanie akupunktury zwiększało zakres ruchu zgięcia kończyny górnej oraz powięzi barku, a dodatkowo zmniejszało stopień obrzęku limfatycznego oraz redukowało uczucie ciężkości kończyn po sześciu miesiącach terapii. Wnioski oparte były o badanie pilotażowe (Alem 2008).

Podsumowanie opinii ekspertów

Wg ekspertów interwencjami zastosowanymi w PPZ powinny być: porada lekarska konsultacyjna lekarza chirurga onkologa, porada lekarska konsultacyjna lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej, porada pielęgniarska, wizyta fizjoterapeutyczna, porada dietetyka, porada psychologa, porada terapeuty zajęciowego, edukacja pacjentów, szkolenie z zakresu rehabilitacji ruchowej, nauka automasażu oraz autoterapii blizny edukacja i szkolenie z zakresu kompresoterapii. Dodatkowymi interwencjami mogą być: promocja zdrowia związana z promowaniem zachowań prozdrowotnych związanych z rakiem piersi i obrzękiem limfatycznym; zasady odżywiania i stosowania odpowiedniego ubioru; zasady stosowania gorsetów i protez piersi; kinezyterapia ogólna i specjalistyczna; zasady codziennego życia po leczeniu raka piersi; wsparcie psychologiczne; wsparcie terapeuty zajęciowego; wsparcie doradcy zawodowego. Udział beneficjentów w programie rehabilitacji psychofizycznej może przynieść korzyści zarówno dla pojedynczego beneficjenta, jak i populacji generalnej oraz systemu ochrony zdrowia.

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.431.20.2024.TT „Regionalny Program Zdrowotny – Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych w województwie zachodniopomorskim (RPZ)” przekazany przez Województwo Zachodniopomorskie, aneksu do raportów szczegółowych: „Programy w zakresie rehabilitacji psychofizycznej kobiet po amputacji piersi – wspólne podstawy oceny” (styczeń, 2019 r.) oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 68/2024 z dnia 6 maja 2024 roku o projekcie programu „Regionalny Program Zdrowotny – Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych w województwie zachodniopomorskim (RPZ)” realizowany przez Województwo Zachodniopomorskie