



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 43/2024 z dnia 4 lipca 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego
skierowany do osób pracujących i powracających do pracy
w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i
obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem
wykonywania pracy”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim są schorzenia układu ruchu. Zakłada przeprowadzanie działań edukacyjnych, interwencji nakierowanych na rehabilitację oraz konsultacji w zakresie medycyny pracy, psychologicznej oraz porady dietetycznej, co pozostaje zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi. Przedstawiono informacje dotyczące efektów realizacji poprzedniej edycji programu polityki zdrowotnej. Tym samym, oceniany program dzięki swoim założeniom, może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Opiniowany projekt zawiera niewielkie uchybienia, aby można było zrealizować go z zachowaniem wysokiej jakości. W związku z tym należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące doprecyzowania: celu głównego oraz mierników efektywności.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Program jest skierowany do osób w wieku 15-89 lat, zamieszkujących teren województwa lubuskiego z rozpoznaniem choroby układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego. Program ma być realizowany w latach 2024-2027, a na jego przeprowadzenie zaplanowano 10 227 058,82 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 opiniowanym dokumencie szczegółowo opisano problem zdrowotny, tj. choroby układu kostno-stawowego oraz mięśniowego, a także choroby obwodowego układu nerwowego. W projekcie podkreślono, że w przypadku wszystkich problemów zdrowotnych prowadzących do ograniczenia sprawności organizmu, utrudniających lub uniemożliwiających normalne funkcjonowanie pacjenta rehabilitacja stanowi niezbędny element efektywnego procesu terapeutycznego.

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

Projekt programu zawiera referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

W treści projektu programu odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej. Przedstawiono m.in. dane europejskie dotyczące najczęściej występujących chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego. Na podstawie danych z EWCS (Europejskie Badanie Warunków Pracy) 2021 r. wskazano, że najczęściej występującą dolegliwością zdrowotną wśród populacji pracującej są: „*dolegliwości w obrębie kończyny górnej (57% badanych odczuwało takie w trakcie ostatnich 12 miesięcy), bóle pleców (54%), bóle głowy (51%), czy dolegliwości w obrębie kończyny dolnej (35%)*”.

Odnosząc się do danych pochodzących z Baz Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW) przedstawiono dane z obszaru województwa lubuskiego i wskazano, że „*w 2022 r. z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego udzielono w lubuskim 153 125 specjalistycznych porad ambulatoryjnych, tj. 156 porad na tysiąc mieszkańców – najgorszy wynik w skali kraju (najwięcej w śląskim – 320 porad na tys. mieszk.), co może wskazywać na regionalnie ograniczoną dostępność do świadczeń diagnostyczno-leczniczych w tym obszarze*”. W przypadku wskaźnika chorobowości nastąpił wzrost o 60% na przestrzeni 45 lat, począwszy od 15 906/100 tys. ludności w 1990 r., przez 22 083/100 tys. w 2019 r., po prognozowane 25 473/100 tys. w 2035 r.

W Mapie Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wśród rekomendowanych kierunków działań dla województwa lubuskiego wskazano m.in. na dążenie do zapewnienia kompleksowości i ciągłości leczenia i rehabilitacji, przy uwzględnieniu równomiernej dostępności terytorialnej oraz tworzenie interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych składających się z grona specjalistów w zależności od potrzeb pacjenta. Zwraca się także uwagę na połączenie działań z zakresu medycyny pracy z działaniami z zakresu rehabilitacji medycznej oraz rehabilitacji społeczno-zawodowej. Wskazano, że na terenie ww. województwa znajdowało się najmniej zgłoszonych fizjoterapeutów w porównaniu do całego kraju (najwięcej woj. mazowieckie - 4619, woj. lubuskie - 584).

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „*przywrócenie osobom ze schorzeniami układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanymi ze sposobem wykonywania pracy, pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej oraz zdolności do aktywności zawodowej poprzez wdrożenie kompleksowego programu rehabilitacji medycznej na terenie województwa lubuskiego w latach 2024-2027*”.

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Cel główny programu wydaje się możliwy do realizacji za pomocą zaplanowanych interwencji, należy doprecyzować wartość docelową.

W projekcie zaproponowano 5 celów szczegółowych:

- (1) „*zmniejszenie dolegliwości bólowych związanych ze schorzeniami układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego u co najmniej 50% uczestników*”,

- (2) „poprawa stanu funkcjonalnego (sprawności) zaburzonego w związku ze schorzeniami układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego u co najmniej 50% uczestników programu”,
- (3) „zwiększenie liczby powrotów do pracy u osób zagrożonych wykluczeniem zawodowym (bezrobotnych, niepełnosprawnych) – u co najmniej 30% uczestników, którzy przed włączeniem do programu nie wykonywali pracy”,
- (4) „zwiększenie wiedzy uczestników w zakresie aktywnego zapobiegania patologiom układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanym przyczynowo ze środowiskiem pracy – u co najmniej 70% uczestników”,
- (5) „zwiększenie prozdrowotnej rekreacyjnej aktywności fizycznej u uczestników programu – u co najmniej 30% uczestników”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, a ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym jego osiągnięcie. 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. Reasumując, cele szczegółowe są sformułowane poprawnie.

W projekcie zaplanowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „liczba osób, które dzięki udziałowi w RPZ uzyskały stan poprawy (zniesienia lub zmniejszenia intensywności dolegliwości) w odniesieniu do schorzenia będącego wskazaniem do rehabilitacji”,
- (2) „liczba osób, które dzięki udziałowi w RPZ uzyskały poprawę sprawności funkcjonalnej”,
- (3) „liczba uczestników, którzy po opuszczeniu programu w przeciągu roku podjęły pracę”,
- (4) „liczba uczestników, którzy taką poprawę deklarują i fakt ten daje się potwierdzić w badaniu ankietowym (dot. wzmocnienia wiedzy i motywacji uczestników)”,
- (5) „liczba uczestników, którzy taką poprawę deklarują i fakt ten daje się potwierdzić w badaniu ankietowym (fakt regularnego uprawiania sportu rekreacyjnie, częstość i poświęcany na to przeciętny czas)”.

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 podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. Zaproponowane wskaźniki sformułowano prawidłowo. Jednak w treści projektu nie przedstawiono miernika efektywności dla celu szczegółowego nr 1 dot. zmniejszenia dolegliwości bólowych związanych ze schorzeniami układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do osób w wieku aktywności zawodowej (15-89 lat), zamieszkujących teren województwa lubuskiego, pracujących i powracających do pracy, u których stwierdzono schorzenie układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego związane ze sposobem wykonywania pracy, kwalifikujące się do leczenia z zastosowaniem metod rehabilitacji medycznej.

W dokumencie wskazano, że w przypadku województwa lubuskiego, ludność aktywna zawodowo liczyła na koniec 2022 r. 781 000 osób. Oszacowano, że do programu włączonych będzie ok. 3,3% populacji docelowej, czyli 5 695 osób.

W dokumencie określono kryteria włączenia i wyłączenia, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

Interwencja

W projekcie programu w ramach prowadzonych interwencji zaplanowano: działania informacyjno-edukacyjne, działania wstępne interwencji (konsultację kwalifikującą i ocenę wstępną), właściwą

interwencję medyczną (konsultację lekarską początkową, świadczenia z zakresu rehabilitacji medycznej oraz konsultację lekarską końcową), a także dodatkowe formy wsparcia (konsultacje lekarza medycyny pracy, psychologiczną i dietetyczną) oraz działania szkoleniowe.

I etap – Działania informacyjno-edukacyjne

Zaplanowano szerokie rozpropagowanie informacji o programie oraz o problemach zdrowotnych objętych interwencją poprzez media oraz bezpośredni dostęp do instytucji i grup społecznych zainteresowanych realizacją programu.

II etap – Działania wstępne interwencji

Kwalifikacja do udziału w programie

Działania kwalifikacyjne będą obejmować identyfikację osób z grupy docelowej na podstawie danych z wywiadu chorobowego i zawodowego. Podkreślono, że kwalifikacji do udziału w programie dokona koordynator programu oceniając, czy spełnione zostały ustalone kryteria i podejmuje on decyzję o włączeniu do programu. Na tej podstawie realizator zadecyduje o włączeniu uczestnika do programu lub o odmowie włączenia.

Przeprowadzenie oceny wstępnej

Uczestnik otrzyma do wypełnienia ankietę wstępną. Jej celem jest ustalenie problemów zdrowotnych i funkcjonalnych (istotne pod kątem planowania właściwej rehabilitacji i dodatkowych form wsparcia), jak i określenie stanu wejściowego uczestnika (do analizy porównawczej na zakończenie udziału w programie). Po wypełnieniu ankiety uczestnik zostanie skierowany na konsultację wstępną przez lekarza rehabilitacji medycznej lub magistra fizjoterapii.

Właściwa interwencja medyczna

Konsultacja lekarska początkowa

Zaplanowano konsultacje wstępne przeprowadzane przez lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej lub magistra fizjoterapii, obejmujące badanie podmiotowe, przedmiotowe, analizę dostarczonej dokumentacji z POZ/AOS oraz badań dodatkowych, w tym obrazowych z ustaleniem diagnozy medycznej. Na tej podstawie ustalane zostaną wskazania do rehabilitacji medycznej.

Świadczenia z zakresu rehabilitacji medycznej – indywidualny plan rehabilitacyjny

Dla każdego uczestnika zostanie przygotowany indywidualny plan rehabilitacyjny, określony z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów. Zaznaczono, że oczekiwane jest szybkie włączenie uczestnika do kompleksowej rehabilitacji medycznej. Zabiegi zalecane są w cyklach po 10, a po zabiegach nastąpi kontrola (konsultacja rehabilitacyjna). Wskazano także, że w razie potrzeby kontynuacji rehabilitacji (jeśli dotychczasowe działania nie przyniosły wystarczającego rezultatu, a w ocenie osoby kwalifikującej czy realizującej usprawnianie rokowanie co do poprawy jest pozytywne) uczestnik otrzyma odpowiednie zalecenia w ramach informacji o odbytej rehabilitacji.

Dodatkowe formy wsparcia

Konsultacje lekarza medycyny pracy

Konsultacja z lekarzem medycyny pracy będzie miała na celu określenie aktualnych szans zawodowych (kwalifikację zdrowotną) i prognoz dotyczących dalszej aktywności zawodowej. Ponadto celem konsultacji będzie poradnictwo w zakresie możliwości przekwalifikowania zawodowego uwzględniając stan zdrowia uczestnika – wskazanie możliwych kierunków oraz ewentualnie określenie problemów dyskwalifikujących do określonych form zatrudnienia.

Konsultacja psychologiczna

Konsultacja psychologiczna będzie traktowana jako wsparcie opcjonalne, udzielane na podstawie zaleceń wynikających z konsultacji rehabilitacyjnej, oceny zespołu prowadzącego usprawnianie, wyłącznie przy akceptacji uczestnika, także na jego życzenie (pytanie o te kwestie zostanie umieszczone w ankiecie wstępnej). Podkreślono, że konsultacja ta może być ważnym uzupełnieniem świadczeń

rehabilitacyjnych w razie potrzeby wzmocnienia motywacji własnej w procesie odzyskiwania sprawności. Wskazano, że konsultacja psychologiczna ma z zasady charakter indywidualny. Może służyć udzieleniu doraźnej pomocy indywidualnej, ale również może prowadzić do kwalifikacji do ewentualnej sesji grupowej.

Konsultacja dietetyczna

Poradę dietetyczną wskazano jako wsparcie opcjonalne zakładające dobrowolny udział. Podkreślono, że wsparcie to przeznaczone będzie (łącznie warunki skierowania) dla: osób z co najmniej I stopniem otyłości (BMI ≥ 30), a jednocześnie zagrożonych przeciążeniem i zwyrodnieniem stawów kończyn dolnych (zwłaszcza stawów kolanowych). Podkreślono, że elementy edukacji dietetycznej powinny być włączone w szkolenie fizjoterapeutyczne pozostałych uczestników.

Szkolenia edukacyjne

Zaplanowano szkolenia dla uczestników o tematyce związanej z problemem zdrowotnym ujętym w programie. Działania te będą ukierunkowane szczególnie na profilaktykę zagrożeń w środowisku pracy oraz kształtowanie zdrowego stylu życia. W treści projektu zaznaczono, że w trakcie rehabilitacji uczestnicy będą brali udział w 2 spotkaniach edukacyjnych, gdzie każde spotkanie będzie trwało po 45 minut i będzie realizowane w grupach o liczebności do 15 osób. Przewidziano badanie poziomu wiedzy przed i po szkoleniu, co należy uznać za zasadne.

Konsultacja lekarska końcowa

Konsultacja końcowa z lekarzem specjalistą rehabilitacji medycznej lub magistrem fizjoterapii zostanie przeprowadzona po zakończonym cyklu rehabilitacji. Będzie miała na celu ocenę efektów, tj. porównanie z oceną wcześniejszą według tego samego schematu oraz podjęcie decyzji o zakończeniu rehabilitacji lub potrzebie jej kontynuacji.

Zaplanowane interwencje znajdują odzwierciedlenie w odnalezionych dowodach naukowych. Przy realizacji programu zaleca się, aby mieć na uwadze także 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 programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu będzie prowadzona przez realizatora w sposób ciągły do momentu zakończenia programu na podstawie: „liczby osób, które zgłosiły się do udziału w programie”, „liczby osób, które zostały/nie zostały zakwalifikowane do udziału w programie (w przypadku braku kwalifikacji – z określeniem przyczyny)”; „liczby osób, które zostały skierowane na rehabilitację w ramach programu, z uwzględnieniem rozpoznania i wieku”, „liczby osób, które nie przystąpiły do działań oferowanych w programie”, „liczby osób, które odbyły cykl rehabilitacji”, „liczby osób, które nie zakończyły rehabilitacji”, „liczby przeprowadzonych zabiegów rehabilitacyjnych (z podziałem na zabiegi fizjoterapeutyczne, ćwiczenia lecznicze – kinezyterapia, masaż)”, „liczby osób, które skorzystały porady lekarza medycyny pracy, psychologa lub dietetyka, „liczba szkoleń wraz z liczbą ich uczestników”, liczba uczestników, którzy w ramach programu zostali włączeni do rehabilitacji po raz pierwszy od 6 miesięcy” oraz „liczba uczestników, którzy oczekiwali na podjęcie rehabilitacji w ramach programu nie więcej niż 4 tygodnie od zgłoszenia”. Należy zaznaczyć, że przedstawione powyżej wskaźniki zostały zaplanowane prawidłowo.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie będzie prowadzona na podstawie analizy ankiety satysfakcji. Załączony wzór ankiety nie budzi zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu będzie prowadzona poprzez analizę przedstawionych mierników efektywności. Cztery wskazane mierniki tj. „liczba osób, które dzięki udziałowi w RPZ uzyskały stan

poprawy dolegliwości (zniesienia lub zmniejszenia intensywności bólu - VAS) w odniesieniu do schorzenia będącego wskazaniem do rehabilitacji”, „liczba osób, które dzięki udziałowi w RPZ uzyskały poprawę sprawności funkcjonalnej (mierzone kwestionariuszem HAQ-DI)”, „liczba uczestników, którzy po opuszczeniu programu w przeciągu roku podjęły pracę”, „liczba uczestników, którzy taką poprawę deklarują i fakt ten dają się potwierdzić w badaniu ankietowym (test wiedzy przed szkoleniem i po - na koniec rehabilitacji)”, „liczba uczestników, którzy taką poprawę deklarują i fakt ten dają się potwierdzić w badaniu ankietowym (fakt regularnego uprawiania sportu rekreacyjnie, częstość i poświęcany na to przeciętny czas)” zostały zaprojektowane w sposób poprawny.

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 odniesiono się do warunków dotyczących personelu realizującego program, a także wskazano wymagania lokalowe i sprzętowe, jakie powinien spełniać realizator programu.

Akcja informacyjna jest szeroko zaplanowana w ramach I etapu interwencji.

W treści projektu programu przedstawiono koszty jednostkowe oraz koszt roczny przeznaczony na realizację programu.

Koszt całkowity programu oszacowano na 10 227 058,82 zł.

Program ma być finansowany ze środków własnych województwa lubuskiego (10% wartości kosztów) oraz ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

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 formą niepełnosprawności, z czego 2-4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu.

Alternatywne świadczenia

Świadczenia gwarantowane w ramach NFZ 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 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. Dorośli 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. Dorośli również powinni 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 procesów diagnostycznych mających na celu wykluczenie czynników ryzyka wykształcenia się poważnych patologii (OPTIMa 2021).
- W przypadku bólów okolic barków, zaleca się wdrożenie edukacji pacjentów nt. 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 ten staw. W głównej mierze dotyczy to stożków rotatorów, środkowych i dolnych trapezów mięśnia

równoległobocznego, mięśni piersiowych oraz mięśni zębatych przednich. Istotnym 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 (SMD=0,00 [95%CI: (-0,22; 0,21)] 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. Wysiłek fizyczny istotnie zmniejsza masę ciała (MD=-4,3 kg [95%CI: (-7,61; -0,99)]; p = 0,01; I² = 0%), BMI (MD=-1,98 kg/m² [95%CI: (-13,29; -0,67)]; p = 0,003, I² = 0%), masę tkanki tłuszczowej (FM) (MD=-2,99 kg [95%CI: (-4,39; -1,59)]; p < 0,0001, I² = 0%) i % masy tłuszczowej (MD=-2,31% [95%CI: (-3,26; -1,36)]; p = 0,00001, I² = 0%). Wykazano, że ćwiczenia fizyczne istotnie zwiększyły prędkość chodu (MD=0,2 m/s [95%CI: (0,07; 0,33)]; p = 0,002; I² = 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; I² = 51%, p > 0,05). Suplementacja białka i flawonoidów u osób wykonujących ćwiczenia fizyczne nie przyniosła istotnych dodatkowych korzyści w zakresie zmiany składu ciała.
- W przeglądzie systematycznym z metaanalizą 26 RCT (Fari 2022) wykazano, że terapia za pomocą fal radiowych (RF) może stanowić obiecujące 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 odnotowano istotnych statystycznie różnic w zakresie funkcjonalności mierzonej za pomocą narzędzia SPADI (ang. Shoulder Pain and Disability Index) (p=0,135). 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.
- Wg metaanalizy 17 RCT (Wen 2022) 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 (I²=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, I² = 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. W 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).
- Przegląd systematyczny (Price 2022) wykazał, 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 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 oraz 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.

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.

Eksperti są zgodni co do zasadności prowadzenia programów profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa. Podkreślają, że 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. Ponadto eksperci wskazują, że ważnym elementem programów 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 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.431.32.2024 „Program polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy” realizowany przez: Województwo Lubuskie; data ukończenia opracowania: czerwiec 2024 oraz opinii Rady Przejrzystości nr 101/2024 z dnia 01 lipca 2024 roku o projekcie programu: „Program polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy”