



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 71/2025 z dnia 7 sierpnia 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej
mieszkańców Gminy Inowódz na lata 2026-2027”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Inowódz na lata 2026-2027”, **pod warunkiem** uwzględnienie poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych mieszkańców gminy Inowódz w wieku 50 lat i więcej z rozpoznaniem choroby układu kostno-stawowego lub mięśniowego. Zakłada przeprowadzanie interwencji nakierowanych na rehabilitację, co pozostaje zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi. Oceniany projekt zawiera interwencje fizykoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne, które powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych, natomiast działania edukacyjne stanowią wartość dodaną.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące:

- prawidłowego zaplanowania celu głównego i odpowiadającego mu miernika efektywności;
- przedstawienia kosztu całkowitego PPZ;
- zaprojektowania wzoru testy wiedzy dla interwencji edukacyjnych.

Należy także zwrócić uwagę na kwestie przedstawione w dalszej części niniejszej opinii.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Gminę Inowódz. Populację docelową stanowią mieszkańcy gminy Inowódz w wieku 50 lat i więcej z rozpoznaniem choroby układu kostno-stawowego lub mięśniowego, posiadający skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty rehabilitacji. W ramach PPZ zaplanowano realizację wizyt fizjoterapeutycznych, zabiegów rehabilitacyjnych realizowanych na podstawie indywidualnego planu rehabilitacyjnego, a także działania edukacyjne. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 136 500 zł rocznie. Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Inowódz.

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. 2024 poz. 146 z późn. zm.) 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 szczegółowo opisano problem zdrowotny jakim jest niepełnosprawność w zakresie chorób układu kostno-stawowego lub mięśniowego. Przedstawiono definicje, przyczyny oraz skutki społeczne i ekonomiczne niepełnosprawności. Szczególną uwagę poświęcono chorobom układu kostno-stawowego i mięśniowego, które mogą prowadzić do ograniczenia sprawności fizycznej. W projekcie podkreślono znaczenie rehabilitacji jako kluczowego elementu leczenia niepełnosprawności, a także potrzebę zwiększenia dostępności do świadczeń. Oceniany projekt zawiera wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

W opisie sytuacji epidemiologicznej uwzględniono dane światowe, ogólnopolskie, regionalne i lokalne. Powołując się na dane GUS wskazano, że w 2019 r. drugim najwyższym odsetkiem najczęściej pojawiających się chorób i dolegliwości przewlekłych u osób dorosłych były bóle dolnej i środkowej partii pleców, szyi oraz choroba zwyrodnieniowa stawów.

W projekcie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022–2026 (MPZ) i wskazano, że w 2019 r. zarówno w Polsce, jak i w UE, odpowiednio na trzecim oraz drugim miejscu w rankingu najważniejszych problemów zdrowotnych znalazł się ból dolnego odcinka kręgosłupa. W projekcie przedstawiono również dane pochodzące z poprzedniej edycji MPZ. W odniesieniu do sytuacji lokalnej wskazano, że w Gminie Inowódź aktualnie nie ma komórki realizującej opiekę ambulatoryjną z zakresu rehabilitacji. Najbliższe placówki znajdują się w gminach: Lubochnia, Tomaszów Mazowiecki i Opoczno. Rekomendowane kierunki działań w zakresie rehabilitacji, wskazane w MPZ dla województwa łódzkiego to m.in. dostosowanie infrastruktury rehabilitacji medycznej do rzeczywistych potrzeb związanych z pogłębiającą się niekorzystną sytuacją demograficzną i epidemiologiczną w regionie oraz że zwiększenie finansowania rehabilitacji realizowanej w warunkach ambulatoryjnych.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest: *„zwiększenie o co najmniej 20% liczby mieszkańców gminy Inowódź w wieku 50 r.ż. i więcej ze zidentyfikowanymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego, u których w roku 2026 i 2027 doszło do poprawy stanu zdrowia w wyniku podjęcia działań rehabilitacyjnych i edukacyjnych”.*

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 został sformułowany w sposób zbyt ogólny. Należy zaznaczyć, że na poprawę stanu zdrowia uczestników mogą mieć wpływ również inne czynniki niezwiązane z realizacją PPZ. Biorąc pod uwagę zaplanowane w programie interwencje, jako cel główny może zostać przyjęty, zaproponowany w programie cel szczegółowy nr 2, dotyczący zmniejszenia dolegliwości bólowych.

W projekcie zaproponowano 3 cele szczegółowe:

- (1) *„zwiększenie u co najmniej 20% mieszkańców gminy Inowódź w populacji objętej programem sprawności fizycznej poprzez zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych oraz edukację z zakresu czynników ryzyka, takich jak sposób odżywiania i poziom aktywności fizycznej w 2026 i 2027 roku”*,
- (2) *„zmniejszenie u co najmniej 20% mieszkańców gminy Inowódź w populacji objętej programem dolegliwości bólowych związanych z chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego poprzez zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych oraz edukację z zakresu czynników ryzyka, takich jak sposób odżywiania i poziom aktywności fizycznej w 2026 i 2027 roku”*,
- (3) *„zwiększenie o co najmniej 20% liczby mieszkańców gminy Inowódź w populacji objętej programem, u których nastąpił wzrost wiedzy z zakresu chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego w 2026 i 2027 roku”*,

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.

Cel szczegółowy nr 1 odnosi się do zwiększenia sprawności fizycznej i został sformułowany prawidłowo. Zaplanowano ocenę w skalach funkcjonalnych: Skala Rankina, Indeks Barthel, Skala FIM (Functional Independence Measure) wykonywaną dwukrotnie (w momencie rozpoczęcia rehabilitacji oraz po jej ukończeniu), co jest działaniem zasadnym.

Cel szczegółowy nr 2 odnosi się do zmniejszenia dolegliwości bólowych i został sformułowany prawidłowo. Do oceny dolegliwości bólowych wykorzystana zostanie skala VAS.

Cel szczegółowy nr 3 dotyczący działań edukacyjnych i został sformułowany prawidłowo. Pomiar wzrostu wiedzy uczestników zaplanowano poprzez przeprowadzenie pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym. Do projektu jednak nie dołączono przykładowego testu, zatem nie było możliwości jego weryfikacji, co należałoby uzupełnić. Przykładowy test należy załączyć do programu. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Prawidłowe byłoby również zdefiniowanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników (np. o 30%).

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „odsetek mieszkańców gminy Inowłódz w populacji objętej programem, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w wyniku podjęcia działań rehabilitacyjnych i edukacyjnych”,
- (2) „odsetek mieszkańców gminy Inowłódz w populacji objętej programem, u których doszło do poprawy sprawności fizycznej w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami”,
- (3) „odsetek mieszkańców gminy Inowłódz w populacji objętej programem, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami”,
- (4) „odsetek mieszkańców gminy Inowłódz w populacji objętej programem, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej”.

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. Sugeruje się, aby mierniki efektów zdrowotnych uzyskanych w programie polityki zdrowotnej przedstawiane były w formie odsetka.

Zaproponowane mierniki efektywności w większości zostały zaplanowane prawidłowo, za wyjątkiem miernika nr 1, który nie odnosi się do celów programu, natomiast może zostać wykorzystany podczas ewaluacji.

Populacja docelowa

Program skierowany będzie do mieszkańców gminy Inowłódz, w wieku 50 lat i więcej z rozpoznaniem choroby układu kostno-stawowego lub mięśniowego, posiadających skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty rehabilitacji. Populację docelową we wskazanej grupie wiekowej oszacowano na ok. 621 osób. W związku z ograniczeniami finansowymi, program obejmie ok. 200 mieszkańców gminy w czasie trwania 2-letniego PPZ, tj. ok. 100 osób rocznie.

W projekcie kryteria włączenia i wyłączenia zostały zaplanowane prawidłowo.

Interwencja

W programie przewidziano realizację wizyt fizjoterapeutycznych, zabiegów rehabilitacyjnych realizowanych na podstawie indywidualnego planu rehabilitacyjnego, a także działania edukacyjne.

W ramach programu zaplanowano kwalifikację pacjentów do udziału w programie, która zostanie przeprowadzona przez lekarza lub specjalistę rehabilitacji na podstawie kryteriów udziału w programie oraz wyniku badania fizykalnego i dotychczasowej dokumentacji medycznej.

Konsultacja fizjoterapeutyczna

Zaplanowano dwie konsultacje przeprowadzane przez mgr fizjoterapii na początku i na końcu realizacji programu. W ramach wskazanych konsultacji ma nastąpić ocena sprawności fizycznej oraz dolegliwości bólowych.

Indywidualny plan rehabilitacyjny

W ramach PPZ zaplanowano opracowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego przygotowanego przez mgr fizjoterapii. Wskazano, że ww. plan zostanie ułożony na podstawie rodzajów i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu na rehabilitację leczniczą od lekarza lub specjalistę rehabilitacji.

W treści projektu wskazano zabiegi rehabilitacyjne, które będą realizowane przez fizjoterapeutę, tj. zabiegi fizjoterapeutyczne: masaż klasyczny, kinezyterapia miejscowa (ćwiczenia bierne, izometryczne, czynno-bierne, samowspomagane, w odciążeniu, czynne, synergistyczne, oddechowe, wyciągi), elektrolecznictwo (jonoforeza, prądy TENS, elektrostymulacja, ultradźwięki miejscowe), leczenie polem elektromagnetycznym, światłolecznictwo (laseroterapia punktowa), a także „inne niezbędne zalecane przez specjalistów rehabilitacji”.

Zabiegi indywidualne z fizjoterapeutą prowadzone będą przez 5 dni w tygodniu, średnio 4 rodzaje zabiegów dziennie, przez okres 2 tygodni (łącznie średnio 40 zabiegów dla każdego pacjenta). Podkreślono również, że plan rehabilitacji będzie indywidualnie dostosowany do potrzeb i możliwości wynikających ze stanu zdrowia pacjenta, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności oraz ciągłości procesu rehabilitacji. Zaznaczono także, że pacjenci otrzymają instruktaż w zakresie automasażu, autokinezyterapii (po maksymalnie dwie czynności) wykonywanych w warunkach domowych, również po zakończeniu uczestnictwa w programie.

Działania edukacyjne

Działania edukacyjne, które mają być prowadzone przez lekarza lub specjalistę rehabilitacji lub mgr fizjoterapii, a tematyka obejmie: rolę diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz zasady ergonomii w życiu codziennym i pracy, ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas zwykłych czynności codziennych, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pomiaru wzrostu wiedzy za pomocą pre- i post-testu, co jest podejściem zasadnym. Do projektu nie dołączono jednak wzoru ww. testu, zatem nie było możliwości jego weryfikacji. Zajęcia edukacyjne obejmować będą po 1 spotkaniu w wymiarze 1 godziny w grupach max. 20-osobowych. Warto również wskazać, że w budżecie PPZ zaplanowano 5 spotkań edukacyjnych w roku.

Wszystkie zaplanowane przez wnioskodawcę interwencje fizykoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265 z późn. zm.).

Należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach NFZ, ZUS, KRUS, PFRON, co zostało zabezpieczone w projekcie poprzez zaplanowane kryteria wyłączenia z PPZ.

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 została zaplanowana na podstawie analizy kwartalnych sprawozdań realizatora oraz całościowo po zakończeniu programu z wykorzystaniem wskaźników: „liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie”, „liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej”, „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie

na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji” oraz „odsetek osób, które ukończyły program”. Przedstawione wskaźniki zostały zaplanowane prawidłowo. Dodatkowo, w ramach sprawozdania realizatora, przedstawiono następujące wskaźniki mające zastosowanie w procesie monitorowania: „liczba i odsetek pacjentów, którzy ukończyli pełen cykl rehabilitacyjny” oraz „liczba i odsetek pacjentów, którzy nie ukończyli pełnego cyklu rehabilitacyjnego (wraz z podaniem przyczyn)”. Należy także wskazać liczbę osób zakwalifikowanych do programu.

Ocenę jakości świadczeń zaplanowano na podstawie analizy wyników ankiety satysfakcji oraz pisemnych uwag zgłaszanych przez uczestników dotyczących realizacji programu. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie wzbudził zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu została zaplanowana na podstawie analizy wskaźników: „odsetka osób, u których doszło do poprawy sprawności fizycznej w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami, odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej” oraz „odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z udziałem w programie”. W części dot. mierników efektywności przedstawiono prawidłowo sformułowany wskaźnik tj. „odsetek mieszkańców gminy Inowódz w populacji objętej programem, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej”. W ramach sprawozdania realizatora, przedstawiono następujące mierniki mające zastosowanie w procesie ewaluacji: „liczba i odsetek osób, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie oceny...”, „liczba i odsetek osób, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie oceny nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS” oraz „liczba i odsetek osób, u których w post-testie odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 60% poprawnych odpowiedzi lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 10% względem pre-testu”. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu przed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono etapy i działania podejmowane w programie, zaplanowano również przeprowadzenie akcji informacyjno-promocyjnej.

Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy. Należy podkreślić, że w treści projektu odniesiono się do niewłaściwego aktu prawnego.

Należy wskazać, że w programie nie przedstawiono kosztu całkowitego, a jedynie w ujęciu rocznym tj. 136 500 zł rocznie.

W projekcie przedstawiono koszty jednostkowe poszczególnych interwencji zaplanowanych w PPZ. Działania w zakresie monitorowania i ewaluacji jak i kampania informacyjno-promocyjna programu realizowane będą bezkosztowo za pośrednictwem Urzędu Gminy w Inowłodzu.

Program ma zostać sfinansowany w całości ze środków własnych Gminy Inowódz. Zaznaczono także, że jednocześnie dopuszcza się możliwość dofinansowania do 80% kosztów realizacji programu ze środków Łódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Rehabilitacja

Zgodnie z definicją WHO rehabilitacja jest kompleksowym postępowaniem w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym. Światowy Raport o Niepełnosprawności WHO definiuje rehabilitację jako „(...) zestaw środków wspierających te jednostki, które doświadczają

lub u których prawdopodobne jest wystąpienie niepełnosprawności, w celu osiągnięcia i zapewnienia optymalnego funkcjonowania w interakcji z ich środowiskiem”.

Niepełnosprawność

Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization, WHO) za niepełnosprawne uważa osoby, które na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i/lub psychicznych, nie mogą zapewnić sobie możliwości, całkowicie lub częściowo, samodzielnego życia indywidualnego i społecznego.

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). Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji został określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265 z późn. zm.).

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- 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).
- Starszym dorosłym (w wieku 65 lat i więcej) zaleca się to samo, co osobom w wieku 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).
- Cele opieki rehabilitacyjnej, które są oparte na indywidualnych potrzebach i priorytetach, muszą zostać opracowane we współpracy ze starszą osobą dorosłą żyjącą z lub zagrożoną słabością i ich partnerem/ami opiekującymi się. Plan opieki rehabilitacyjnej powinien przede wszystkim zapobiegać pogorszeniu funkcjonowania organizmu i skupiać się na promocji zdrowia. Plan opieki rehabilitacyjnej powinien być zorientowany na cel i mieć określone ramy czasowe (RCA/PGLO 2021). Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (NICE 2022, RACGP 2018).
- W odnalezionych rekomendacjach wskazuje się na istotną rolę edukacji pacjenta w procesie rehabilitacji. W rekomendacjach dotyczących rehabilitacji bólów szyi wskazuje się, że pacjentom należy zapewnić edukację i poradnictwo (APTA 2017).
- W przypadku rekomendacji z zakresu rehabilitacji pacjentów z bólem okolic barków, zaleca się wdrożenie edukacji pacjentów nt. dostępnych ścieżek leczenia, dalszego postępowania oraz aktywności fizycznej (OPTIMa 2021).
- W wytycznych dotyczących rehabilitacji osób po złamaniu stawu biodrowego wskazuje się, że działania rehabilitacyjne należy połączyć z innymi działaniami naceLOWanymi na profilaktykę dalszych urazów oraz upadków wywołanych wiekiem podeszłym. Zaleca się w tym przypadku prowadzenie szeroko pojętych działań edukacyjno-informacyjnych (ACSQHC 2023, CSP 2018, ANZHFR 2014).

- Wszystkim pacjentom należy udzielić informacji na temat charakteru i przebiegu choroby oraz edukacji w zakresie samoleczenia, oraz chorób współistniejących (EULAR 2018 B, EULAR 2016, EULAR 2013).
- W przypadku pacjentów dotkniętych zapaleniem stawów lub RZS, wytyczne wskazują, że edukacja odgrywa istotną rolę w kształtowaniu u nich praktyk związanych z radzeniem sobie z obciążeniami wynikającymi z choroby. Edukacja w tym zakresie powinna odnosić się nie tylko do kwestii prowadzenia zdrowego trybu życia oraz unikania ryzykownych zachowań (np. stres, używki), ale także powinna zawierać w sobie takie informacje jak: sposób realizacji codziennej aktywności fizycznej, metody ochrony stawów, możliwe do realizacji ścieżki leczenia oraz dostępne dla pacjenta działania z zakresu samozarządzania chorobą, które mogą przyczynić się do polepszenia ogólnego stanu zdrowia. Podczas edukacji zaleca się także przekazanie informacji o źródłach, z których możliwe jest uzyskanie dodatkowych, bardziej szczegółowych informacji (ACR 2022, APTA 2021, EULAR 2021).
- W rekomendacjach dotyczących rehabilitacji bólów szyi wskazuje się, że pacjentom należy zapewnić edukację i poradnictwo (APTA 2017). W przypadku rekomendacji z zakresu rehabilitacji pacjentów z bólem okolic barków, zaleca się wdrożenie edukacji pacjentów nt. dostępnych ścieżek leczenia, dalszego postępowania oraz aktywności fizycznej (OPTIMa 2021).

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej

- 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 innym ćwiczeniami, niemniej nie są znane rozmiary jej efektów w obserwacji długoterminowej. Optymalna dawka takiej terapii również jest nieznana.
- 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 niestosujących 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.
- Wyniki przeglądów systematycznych 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).
- Na podstawie metaanalizy Holden 2023 wykazano, że realizacja w ramach rehabilitacji terapii zajęciowej skoncentrowanej na edukacji oraz ćwiczeniach ruchowych, może wpłynąć na zwiększenie poziomu sprawności funkcjonalnej pacjenta z chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego i/lub biodrowego, zarówno w krótkim (12 tygodni) -4,46 [95%CI: (-5,95; -2,98)], średnim (5 miesięcy) -2,71 [95%CI: (-4,63; -0,78)], jak i długim (1 rok) -3,39 [95%CI: (-4,97; -1,81)] okresie obserwacji. Dodatkowo, zaplanowana interwencja ma istotny statystycznie wpływ na obniżanie intensywności odczuwanego przez tych pacjentów bólu.

Podsumowanie opinii ekspertów

W ramach opinii eksperckich jeden z ekspertów wskazał, że w ramach PPZ w pierwszej kolejności oferowana powinna zostać pełna diagnostyka funkcjonalna, a następnie kinezyterapia oraz fizykoterapia z masażem. Natomiast wskazywane przez ekspertów zalecane zabiegi fizykoterapeutyczne obejmowały: fototerapię, sonoterapię, elektroterapię, magnetoterapię, termoterapię, krioterapię, hydroterapię i balneoterapię. Tryb realizacji kinezyterapii powinien być indywidualny, uzupełniony przez zajęcia grupowe, a o kwalifikacji pacjenta do danej formy rehabilitacji

powinien decydować lekarz specjalista rehabilitacji medycznej. Eksperti wskazują, że minimalny okres trwania pojedynczego cyklu rehabilitacji powinien wynosić 3 tygodnie. Przy czym, optymalnie zajęcia powinny trwać co najmniej 2 razy w tygodniu, po 60 minut, a każdy z uczestników powinien odbyć łącznie 10 sesji w programie (łącznie czas 5 tygodni). Decyzję o czasie trwania rehabilitacji powinien podjąć prowadzący lekarz w oparciu o efekty dotychczasowego leczenia.

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. 2024 poz. 146 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.62.2025 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Inowódz na lata 2026-2027”; data ukończenia: lipiec 2025 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 139/2025 z dnia 5 sierpnia 2025 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Inowódz na lata 2026 - 2027”.