



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej

**Zmiana technologii medycznych w zakresie
rehabilitacji ogólnoustrojowej**

Wybrane propozycje stanowią element dokumentu
„Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji
lecniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce”

Nr: AOTMiT-WS.431.5.2019

Data ukończenia: 11 lipca 2019 r.

KARTA NIEJAWNOŚCI

Dane zakreślone kolorem czerwonym stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na prywatność osoby fizycznej.

Zakres wyłączenia jawności: dane osobowe.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2018 r., poz.1330 z późn. zm.) w zw. Z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L. z 2016 r.119.1).

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: osoba fizyczna.

SPIS TREŚCI

1.	Streszczenie wykonawcze	8
2.	Przedmiot zlecenia	55
3.	Problem decyzyjny	58
3.1.	Problem zdrowotny	58
3.1.1.	Charakterystyka populacji obecnej	58
3.1.2.	Charakterystyka i profil populacji docelowej	63
3.2.	Oceniane technologie medyczne	68
3.3.	Alternatywne technologie medyczne	71
3.3.1.	Opis metodyki	71
3.3.2.	Rehabilitacja po amputacjach	72
3.3.3.	Rehabilitacja w chorobach reumatologicznych/ zapalnych/ zapalnych tkanki łącznej/zapalnych stawów/układowych tkanki łącznej	74
3.3.4.	Rehabilitacja pozabiegowa	81
3.3.5.	Rehabilitacja ortopedyczna/traumatologiczna	82
3.3.6.	Rehabilitacja w chorobach metabolicznych	88
3.3.7.	Rehabilitacja ginekologiczna	89
3.3.8.	Rehabilitacja geriatryczna	92
3.3.9.	Rehabilitacja onkologiczna	94
3.3.10.	Rehabilitacja w obrzęku limfatycznym	95
3.3.11.	Podsumowanie	98
4.	Charakterystyka rehabilitacji ogólnoustrojowej w systemie ochrony zdrowia w Polsce - stan obecny	103
4.1.	Regulacje formalno-prawne	103
4.2.	Analiza kolejek	109
4.3.	Analiza liczby i rodzaju udzielonych świadczeń	115
4.3.1.	Koszt rehabilitacji leczniczej na tle kosztu świadczeń opieki zdrowotnej	115
4.3.2.	Analiza miejsc udzielania świadczeń (MUS) w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej i domowej	117
4.3.3.	Analiza świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej i domowej	119
4.3.4.	Analiza liczby łóżek w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej (w podmiotach leczniczych zawierających komórki organizacyjne wg VIII resortowy kod identyfikacyjny: 4300, 4302, 7400)	128
4.4.	Analiza świadczeń udzielonych w ramach leczenia szpitalnego wśród pacjentów, którzy otrzymali świadczenia z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej	131
4.4.1.	Analiza produktów rozliczeniowych JGP w ramach leczenia szpitalnego wśród pacjentów, którzy otrzymali świadczenia z zakresu rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/ oddziale dziennym	131
4.4.2.	Analiza średniego czasu do zakończenia hospitalizacji w ramach leczenia szpitalnego do rozpoczęcia rehabilitacji ogólnoustrojowej	134
4.5.	Analiza kategorii rozpoznań ICD-10 wśród pacjentów, którzy otrzymali świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne oraz rehabilitacja lecznicza z zakresu rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	137
4.6.	Analiza kategorii rozpoznań ICD-10 wśród pacjentów, którzy otrzymali świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne oraz rehabilitacja lecznicza z zakresu rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym	139
5.	Analiza skuteczności i bezpieczeństwa	142
5.1.	Przegląd systematyczny	142
5.1.1.	Opis metodyki	142
5.1.2.	Pacjenci po alloplastyce stawu kolanowego lub biodrowego	144
5.1.3.	Pacjenci po operacjach w obrębie jamy brzusznej	158
5.1.4.	Pacjenci geriatryczni	161
5.1.5.	Pacjenci onkologiczni	163
5.2.	Przegląd niesystematyczny	167
5.2.1.	Opis metodyki	167
5.2.2.	Pacjenci z reumatoidalnym zapaleniem stawów	168
5.2.3.	Pacjenci z obrzękiem limfatycznym zależnym od nowotworu	169

5.2.4.	Pacjenci ginekologiczni	171
5.2.5.	Pacjenci z cukrzycą typu 2	172
5.2.6.	Pacjenci po złamaniach	174
5.2.7.	Pacjenci po amputacjach	176
5.3.	Podsumowanie	178
5.3.1.	Podsumowanie przeglądu systematycznego	178
5.3.2.	Podsumowanie przeglądu niesystematycznego	187
5.3.3.	Zbiorcze podsumowanie analizy skuteczności i bezpieczeństwa	190
5.4.	Charakterystyka skal, kwestionariuszy oraz innych narzędzi pomiaru odnalezionych w ramach analizy klinicznej	198
5.4.1.	Testy oceny stanu funkcjonalnego pacjenta	198
5.4.2.	Podsumowanie	207
6.	Projekty świadczeń	210
6.1.	Szczegółowy opis proponowanych zmian dla poszczególnych poziomów opieki	211
6.1.1.	Poziom opieki stacjonarny – kompleksowa rehabilitacja stacjonarna	211
6.1.2.	Poziom opieki dzienny – kompleksowa rehabilitacja dzienna	215
6.1.3.	Poziom opieki ambulatoryjnej – fizjoterapia ambulatoryjna	221
6.1.4.	Poziom opieki domowej – fizjoterapia domowa	224
6.2.	Świadczenia dodatkowe	229
7.	Analiza ekonomiczna	232
8.	Analiza wpływu proponowanej zmian technologii medycznych na kolejki oczekujących na udzielenie świadczenia	236
8.1.	Ograniczenia i założenia analizy	236
8.2.	Wpływ zmiany technologii medycznych na kolejki oczekujących na poziomie opieki stacjonarnej	237
8.3.	Wpływ zmiany technologii medycznych na kolejki oczekujących na poziomie opieki dziennej	238
8.4.	Wpływ zmiany technologii medycznych na kolejki oczekujących na poziomie opieki ambulatoryjnej	239
8.5.	Wpływ zmiany technologii medycznych na kolejki oczekujących na poziomie opieki domowej	240
9.	Opinie ekspertów w sprawie zasadności zmiany technologii medycznych w zakresie rehabilitacji leczniczej	241
10.	Wyniki analizy wpływu na budżet płatnika	277
11.	Analiza skuteczności i bezpieczeństwa - załączniki	283
11.1.	Strategia wyszukiwania	283
11.2.	Diagram selekcji badań	284
11.3.	Kryteria wykluczenia publikacji	284
	Wykaz publikacji	286
	Spis załączników	289
	Spis tabel, rysunków i wykresów	289

Podstawowe informacje o zleceniu

Data wpłynięcia zlecenia do AOTMiT (RRRR-MM-DD) i znak pisma zlecającego 08-05-2018 r.
MZ-ASG.4084.28.2018.IJ

Pełna nazwa świadczenia opieki zdrowotnej (z pisma zlecającego)

Ocena zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji leczniczej.

Przedmiotowe zlecenie jest uzupełnieniem zlecenia znak: 744871 z dnia 15 listopada 2016 r. W związku z przesłanymi propozycjami zmian w opisach świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, zmianie ulegają poszczególne świadczenia i technologie medyczne zawarte w tych świadczeniach. Wobec czego zasadnym jest przedstawienie rekomendacji Prezesa Agencji w przedmiotowej sprawie.

Zlecenie MZ znak: 744871 z dnia 15 listopada 2016 obejmuje:

Zaproponowanie, w procesie konsultacji z gronem interesariuszy systemu ochrony zdrowia, odpowiednich rozwiązań w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej, mających na celu poprawę dostępności do przedmiotowych świadczeń.

Zwrócenie szczególnej uwagi na kryteria kwalifikacji pacjenta, opracowanie oraz szczegółową weryfikację zakresu pod kątem interwencji udzielanych pacjentom oraz warunków realizacji świadczeń rehabilitacji leczniczej.

Typ zlecenia:

- zakwalifikowanie jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji (art. 31 c ustawy o świadczeniach)
- usunięcie świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego (art. 31 e-f ustawy o świadczeniach)
- zmiana technologii medycznych (art. 31 e-h ustawy o świadczeniach)
- realizacja innych zadań zleconych przez Ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31 n pkt 5 ustawy o świadczeniach)

Zlecenie dotyczy świadczenia gwarantowanego z zakresu:

- podstawowej opieki zdrowotnej
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
- leczenia szpitalnego
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
- rehabilitacji leczniczej
- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
- leczenia stomatologicznego
- lecznictwa uzdrowiskowego
- ratownictwa medycznego
- opieki paliatywnej i hospicyjnej
- świadczeń wysokospecjalistycznych
- programów zdrowotnych

Wykaz wybranych skrótów

50-FWT	50-stopowy test marszowy (ang. 50-foot walk test)
6-MWT	Sześciominutowy test marszowy (ang. 6-minute walk test)
AAOS	American Academy of Orthopedic Surgeons
ACCF	American College of Cardiology Foundation
ACLR	Rekonstrukcja więzadła krzyżowego przedniego
ACP	American College of Physicians
ACR	American College of Rheumatology
ADL	Ocena podstawowych czynności życia codziennego (ang. activities of daily living)
Agencja / AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
AGREE II	Narzędzie oceny wytycznych (ang. Appraisal of Guidelines Research and Evaluation II)
APTA	American Physical Therapy Association
ARRC	Amsterdam Rehabilitation Research Center
b.d.	Brak danych
BACPAR	British Association of Chartered Physiotherapists in Amputee Rehabilitation
BI	Skala Barthela (ang. Barthel Index)
BMI	Wskaźnik masy ciała (ang. Body Mass Index)
BSRM	The British Society of Rehabilitation Medicine
CBT	Terapia behawioralno-poznawcza
CCO	Cancer Care Ontario
ChZS	Choroba zwyrodnieniowa stawów
CI	Przedział ufności (ang. Confidence interval)
CKC	Zamknięty łańcuch kinetyczny
CPM	Ciągły ruch bierny (ang. Continuous passive motion)
CRA	Canadian Rheumatology Association
DAS	Wskaźnik aktywności choroby (ang. Disease Activity Score)
DOA	Dutch Orthopaedic Association
EBM	Evidence-Based Medicine – medycyna oparta Na Faktach
EORTC-QLQ-30	Kwestionariusz European Organisation for Research and Treatment of Cancer (ang. The European Organisation for the Research and Treatment of Cancer)
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery
ERPC	Ścieżka zintensyfikowanej regeneracji (ang. Enhanced Recovery Pathway care)
FACIT-F	Skala Functional Assessment of Chronic Illness Therapy
FACT-G	Skala Functional Assessment of Cancer Therapy – General
FBS	Stężenie glukozy na czczo we krwi (ang. Fasting blood sugar)
FI	Stężenie insuliny na czczo (ang. Fasting insulin)
GH	Ogólne poczucie zdrowia (ang. general health)
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HOMA-IR	Homeostaticzna ocena modelu oporności na insulinę (ang. homeostatic model assessment of insulin resistance)
HRQoL	Jakość życia zależna od stanu zdrowia (ang. Health Related Quality of Life)
IACS	Institute of Health Sciences of Aragon
IADL	Złożone czynności życia codziennego (ang. Instrumental Activities of Daily Living)
ICD-10	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
ICD-9	Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych
JCS	Japanese Circulation Society
JGP	Jednorodne Grupy Pacjentów
KIF	Krajowa Izba Fizjoterapeutów
KNGF	The Royal Dutch Society for Physical Therapy
KOOS	Skala Knee and Osteoarthritis Outcome Score
KSS	Skala Knee Society Score
KT	Kinesiotaping
Lekarz rehabilitacji	Lekarz specjalista lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub dziedzinach pokrewnych uprawniony do realizacji świadczeń gwarantowanych w rehabilitacji leczniczej
LSI	Skala Godin Leisure-Time Exercise
MD	Średnia różnica (ang. Mean difference)
MDT	Local multidisciplinary teams
MET	Równoważnik metaboliczny (ang. Metabolic Equivalent of Task)
MFSI-SF	Skala Multidimensional Fatigue Syndrome Inventory – Short Form
MHSSE	Ministry of Health, Social Services and Equality
MR	Rezonans magnetyczny
MUA	Manipulacje w znieczuleniu (ang. Manipulation under anesthesia)

MUS	Miejsce udzielania świadczeń
MVC	Maksymalny dobrowolny skurcz (ang. maximal voluntary contraction)
MZ	Ministerstwo Zdrowia
n.s.	Nieistotne statystycznie (ang. non significant)
NFZ, Fundusz	Narodowy Fundusz Zdrowia
NHFA	National Heart Foundation of Australia
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OA	Choroba zwyrodnieniowa stawów
OKC	Otwarty łańcuch kinetyczny
ONS	Oncology Nursing Society
OR	Iloraz szans (ang. Odds ratio)
PCI	Wskaźnik kosztów fizjologicznych (ang. Physiological cost index)
PFMT	Trening mięśni dna miednicy
PMR	Polimialgia reumatyczna
POF	Podstawowa Opieka Fizjoterapeutyczna
PT	Fizjoterapia (ang. Physiotherapy)
QoL	Jakość życia (ang. Quality of life)
qRCT	Badania quasi-randomizowane
RACGP	Royal Australian College of General Practitioners
RCT	Kliniczne badania randomizowane (ang. randomized controlled trial)
ROM	Zakres ruchu stawu (ang. Range of motion)
Rozporządzenie w sprawie rehabilitacji leczniczej	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz.465, z późn. zm.), wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach
RR	Ryzyko względne (ang. Relative risk)
RZS	Reumatoidalne zapalenie stawów
SD	Odchylenie standardowe (ang. Standard deviation)
SF-12	Kwestionariusz jakości życia (ang. short form)
SF-36	ang. The Medical Outcomes Study 36-Items Short – Form Health Survey
SIGAM	Special Interest Group for Amputee Medicine
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SLR	Podnoszenie prostej nogi
SMD	Standaryzowana średnia różnica (ang. Standarized mean difference)
SOGC	Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada
SOR	Szpitalny oddział ratunkowy
SWT	Test marszowy (ang. Shuttle walking test)
TDI	Index duszności (ang. transitional dyspnoea index)
TENS	Elektrostymulacja prądem
TKA	Całkowita alloplastyka stawu kolanowego (ang. Total knee arthroplasty)
Ustawa o świadczeniach	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz.1510, z późn. zm.)
Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty	Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2018 r. poz. 500, z późn.zm.)
Ustawa o zawodzie lekarza	Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, z późn.zm.)
VA/DoD	Department of Veterans Affairs, Department of Defense
VO2	Pułap tlenowy
WHO	World Health Organization
WMD	Ważona średnia różnica (ang. Weighted mean difference)
WOMAC	Skala The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis
ZZSK	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa

1. Streszczenie wykonawcze

Proponowane w niniejszym opracowaniu projekty świadczeń w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej (zdefiniowane poprzez technologie medyczne) stanowią integralny element „*Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w Polsce*”.

Obecnie obowiązujące świadczenie – obejmujące szeroko ujętą rehabilitację ogólnoustrojową – przeznaczone jest dla wszystkich pacjentów, którzy wymagają rehabilitacji, ale nie kwalifikują się do innych zakresów świadczeń rehabilitacji leczniczej (kardiologicznej, pulmonologicznej, neurologicznej).

Rehabilitacja ogólnoustrojowa obejmuje ogólną populację pacjentów. Z danych sprawozdawczych NFZ wynika, że pacjenci, którzy najczęściej korzystają z rehabilitacji ogólnoustrojowej to pacjenci z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (w tym pacjenci ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów kolanowych i biodrowych, po endoprotezach, amputacjach oraz pacjenci ze złamaniami i po urazach), z chorobami układu nerwowego, krążenia, oddechowego oraz innych układów ciała. W wyniku tak dużego zróżnicowania pacjentów pod względem schorzeń, obecnie największym problemem jest zbyt długi czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne (średni ważony czas to 180 i 326 dni odpowiednio dla przypadku pilnego i stabilnego).

Jednocześnie przyjęta koncepcja zmian w rehabilitacji leczniczej, obejmuje:

- zdefiniowanie poziomów opieki (stacjonarny kompleksowy, dzienny kompleksowy, ambulatoryjny fizjoterapeutyczny, domowy fizjoterapeutyczny, POF),
- określenie kryteriów kwalifikacji do świadczeń,
- oparcie technologii medycznych o profile interwencji (lekarski, fizjoterapeutyczny, psychologiczny, logopedyczny itp.), a nie o pojedyncze interwencje (obecnie w fizjoterapii jest ok. 100 zabiegów fizjoterapeutycznych oraz dodatkowe interwencje psychologiczne, terapii zajęciowej, logopedyczne itd.), w związku z tym wyszukiwania w zakresie EBM także dotyczyły skuteczności i bezpieczeństwa profili interwencji,
- zmianę warunków realizacji świadczeń.

W związku z powyższym, główne założenia zmiany technologii medycznych w rehabilitacji ogólnoustrojowej obejmują:

- 1) wskazanie 4 poziomów opieki (o kwalifikacji do poziomów decyduje stan kliniczny i funkcjonalny pacjenta w przypadku rehabilitacji stacjonarnej i domowej określony za pomocą skal medycznych),

UWAGA: Rehabilitacja ogólnoustrojowa obejmuje największą liczbę pacjentów spośród wszystkich zakresów rehabilitacji leczniczej, w związku z powyższym wydaje się zasadne wprowadzenie kryteriów kwalifikacji również do świadczeń udzielanych w warunkach ośrodka dziennego. Według przyjętych założeń koncepcji zmian w całej rehabilitacji, najważniejszym elementem jest zawężenie warunków kwalifikacji do rehabilitacji stacjonarnej we wszystkich zakresach: neurologicznej, kardiologicznej, pulmonologicznej, ogólnoustrojowej i pediatrycznej, tak aby świadczenia stacjonarne były udzielane dla pacjentów najcięższych pod względem klinicznym i funkcjonalnym. Ograniczeniem proponowanych zmian jest brak informacji na temat stanu funkcjonalnego pacjentów obecnie korzystających z rehabilitacji leczniczej.

W związku z powyższym na etapie projektowania świadczeń w ośrodku dziennym analitycy odstąpili od zdefiniowania kryteriów kwalifikacji pacjentów do tego poziomu opieki. Jednak istnieje zasadność zmiany tego podejścia pod warunkiem przetestowania proponowanych rozwiązań w zakresie całej rehabilitacji np. w perspektywie rocznej lub dwuletniej. Następnym logicznym etapem powinna być ewaluacja propozycji, również w kontekście triage' u pacjentów pod kątem stanu funkcjonalnego i różnych poziomów opieki oraz kryteriów kwalifikacji

Z uwagi na trwające w NFZ prace związane z przeprowadzeniem programu pilotażowego POF, zasadne jest wprowadzenie proponowanych w niniejszym raporcie zmian po jego zakończeniu.

- 2) wskazanie profili interwencji dla poszczególnych poziomów opieki (uwzględniające potrzeby rehabilitacyjne pacjenta wynikające z jego stanu klinicznego i funkcjonalnego),

- 3) zaproponowanie świadczeń jako pochodnych wskazanych jednorodnych profili interwencji i poziomów opieki:
- świadczenia dla ogólnej populacji pacjentów – ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej oraz innymi schorzeniami: układowymi, wadami rozwojowymi, nowotworami itd. (poziom stacjonarny, dzienny i ambulatoryjny),
 - świadczenia dla pacjentów z obrzękami limfatycznymi (poziom dzienny),
 - świadczenia dla pacjentów po endoprotezoplastykach, złamaniach i amputacjach (poziom domowy).

Przedmiotowe założenia zostały przyjęte na podstawie wyników analizy klinicznej i analizy wytycznych klinicznych w ramach, których nie odnaleziono różnic w stosowaniu profili interwencji dla pacjentów kwalifikujących się do rehabilitacji ogólnoustrojowej. Wyjątek stanowi populacja pacjentów z obrzękiem limfatycznym (ze względu na specyfikę terapii, zastosowanych interwencji i kwalifikacji personelu) oraz pacjenci po endoprotezoplastykach, złamaniach i amputacjach – z uwagi na odnalezione dowody dotyczące zasadności prowadzenia fizjoterapii w warunkach domowych.

W związku z powyższym zmiana technologii medycznej jest niewielka i obejmuje jedynie modyfikację kształtu świadczenia oraz doprecyzowanie charakterystyki pacjenta, któremu udzielana jest rehabilitacja ogólnoustrojowa.

Poniższa analiza zawiera również dane uwzględniające wskazane przez Radę Przejrzystości uwagi zawarte w Opinii nr 185/2019 z dnia 24 czerwca 2019 roku w sprawie oceny wystarczalności zakresu zgromadzonych materiałów analitycznych do wydania stanowiska dotyczącego zmiany technologii medycznych w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej:

- zakres zgromadzonych materiałów wymaga uzupełnienie o badania pierwotne tak, aby możliwa była identyfikacja procedur rehabilitacyjnych o wysokim stopniu skuteczności. Poprawie powinna podlegać też prezentacja danych – wyniki poszczególnych badań muszą być skomentowane pod kątem wniosków płynących dla proponowanej organizacji świadczeń rehabilitacyjnych*
 - obecnie w fizjoterapii różnicuje się około 100 zabiegów fizjoterapeutycznych (dodatkowo interwencje psychologiczne, terapia zajęciowa, logopedyczna itd.). W związku z tym faktem oraz zgodnie z przyjętymi założeniami koncepcji zmian w rehabilitacji, analiza kliniczna została ukierunkowana na wyodrębnienie profili interwencji oraz populacji realizującej rehabilitację ogólnoustrojową. Temu założeniu służy podejście polegające na oparciu analizy klinicznej przede wszystkim o badania z metaanalizami.
 - zmieniona została prezentacja danych (umieszczono w dodatkowej kolumnie tabeli nr 3 interpretację wyników);
- propozycje zmian w zakresie organizacji rehabilitacji ogólnoustrojowej winny uwzględniać wnioski wynikające ze zgromadzonych materiałów analitycznych*
 - przedstawiono w formie tabelarycznej interpretację wyników analizy klinicznej oraz informacji zawartych w wytycznych klinicznych: poziomy opieki w powiązaniu z populacjami oraz interwencjami, poziomy opieki w powiązaniu z propozycją świadczeń, a także poziomy opieki w powiązaniu z charakterystyką populacji obecnie obowiązujących oraz propozycją nowych świadczeń;
- wskazaniem do rehabilitacji ogólnoustrojowej winien być stan funkcjonalny chorego oraz ewidensy wskazujące, iż interwencja rehabilitacyjna daje szansę na poprawę tego stanu, a nie rodzaj schorzeń (przykładowo wg zapisów na str. 8 w zał. 1 do rehabilitacji będzie kwalifikował się pacjent dermatologiczny, ale już nie ze schorzeniami naczyń)*
 - zgodnie z propozycją zmian w rehabilitacji ogólnoustrojowej, kryterium kwalifikującym do rehabilitacji ogólnoustrojowej udzielanej w warunkach stacjonarnych oraz domowych jest stan kliniczny i funkcjonalny pacjenta, określony za pomocą odpowiednich skal (do rehabilitacji w warunkach dziennych - rehabilitacja kompleksowa oraz w warunkach ambulatoryjnych - fizjoterapia, kwalifikują się pacjenci, którzy nie zakwalifikowali się do rehabilitacji stacjonarnej oraz domowej); założeniem jest aby do stacjonarnej rehabilitacji trafiał pacjent najcięższy, który generuje najwięcej nakładów finansowych i wymaga największego zaangażowania zasobów ludzkich i lokalowych itp.;

- zmiany w zakresie rehabilitacji nie powinny generować nieuzasadnionych wymogów – przykładowo z zapisów na str. 9 w zał. 1. wynika potrzeba dysponowania logopedami i psychologami w sytuacji, gdy nie dotyczy to pacjentów po udarze mózgu, ani po długotrwałej sztucznej wentylacji. Każdy taki wymóg winien wynikać z badań naukowych wskazujących na istotne korzyści wynikające z jego spełnienia
 - opis świadczeń zawiera wymóg zapewnienia dodatkowych specjalistów jedynie w przypadku, gdy pacjent tego potrzebuje;
- proponowane rozwiązania powinny zostać zaopatrzone w dodatkową analizę oceniającą ich potencjalny wpływ na kolejki oczekujących
 - analiza oceniająca potencjalny wpływ proponowanych rozwiązań na kolejki oczekujących została uwzględniona w raporcie w rozdziale 8;
- wskaźniki powinny odnosić się rzeczywiście do jakości opieki – przykładowo długość trwania rehabilitacji trudno interpretować z punktu widzenia jakości. Efekty są oczywistym parametrem jakości, ale realizacja założonego planu nie stanowi w żadnym razie miary uzyskanych efektów (jak przykładowo na str. 12 w zał. 1)
 - Zobjektywizowanie wyników dotyczących jakości i efektów leczenia będzie możliwe po wdrożeniu w sposób powszechny do systemu ochrony zdrowia obiektywnej klasyfikacji służącej ocenie stanu pacjenta (np. ICF). Do czasu jej wdrożenia, nie można określić obiektywnych wskaźników jakości i efektów leczenia, ponieważ pomiar efektów jest niewystandaryzowany, a ich wyniki będą obciążone błędem. Uniemożliwia to dokonanie obiektywnego pomiaru, porównywanie wyników, również pomiędzy ośrodkami. Dlatego też obecnie możliwe jest określenie jedynie wskaźników dotyczących oceny struktury oraz procesu, co zostało zaproponowane w projekcie;
- uwzględnienie w klasyfikacjach skali ICF
 - Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia została uwzględniona w opisie świadczeń w kryteriach dotyczących monitorowania procesu terapeutycznego określonego w planie terapii, zaleca się, aby ocena stanu funkcjonalnego pacjenta na początku i końcu terapii była dokonywana m.in. w oparciu o dostępne skale czy testy, w tym z wykorzystaniem ICF (szczegóły w załączniku nr 1 i 2 – Część: II. Zakres świadczenia - Etapy udzielania świadczenia).

PRZEDMIOT ZLECENIA

Przedmiot niniejszego opracowania stanowią świadczenia w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej zaprojektowane zgodnie z wyodrębnionymi kryteriami segmentacji grup pacjentów (a zarazem kryteria konstrukcji „nowego” pakietu gwarantowanych świadczeń zdrowotnych). Wśród kryteriów wyróżniono:

- kryterium parametryzujące świadczenia – ze względu na stopień upośledzenia funkcji (stanu funkcjonalnego) oraz potencjał rehabilitacyjny pacjenta wyspecyfikowano cztery podstawowe kategorie parametrów świadczeń: (1) intensywność, (2) częstotliwość (systematyczność), (3) wczesności oraz (4) czas trwania terapii, wyodrębniając dwa typy świadczeń: podstawowe i kompleksowe,
- kryterium kwalifikacyjne – zdefiniowanie *explicite* warunków kwalifikacji do udzielenia świadczeń w ramach różnych poziomów opieki rehabilitacyjnej (opieki stacjonarnej oraz ośrodka/oddziału dziennego). Zdefiniowanie kryteriów kwalifikacji zostało oparte m.in. o skale medyczne służące do oceny stanu klinicznego i funkcjonalnego pacjenta,
- kryterium zakresu gwarantowanych świadczeń uwzględniające specyfikę świadczeń rehabilitacyjnych - opracowanie profili interwencji realizowanych w ramach poszczególnych świadczeń,
- kryterium specyfikacji warunków komórek organizacyjnych poszczególnych poziomów opieki – specyfikacja warunków miejsc realizacji świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej (podstawowych/kompleksowych), stanowiąca pochodną ich parametryzacji i kategoryzacji.

PROBLEM DECYZYJNY

Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ujęciu niniejszego opracowania obejmuje szeroki zakres zaburzeń funkcjonalnych związanych z układem mięśniowo-szkieletowym oraz innymi układami i narządami ciała ludzkiego, z wyłączeniem układu nerwowego, krążenia i oddechowego, które stanowią przedmiot odrębnych analiz.

Użyte określenie – rehabilitacja ogólnoustrojowa – zawiera pojęcia rehabilitacji stacjonarnej, dziennej oraz fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej, dla wskazanej w niniejszym opracowaniu populacji pacjentów.

Zmiana technologii medycznych w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej polega na:

- ✓ wyodrębnieniu i modyfikacji projektów świadczeń,
- ✓ określeniu kryteriów kwalifikacji do świadczeń,
- ✓ określenie poziomów opieki – poprzez uwzględnienie POF jako dodatkowego poziomu do istniejących: stacjonarnego, dziennego, ambulatoryjnego, domowego,
- ✓ określeniu wskaźników jakości struktury i procesów oraz efektów.

Zmiana technologii medycznej jest realizowana poprzez:

- a) zdefiniowanie profilu pacjenta, w tym za pomocą kryteriów kwalifikacji,
- b) zdefiniowaniu profili i rodzaju interwencji,
- c) dobór profili i rodzajów interwencji do poziomów opieki (miejsc udzielania świadczeń).

Zmiana obejmuje projekty świadczeń (zdefiniowane poprzez technologie medyczne), które można podzielić na 4 grupy:

1. Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej:

- 1) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna.

2. Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej:

- 1) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna,
- 2) Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym.

3. Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej:

- 1) Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego, tkanki łącznej i innymi schorzeniami.

4. Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej:

- 1) Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy,
- 2) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami.

Poniższa tabela przedstawia porównanie świadczeń obecnie obowiązujących oraz świadczeń zaproponowanych przez Agencję w ramach zmiany technologii medycznych w rehabilitacji.

Tabela 1. Zmiana technologii medycznych vs. obowiązujące świadczenia.

Poziom opieki	Świadczenia aktualnie obowiązujące	Zmiana technologii medycznych w rehabilitacji - świadczenia zaprojektowane przez AOTMiT
stacjonarny	<ol style="list-style-type: none">1. Świadczenia w rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych - brak wyodrębnionych świadczeń dla analizowanej populacji.2. Określone są wyłącznie warunki realizacji świadczenia (lokalowe, zasoby ludzkie ze zróżnicowaniem na etaty i przelicznikami na łóżka) w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych.	<ol style="list-style-type: none">1. Wyodrębniono: Świadczenie w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej: ✓ Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna.2. Zmodyfikowano opis warunków realizacji: doszczegółowienie miejsca udzielania świadczeń (pomieszczenia, sprzęt), wskazano profile interwencji terapeutycznych (rodzaje interwencji, czas trwania),

Poziom opieki	Świadczenia aktualnie obowiązujące	Zmiana technologii medycznych w rehabilitacji - świadczenia zaprojektowane przez AOTMiT
		dookreślono zasady realizacji świadczenia: kwalifikacji, oceny efektywności, wskaźniki jakości procesu oraz struktury.
dzienny	<ol style="list-style-type: none"> Świadczenia w rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach ośrodka/oddziału dziennego, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu Brak wyodrębnionych świadczeń dla analizowanej populacji np. w ramach zakresu realizowane są świadczenia dla pacjentów neurologicznych Określone są wyłącznie warunki realizacji świadczenia (lokalowe, sprzętowe dla leczenia obrzęków limfatycznych, zasoby ludzkie ze zróżnicowaniem na etaty) w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego. 	<ol style="list-style-type: none"> Wyodrębniono: Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej: ✓ Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna. ✓ Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym. Zmodyfikowano opis warunków realizacji: doszczegółowienie miejsca udzielania świadczeń (pomieszczenia, sprzęt), wskazano profile interwencji terapeutycznych (rodzaje interwencji, czas trwania), dookreślono zasady realizacji świadczenia: kwalifikacji, oceny efektywności, wskaźniki jakości struktury i procesów.
ambulatoryjny	<ol style="list-style-type: none"> Fizjoterapia ambulatoryjna Brak wyodrębnionych świadczeń dla określonej populacji pacjentów ze schorzeniami układu szkieletowo-mięśniowego, tkanki łącznej i innych schorzeń. Wskazanie interwencji możliwych do realizacji dla wszystkich pacjentów: ✓ Wizyta fizjoterapeutyczna, ✓ Lista zabiegów fizjoterapeutycznych w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej. Określone są warunki realizacji świadczenia (lokalowe, sprzętowe z uwzględnieniem urządzeń do fizykoterapii, zasoby ludzkie ze zróżnicowaniem na etaty). 	<ol style="list-style-type: none"> Wyodrębniono: Świadczenie w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej: ✓ Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego, tkanki łącznej i innymi schorzeniami Zmodyfikowano opis warunków realizacji: doszczegółowienie miejsca udzielania świadczeń (pomieszczenia, sprzęt), wskazano profile interwencji terapeutycznych (rodzaje interwencji, czas trwania), dookreślono zasady realizacji świadczenia: kwalifikacji, oceny efektywności, wskaźniki jakości struktury i procesów.
domowy	<ol style="list-style-type: none"> Fizjoterapia domowa Brak wyodrębnionych świadczeń dla określonej populacji pacjentów ze schorzeniami układu szkieletowo-mięśniowego, tkanki łącznej i innych schorzeń. Wskazano populacje pacjentów, dla których realizowana jest fizjoterapia domowa m.in.: ✓ z chorobami przewlekłe postępującymi w szczególności: miopatiami, chorobą Parkinsona, zapaleniem wielomięśniowym, rdzeniowym zanikiem mięśni, guzami mózgu, procesami demielinizacyjnymi, kolagenozami, przewlekłymi zespołami pozapiramidowymi, reumatoidalnym zapaleniem stawów; ✓ chorobami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych lub kolanowych oraz po zabiegach endoprotezoplastyki stawu – w okresie do 6 miesięcy od dnia wykonania operacji; ✓ złamaniami, obrażeniami i amputacjami kończyn dolnych – w okresie do 6 miesięcy od dnia złamania, obrażenia lub amputacji; ✓ osobom w stanie wegetatywnym lub apalicznym Wskazanie interwencji możliwych do realizacji dla wszystkich pacjentów: ✓ porada lekarska lub wizyta fizjoterapeutyczna, ✓ lista zabiegów fizjoterapeutycznych w zakresie fizjoterapii domowej. Określone są warunki realizacji świadczenia (sprzętowe z uwzględnieniem urządzeń do fizykoterapii, zasoby ludzkie ze zróżnicowaniem na etaty). 	<ol style="list-style-type: none"> Wyodrębniono: Świadczenie w zakresie fizjoterapii domowej: ✓ Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy. ✓ Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami Zmodyfikowano opis warunków realizacji: wskazano profile interwencji fizjoterapeutycznych (rodzaje interwencji, czas trwania), dookreślono zasady realizacji świadczenia: kwalifikacji, oceny efektywności, wskaźniki jakości struktury i procesów.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

ZIDENTYFIKOWANE PROBLEMY W RAMACH REHABILITACJI OGÓLNOUSTROJOWEJ

1. Długi czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, średnio dla oddziału stacjonarnego 248 dni dla przypadku pilnego oraz ponad 1000 dni dla stabilnego, który może wynikać z:

- 1) braku standaryzacji ścieżki pacjenta - brak standardów postępowania oraz kryteriów kwalifikacji do świadczeń w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej, co skutkuje, iż:
 - a) do rehabilitacji są kierowani pacjenci bez względu na stan kliniczny i rzeczywiste potrzeby rehabilitacyjne np. dominującą grupą pacjentów są osoby z chorobami przewlekłymi tj. ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów,
 - b) brak triage' u pacjentów pod kątem ich stanu funkcjonalnego/klinicznego i tym samym kwalifikacji do różnych poziomów opieki w rehabilitacji,

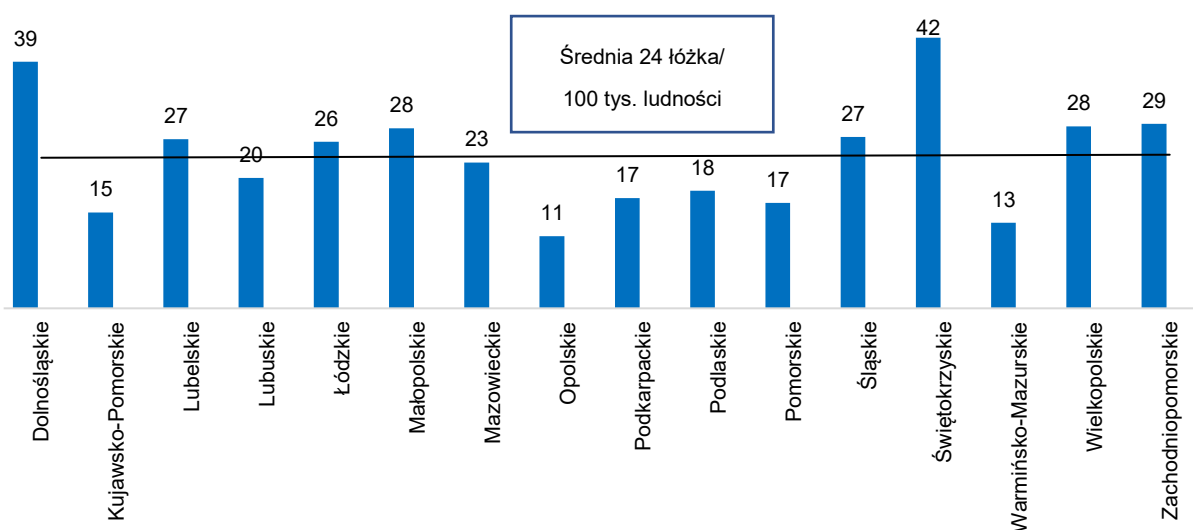
Rozwiązanie: W proponowanej koncepcji zdefiniowano obiektywne i przejrzyste kryteria kwalifikacji pacjentów na oddział rehabilitacji ogólnoustrojowej zapewniających rehabilitację dla pacjentów, którzy jej rzeczywiście potrzebują. Ważnym elementem zaproponowanego rozwiązania jest budowa systemu rehabilitacji opartego na powtarzalnych, adekwatnych do różnych poziomów opieki, modułów (standaryzacji) poziomów rehabilitacji, ścieżki pacjenta oraz wskazanie kryteriów włączenia pacjenta do świadczeń.

Wskazanie powtarzalnych modułów rehabilitacji do różnych poziomów opieki, uwzględnia specyfikę potrzeb rehabilitacyjnych pacjentów w ramach różnych dziedzin rehabilitacji. Moduły stanowią stały dla całej rehabilitacji leczniczej element przypisany do poziomu opieki, zawierający przynależne do nich minimalne zasoby ludzkie i lokalowe. W poszczególnych dziedzinach rehabilitacji: neurologicznej, kardiologicznej, pulmonologicznej, ogólnoustrojowej, pediatrycznej:

- będą wskazane moduły w ramach których będą realizowane świadczenia,
 - zasoby opisujące potencjał świadczeniodawcy będą dodatkowo uzupełniane pod kątem specyfiki udzielanych świadczeń.
- 2) zróżnicowania w dostępności do świadczeń dla pacjentów w różnych województwach na przykładzie liczby łóżek

Średnia liczba łóżek na 100 tys. ludności wynosi 24. Połowa z 16 oddziałów wojewódzkich ma większą liczbę łóżek na 100 tys. osób. Najwięcej łóżek w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej jest w województwie dolnośląskim i świętokrzyskim. Niedostateczna liczba łóżek wynikać może zarówno z ograniczonej wielkości kontraktu z NFZ, niskiej wyceny świadczeń rehabilitacyjnych (brak nowych chętnych do zawarcia umowy) oraz z uwarunkowań przestrzenno-geograficzno-historycznych dotyczących lokalizacji MUS.

Wykres 1. Średnia liczba łóżek w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej w podziale na województwa



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Rozwiązanie: Wymaga analizy i podjęcia działań dotyczących geograficznej lokalizacji oddziałów rehabilitacji oraz innych potencjalnych przyczyn tego stanu rzeczy np.: analizy ewentualnych różnic w podejściu do kierowania pacjentów na rehabilitację leczniczą, która to wykracza poza ramy projektu realizowanego przez Agencję.

3) ograniczone zasoby personelu medycznego

Obecnie w Polsce jest 2 715 lekarzy specjalistów rehabilitacji, w tym 2 478 czynnych zawodowo. W perspektywie 5- i 10-letniej ta liczba zmniejszy się. Jednocześnie w ramach rehabilitacji leczniczej w 2017 r. było ok. 3 000 miejsc udzielania świadczeń, w których wymagany jest lekarz rehabilitacji w różnych wymiarach czasu pracy. Obowiązujące przepisy jednak regulują kwestię dostępności do rehabilitacji, określając możliwość alternatywnego zatrudnienia innego lekarza niż wymieniony specjalista np. ortopedy, reumatologa itp. Takie rozwiązanie pozwala wypełnić potencjalną „lukę” związaną z niedoborem personelu, jednak nie daje gwarancji realizacji świadczeń odpowiedniej jakości.

Podobne problemy mogą dotyczyć psychologów czy terapeutów zajęciowych, których jest odpowiednio ok. 2 600 i 400.

Brak wiedzy na temat liczby fizjoterapeutów z prawem wykonywania zawodu (z ogólnej liczby ok. 62 tys.) realizujących świadczenia w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej, utrudnia analizę potencjalnych zagrożeń dla rehabilitacji i określenie skutków wprowadzenia zmian organizacyjnych, w szczególności POF.

Szczegółowe dane dotyczące zasobów personelu zawarte są w załączniku nr 3 do raportu.

Rozwiązanie: Jednym z proponowanych rozwiązań w projektowanych świadczeniach są rozwiązania umożliwiające elastyczne podejście do wymogu realizacji świadczeń przez lekarza czy inny personel medyczny m.in. poprzez odejścia od określania etatowości zatrudnienia. Jednocześnie wspomniany problem wymaga dodatkowych analiz i rozstrzygnięć systemowych zaprojektowanych przez głównych decydentów w polskim systemie ochrony zdrowia.

2. Brak możliwości oceny jakości i skuteczności prowadzonej rehabilitacji czy fizjoterapii w ramach publicznego systemu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ, wynikający z:

- 1) braku odpowiednich regulacji na poziomie rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, dotyczących:
 - ✓ obowiązku planowania i oceny efektów terapii,
 - ✓ nieprecyzyjnych wymagań lub braku wymagań sprzętowych, lokalowych czy też dotyczących kwalifikacji istotnych członków zespołu rehabilitacyjnego wywierających negatywny wpływ na jakość i skuteczność rehabilitacji.

- 2) braku odpowiednich regulacji na poziomie płatnika skutkujących płaceniem za efekt terapeutyczne, a nie za świadczenie,

Rozwiązanie: Zasadne jest prowadzenie dalszych analiz np. przez płatnika lub w oparciu o konsensus ekspercki lub o dostępne piśmiennictwo, określających metodologię prac służących implementacji do systemu ochrony zdrowia zobiektywizowanych ocen efektów terapeutycznych za pomocą skal medycznych, testów lub klasyfikacji. Efektem będzie możliwość powiązania, porównania wyników i wyznaczenia obiektywnych wskaźników oceny efektywności pomiędzy poziomami opieki, świadczeniodawcami czy dla danych rozpoznających.

- 3) braku polskich wytycznych czy standardów postępowania terapeutycznego.

Rozwiązanie: Wprowadzono obowiązek określania i sprawozdawania do płatnika celu i poziomu realizacji terapii oraz oceny efektów leczenia. Ustalono precyzyjne kryteria sprzętowe, lokalowe czy też dotyczące kwalifikacji członków zespołu rehabilitacyjnego. Dodatkowo wskazane zostały zasady realizacji świadczeń w oparciu o wytyczne.

3. Brak ciągłości rehabilitacji pomiędzy jej różnymi poziomami:

- 1) ograniczony dostęp do rehabilitacji wczesnej/początkowej w oddziałach szpitalnych - obecnie rehabilitacja początkowa jest realizowana jest w wybranych oddziałach szpitalnych np. brak w oddziale ortopedycznym – zgodnie z wymogami określonymi w przepisach rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego,

Tabela 2. Wymagania dotyczące dostępu do rehabilitacji wczesnej/początkowej lub fizjoterapii w oddziałach szpitalnych.

oddział szpitalny/świadczenia szpitalne w którym określone są wymogi stosowania fizjoterapii	wymogi rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego
geriatria	udział w zespole fizjoterapeuty
leczenie hemofilii	konsultacja fizjoterapeutyczna
leczenie onkologiczne DİLO	udział w zespole fizjoterapeuty
oparzenia i odmrożenia	oddział/zakład rehabilitacji lub pracownia fizjoterapii w dostępie
endoprotezoplastyka stawu biodrowego i kolanowego	udział w zespole fizjoterapeuty

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

- 2) brak regulacji dotyczących zasad kierowania pacjentów z oddziałów szpitalnych na rehabilitację, w sytuacjach, gdy pacjent wymaga usprawniania,
- 3) brak regulacji dotyczących zasad i zaleceń postępowania po zakończonej rehabilitacji, w tym kontynuacji usprawniania na innych poziomach czy w ramach leczenia uzdrowiskowego.

Rozwiązanie: W celu optymalnego podejścia do ciągłości rehabilitacji, wskazane jest również wprowadzenie zmian w ramach rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Zgodnie z wytycznymi i literaturą, w ramach oddziałów leczących ostrą fazę choroby np. ortopedycznych, powinna być realizowana wczesna (początkowa) rehabilitacja. W związku z powyższym zalecane jest wprowadzenie odpowiednich zmian w ww. rozporządzeniu, które zaaplikuje rozwiązania dotyczące:

- ✓ obowiązku realizacji rehabilitacji początkowej w oddziałach leczących ostrą fazę choroby (o ile zasoby ludzkie i organizacyjne będą właściwie oszacowane),
- ✓ obowiązku kierowania, przez lekarza oddziału ostrego, pacjenta na rehabilitację realizowaną w różnych modułach: stacjonarnym, dziennym, ambulatoryjnym lub domowym.

Dodatkowo w modelu świadczeń zaproponowano rozwiązania wprowadzające obowiązek udzielenia pacjentowi, po zakończonej rehabilitacji czy fizjoterapii, zaleceń co do dalszego postępowania leczniczego, w tym kontynuacji świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej.

WYNIKI PRZEGLĄDU SKUTECZNOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA INTERWENCJI

Przeglądy systematyczne:

W ramach przeglądu systematycznego odnaleziono i włączono do analizy klinicznej łącznie 15 przeglądów systematycznych dotyczących następujących populacji pacjentów:

- po alloplastyce stawu kolanowego (Buhagiar 2019, Chen 2017, Henderson 2017, Li 2017, Harvey 2014) alloplastyce stawu biodrowego (Wu 2019), łączonej - po alloplastyce stawu biodrowego lub kolanowego (Luo 2017, Wang 2016, McDonald 2014),
- po operacjach w obrębie jamy brzusznej (Gillis 2018, Moran 2016),
- geriatrycznych (Mckelvie 2018), oraz
- onkologicznych (Steffens 2018, Lounghney 2016, Ni 2016).

W publikacjach oceniano skuteczność interwencji w zakresie

- ćwiczeń fizycznych (Wu 2019, Mckelvie 2018),
- różnych form fizjoterapii lub rehabilitacji (Henderson 2017, Luo 2017),
- rehabilitacji prowadzonej przed operacją (Steffens 2018, Chen 2017, Lounghney 2016, Wang 2016, Moran 2016),
- rehabilitacja przed oraz po operacji (Ni 2016),
- terapii ciągłym ruchem biernym (Harvey 2014),
- edukacji przedoperacyjnej (McDonald 2014),
- terapii żywieniowej (ONS) prowadzonej z lub bez ćwiczeń fizycznych (Gillis 2018), a także

- porównanie pomiędzy rehabilitacją w trybie szpitalnym z rehabilitacją w trybie domowym (Buhgier 2019, Li 2017).

Przeglądy niesystematyczne:

W ramach przeglądu niesystematycznego odnaleziono i włączono do analizy 5 przeglądów systematycznych, które dotyczyły populacji pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów (Baillet 2011), pacjentów z obrzękiem limfatycznym (Singh 2016), pacjentów z nowotworem ginekologicznym (Lin 2016), pacjentów z cukrzycą typu 2 (Kumar 2018) i pacjentów po złamaniu biodra (Diong 2015) oraz 1 badanie RCT w populacji pacjentów po amputacji kończyny dolnej (Rau 2007). W publikacjach badano skuteczność interwencji w zakresie ćwiczeń fizycznych (Baillet 2011, Singh 2016, Lin 2016, Kumar 2018, Diong 2015, Rau 2007).

W poniższej tabeli przedstawiono podsumowanie wyników odnalezionych przeglądów systematycznych oraz 1 badania RCT (Rau 2007) zgodnie ze schematem PICOS. W niniejszej tabeli uwzględniono jedynie te badania, w których odnaleziono dowody na skuteczność rehabilitacji prowadzonej w warunkach domowych, w tym te wyniki dla punktów końcowych, w których osiągnięto istotny statystycznie wpływ interwencji lub komparatora (szczegóły w rozdziale 5).

Tabela 3. Podsumowanie publikacji włączonych do analizy klinicznej dotyczących trybów opieki rehabilitacyjnej.

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
Alloplastyka stawu kolanowego	Buhgier 2019 PSM (5 RCT)	rehabilitacja ambulatoryjna (ang. outpatient rehabilitation)	rehabilitacja domowa (monitorowana lub niemonitowana)	Bierny zakres ruchu kolana w 26 tygodniu obserwacji (stopnie: MD=4,22 [95%CI -0,33; 8,76], p=0,07, I ² =0%).	Mobilność mierzona za pomocą 6MWT w 52 tygodniu obserwacji (metry: MD=-25,37 [95%CI -47,41; -3,32], p=0,02, I ² =0%),	W porównaniu rehabilitacji ambulatoryjnej z rehabilitacją domową wskazano istotne statystycznie różnice w zakresie biernego ruchu kolana (około 4 stopnie więcej na korzyść rehabilitacji ambulatoryjnej) oraz mobilności mierzonej za pomocą 6 minutowego testu chodu (około 25 metrów na korzyść rehabilitacji domowej).
	Li 2017 (PSM 10 RCT)	rehabilitacja domowa	rehabilitacja szpitalna	Zginanie kolana mierzone w 52 tygodniu (stopnie: MD=3,00 [95%CI 1,86; 4,14], p=0,01).	Ból według WOMAC, KOOS, VAS (SMD=0,35 [95%CI 0,03; 0,67], p=0,03, I ² =0)	W porównaniu rehabilitacji domowej z rehabilitacją szpitalną wskazano istotną statystycznie różnicę w zakresie ruchu przy zginaniu kolana (3 stopnie) na korzyść rehabilitacji domowej. Dla rehabilitacji szpitalnej wskazano mały efekt w zakresie redukcji bólu (SMD=0,35).
Alloplastyka stawu biodrowego lub kolanowego	Luo 2017 PSM (7 RCT)	Rehabilitacja w warunkach szpitalnych	Rehabilitacja w warunkach domowych	Stan funkcjonalny pacjenta po operacji (brak wskazanej metody pomiaru): SMD=-0,27 [-0,53; -0,01], p=0,04	Zakres ruchu w 12. miesiącu (brak wskazanej metody): SMD=0,55 [95%CI 0,18; 0,92], p=0,004,	Wyniki i.s. na korzyść rehabilitacji w warunkach szpitalnych: - mały efekt na poprawę stanu funkcjonalnego pacjenta po operacji (SMD=-0,27). Wyniki i.s. na korzyść rehabilitacji w warunkach domowych: - umiarkowany efekt na zwiększenie zakresu ruchu w 12 miesiącu (SMD=0,55).

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

W poniższej tabeli przedstawiono podsumowanie publikacji włączonych do analizy klinicznej dotyczące skuteczności rehabilitacji ogólnoustrojowej.

Tabela 4. Podsumowanie publikacji włączonych do analizy klinicznej dotyczące skuteczności rehabilitacji oraz interwencji w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej.

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
Alloplastyka stawu kolanowego	Chen 2017* PSM (16 RCT)	Rehabilitacja przedoperacyjna oparta na ćwiczeniach fizycznych	Standardowa opieka	Skrócenie długości pobytu w szpitalu (dni: MD=-0,8, [95%CI -1,11; 0,48], p<0,00001, I ² =45%).	Poprawa wyniku testu sit to stand (sekundy: MD=1,68, [95%CI 1,25; 2,10], p<0,00001, I ² =60%), Zwiększenie zakresu ruchu kolana (stopnie: MD=3,62, [95%CI 0,09; 7,15], p=0,04, I ² =22%).	Z uwagi na ograniczenia badania interpretacja wyników jest utrudniona.
	Henders on 2017 PSM (11 RCT)	Wczesna fizjoterapia lub hydroterapia, hydroterapia w połączeniu z fizjoterapią lub ćwiczenia fizyczne przy wykorzystaniu sprzętu	standardowa fizjoterapia pooperacyjna, późna hydroterapia	<u>Hydroterapia + fizjoterapia vs. fizjoterapia:</u> Aktywność według skali WOMAC (fizjoterapia wodna) (SMD=-1,91 [95%CI -3,02; -0,80], p<0,05, Aktywność według skali WOMAC (ćwiczenia w wodzie) (SMD=-2,62 [95%CI -3,94; -1,30], p<0,05, <u>Wczesna fizjoterapia vs. fizjoterapia</u> Aktywność według skali WOMAC lub AKSS (SMD=-0,41 [95%CI -0,74; -0,09], p<0,05, Ból według skali VAS (SMD=-0,96 [95%CI -1,21; -0,71], p<0,05, Zgięcie kolana (stopnie: MD=16,29 [95%CI 13,43; 19,15], p<0,05, Wyprostowanie kolana (stopnie: MD=-2,12 [95%CI -2,48; -1,76], p<0,05. Skrócenie długości pobytu w szpitalu (dni: MD=-3,47 [95%CI -5,67; -1,27], p=0,002, I ² =75%.	Brak	W przeglądzie porównywano skuteczność różnych interwencji. Istotność statystyczną wyników osiągnięto dla: <u>Hydroterapia + fizjoterapia vs. fizjoterapia:</u> Fizjoterapia wodna oraz ćwiczenia w wodzie wykazały duży efekt zastosowania interwencji na aktywność mierzoną skalą WOMAC. <u>Wczesna fizjoterapia vs. fizjoterapia</u> Zastosowanie wczesnej fizjoterapii wykazało mały efekt na poprawę aktywności (WOMAC lub AKSS), duży efekt na zmniejszenie bólu (skala VAS), poprawę w zakresie zgięcia kolana o około 16 stopni, poprawę w zakresie wyprostowania kolana o około 2 stopni, a także na skrócenie pobytu długości w szpitalu o około 3,5 dnia.
	Harvey 2014 PSM (24 RCT)	Standardowa opieka pooperacyjna i rehabilitacja pooperacyjna z ciągłym ruchem biernym (CPM)	rehabilitacja pooperacyjna z lub bez ćwiczeń stawów kolanowych		Częstotliwość wykonywania manipulacji w znieczuleniu (MUA): RR=0,34 [95%CI 0,13; 0,89], p=0,028, I ² =22%, Pasywne zgięcie kolana – zakres ruchu (stopnie) – efekty krótkoterminowe: MD=2,03 [95%CI 0,21; 3,86], p=0,029.	Brak

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
Alloplastyka stawu biodrowego	Wu 2019 PSM (10 RCT)	Ćwiczenia fizyczne (ćwiczenia wzmacniające i gibkości, bieżnia, ćwiczenia obciążeniowe, ćwiczenia oporowe lub trening oporowy z obciążeniem)	Brak leczenia lub standardowa opieka	Zwiększenie prędkości chodu (m/s): WMD=0,15 [95%CI 0,08; 0,22], p=0,000, I ² =57%, Poprawa wyniku (skala Harris Hip Score), punkty: WMD=9,49 [95%CI 5,19; 11,78], p=0,000, I ² =76,5%, Redukcja bólu (brak wskazanej metody pomiaru, publikacja opisuje jako pain scores): WMD=-1,32 [95%CI -2,07; -0,57], p=0,000, I ² =92%, Siła odwodzenia (brak wskazanej metody pomiaru): WMD=9,75 [95%CI 5,33; 14,17], p=0,001, I ² =0%, Długość pobytu w szpitalu (dni): WMD=-0,68 [95% -1,07; -0,29], p=0,001, I ² =0%.	Brak	Zastosowanie ćwiczeń fizycznych w stosunku do braku leczenia lub standardowej opieki wykazało i.s. poprawę w zakresie: - zwiększenie prędkości chodu o 0,15 m/s, - poprawę stanu funkcjonalnego pacjenta o około 9,5 pkt w 100 punktowej skali Harrisa (wyższy wynik oznacza lepszy stan funkcjonalny), - redukcję bólu o około 1,3 pkt (w publikacji nie wskazano metody pomiaru, w związku z czym interpretacja jest utrudniona), - poprawa siły odwodzenia o około 9,8 pkt (w publikacji nie wskazano metody pomiaru, w związku z czym interpretacja jest utrudniona), - skrócenie długości pobytu w szpitalu o około 0,7 dnia.
	Wang 2016 PSM (22 RCT)	Przedoperacyjna fizjoterapia	Brak interwencji, standardowa opieka, edukacja, placebo lub ćwiczenia w domu	<u>Redukcja bólu (skala WOMAC, punkty):</u> ≤4 tydzień: WMD=-6,1 [95%CI -10,6; -1,6], p<0,05, I ² =55%, <u>Stan funkcjonalny pacjenta (skala WOMAC, punkty):</u> 6-8 tydzień: WMD=-3,9 [95%CI -7,6; -0,3] p<0,05, I ² =31%, 12 tydzień: WMD=-4,0 [95%CI -7,5; -0,5], p<0,05, I ² =69%, <u>Liczba dni do rozpoczęcia korzystania:</u> Ze schodów: WMD=-1,4 [95%CI -1,9; -0,8], p<0,05, I ² =0%, Z toalety: WMD=-0,9 [95%CI -1,3; -0,5], p<0,05, I ² =0%, Z krzesła: WMD=-1,2 [95%CI -1,7; -0,8], p<0,05, I ² =0%.	Brak	Wyniki i.s. na korzyść przedoperacyjnej fizjoterapii wykazano w następujących punktach kontrolnych: - redukcja bólu o około 6 pkt w skali WOMAC, do 4 tygodnia, - poprawa stanu funkcjonalnego pacjenta w 6-8 oraz 12 tygodniu (odpowiednio -3,9 pkt oraz -4 pkt w skali WOMAC), - skrócenie czasu do wykonywania aktywności dnia codziennego: 1,4 dnia do korzystania ze schodów, 0,9 dnia do korzystania z toalety, 1,2 do korzystania z krzesła.
Alloplastyka stawu biodrowego lub kolanowego	McDonald 2014 PSM (18 RCT)	Przedoperacyjna edukacja (przekazanie pisemnych informacji i/lub jedna (lub więcej) sesja edukacyjna, edukacja z wykorzystaniem audiowizualnych komponentów)	Standardowa lub rutynowa opieka	<u>Subpopulacja pacjentów po alloplastyce stawu biodrowego:</u> Lęk przedoperacyjny (Spielberger State-Trait Anxiety Index - punkty): MD=-5,10 [95%CI -7,13; 3,03] p<0,00001, I ² =4%, <u>Subpopulacja pacjentów po alloplastyce stawu kolanowego:</u> Lęk przedoperacyjny (Spielberger State-Trait Anxiety Index - punkty):	Brak	W subpopulacji pacjentów po alloplastyce stawu biodrowego zastosowanie przedoperacyjnej edukacji wykazało i.s. zmniejszenie lęku przedoperacyjnego o 5,1 pkt w skali Spielberger State-Trait Anxiety Index. W subpopulacji pacjentów po alloplastyce stawu kolanowego zastosowanie przedoperacyjnej edukacji wykazało i.s. wpływ na zmniejszenie lęku przedoperacyjnego o około 5,5 pkt w skali Spielberger

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
				MD=-5,52 [95%CI -8,34; -2,70], p<0,00012, Długość pobytu w szpitalu (dni): MD=-1,86 [95%CI -3,40; -0,32] p=0,018, I ² =0%.		State-Trait Anxiety Index, a także skróciło pobyt w szpitalu średnio o około 1,9 dnia. Wynik skali Spielberger State-Trait Anxiety Index przyjmuje wartości od 20 do 80, niższa wartość oznacza mniejszy lęk).
Geriatryczni	McKelvie 2018 PSM (9 RCT)	Ćwiczenia fizyczne. Interwencje zawierały m.in. fizjoterapię, ćwiczenia oporowe, programy mobilności (polegające na powolnej mobilizacji pacjenta), treningi o wysokiej intensywności lub ćwiczenia aerobowe.	Standardowa opieka szpitalna	Brak	Brak	W publikacji nie wskazano i.s. wyników wpływu interwencji.
Operacje jamy brzusznej	Gillis 2018 PSM (5 RCT, 4 OB)	Terapia żywieniowa lub terapia żywieniowa w połączeniu z ćwiczeniami	Standardowa opieka	Długości pobytu w szpitalu (dni): WMD= -2,17 [95% CI -3,45; -0,89]; p=0,009; I ² =61%.	Brak	Zastosowanie terapii żywieniowej lub terapii żywieniowej w połączeniu z ćwiczeniami wykazało i.s. wpływ na skrócenie pobytu w szpitalu o około 2,2 dnia.
	Moran 2016 PSM (9 RCT)	Przedoperacyjne ćwiczenia fizyczne	Brak rehabilitacji lub standardowa opieka	Powikłania pooperacyjne: OR = 0,59 [95% CI 0,38; 0,91]; p=0,02; I ² = 43%, Powikłania pooperacyjne (komparator: wyłącznie standardowa opieka): OR = 0,35 [95% CI 0,17; 0,71]; p=0,003; I ² = 5%), Pooperacyjne powikłania pulmonologiczne: OR = 0,27 [95% CI 0,3; 0,57]; p=0,0005; I ² =41%.	Brak	Zastosowanie przedoperacyjnych ćwiczeń fizycznych i.s. wpłynęło na: - zmniejszenie szansy wystąpienia powikłań pooperacyjnych o 41% w porównaniu do braku rehabilitacji lub standardowej opieki, lub o 65% w porównaniu do standardowej opieki, - zmniejszenie szansy wystąpienia powikłań pulmonologicznych o 73%.
Onkologiczni	Steffens 2018** PSM (11 RCT, 2 qRCT)	Interwencje oparte na ćwiczeniach fizycznych przed operacjami onkologicznymi	Brak interwencji, placebo lub standardowa opieka	<u>Rak płuca:</u> Zdarzenia niepożądane: RR=0,52 [95%CI 0,36; 0,74], p=b.d., Długość pobytu w szpitalu (dni): MD=-2,86 [95%CI -5,30; -0,33], p=b.d., <u>Rak prostaty:</u> Jakość życia (ICSmaleSF) – 1 miesiąc po operacji: MD=-3,70 [95%CI b.d.], p=0,002, Jakość życia (ICSmaleSF) – 3 miesiące po operacji: MD=-4,10 [95%CI b.d.], p=0,002.	Brak	Zastosowanie interwencji opartych na ćwiczeniach fizycznych u pacjentów przed operacjami onkologicznymi i.s. wpłynęło na: Pacjenci z rakiem płuca: - zmniejszenie ryzyka wystąpienia zdarzenia niepożądanego o 48%, - skrócenie długości pobytu w szpitalu o około 2,9 dnia. Pacjenci z rakiem prostaty: - poprawa jakości życia o -3,7 pkt w 1 miesiącu po operacji o raz o -4,1 pkt w 3 miesiącu, według skali ICSmaleSF. Mniejszy wynik oznacza wyższą jakość życia.

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
	Lounghey 2016 PSM (3 RCT, 1 nRCT)	Program ćwiczeń aerobowych trwający 6-12 tygodni lub obóz ćwiczeniowy.	Nie określono	Wydolność ćwiczeniowa (VO2peak): MD= 3,76 [95% CI 3,43; 4,08]; p>0,00001; I ² =0%.	Brak	Zastosowanie programu ćwiczeń aerobowych i.s. wpłynęło na poprawę wydolności tlenowej poprzez poprawę szczytowego zużycia tlenu o około 3,8 ml/kg/min.
	Ni 2016 PSM (8 RCT, 7 nRCT)	Trening fizyczny (program ćwiczeń zawierał jazdę na rowerze, spacer, ćwiczenia oddechowe i inne. Średni czas trwania programu wynosił 8 ± 7 tygodni z częstotliwością 3–7 razy/tydzień.)	Brak interwencji	Pooperacyjna długość pobytu w szpitalu (dni) (interwencja przedoperacyjna) (MD= -4,98 [95% CI -6,22; 3,74]; p<0,00001; I ² =0%), Pooperacyjne komplikacje (interwencja przedoperacyjna) (OR=0,33 [95% CI 0,15; 0,74]; p=0,007; I ² =7%), Wydolność ćwiczeniowa, 6MWT (m) (interwencja przedoperacyjna) (MD= 39,95 [95% CI 5,31; 74,60]; p=0,02; I ² =0%), Wydolność ćwiczeniowa, 6MWT (m) (interwencja pooperacyjna) (MD= 62,83 [95% CI 57,94; 67,72]; p<0,00001; I ² =7%), HRQoL wg EORTC-QLQ-30 (aspekt duszności) (MD=14,31 [95% CI -20,03; -8,58]; p<0,00001; I ² =17%), HRQoL wg SF-36 (komponent fizyczny) (MD= 3,00 [95% CI 0,81; 5,20]; p=0,007; I ² =0%).	Brak	Zastosowanie treningu fizycznego w porównaniu do braku interwencji wpłynęło i.s. na: - skrócenie długości pobytu w szpitalu o około 5 dni, - zmniejszenie szansy wystąpienia komplikacji pooperacyjnych o 67%, - poprawa wydolności ćwiczeniowej, o około 40 metrów wyniku 6 minutowego testu chodu, - poprawa duszności według kwestionariusza jakości życia EORTC-QLQ-30 o około 14 pkt. (wyższy wynik oznacza lepszą jakość życia), Poprawa jakości życia o 3 pkt mierzona przy pomocy skali SF-36 (komponent fizyczny)

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
Reumatoidalne zapalenie stawów	Baillet 2011 PSM (10 RCT)	Nadzorowany wzmacniająco trening mięśni czworogłowego, ćwiczenia wzmacniające mięśni ramienia bez nadzoru, ćwiczenia oporowe na kończyny górne lub dolne pod nadzorem/bez nadzoru lub ćwiczenia tułowia	standardowa opieka, ćwiczenia zakresu ruchów, ćwiczenia nieaerobowe	Siła izokinetyczna (% poprawa) (WMD=23,7% [95%CI 11,0; 36,4]; p<0,001; I ² =0%), Siła izometryczna (% poprawa) (WMD=35,8% [95%CI 24,4; 47,1]; p<0,001; I ² =68%), Siła uchwytu (% poprawa) (WMD=26,4% [95%CI 12,3; 40,5]; p<0,001; I ² =0%), Sprawność – HAQ (WMD=-0,22 [95%CI -0,35; -0,10]; p<0,001; I ² =36%), Stan funkcjonalny (50 FWT) (WMD=-1,90 s [95%CI -2,95; 0,85]; p<0,001; I ² =35%), Odsetek stawów opuchniętych/tkliwych lub indeks Ritchie (wynik przekształcony na skalę procentową) (WMD=-5,36% [95%CI -9,00; -1,72]; p=0,004; I ² =73%), Odczyn Biernackiego (WMD=-5,17 mm [95%CI -8,77; -1,58]; p=0,005; I ² =0%).	Brak	Zastosowanie siłowych/wzmacniających ćwiczeń fizycznych w porównaniu do standardowej opieki lub innych ćwiczeń wpłynęło i.s. na: - poprawę o 23,7% w stosunku do grupy kontrolnej, siły izokinetycznej, - poprawę o 35,8% w stosunku do grupy kontrolnej, siły uchwytu, - poprawę sprawności o około -0,2 pkt w skali HAQ, - poprawę stanu funkcjonalnego mierzonego za pomocą poprawy wyniku czasu przejścia testu 50 stóp (50 foot walk test/time) o 1,9 sekundy, - zmniejszenie odsetka stawów opuchniętych lub tkliwych o 5,36% w stosunku do grupy kontrolnej, - zmniejszenie wartości odczynu Biernackiego o 5,17 mm.
Obrzęk limfatyczny	Singh 2016 PSM	1. ćwiczenia fizyczne 2. ćwiczenia fizyczne z wykorzystaniem kompresjoterapii	1. brak interwencji lub ćwiczenia fizyczne o mniejszej intensywności 2. ćwiczenia fizyczne bez kompresjoterapii	Brak	Brak	W publikacji nie wskazano i.s. wyników wpływu interwencji.
Nowotwory ginekologiczne	Lin 2016 PSM (7 RCT)	Ćwiczenia fizyczne (m.in. program interwencji pod kątem zmiany stylu życia, edukacja z zakresu aktywności fizycznej, ćwiczenia fizyczne)	Standardowa opieka	Poziom aktywności fizycznej raportowany przez pacjenta (mierzony za pomocą skali LSI, punkty) (MD=12,92 [95%CI 6,34; 19,51], p=0,0001, I ² =0%)	Brak	Zastosowanie interwencji opartych na ćwiczeniach fizycznych wpłynęło i.s. na wzrost poziomu aktywności fizycznej raportowanej przez pacjenta (za pomocą skali LSI) o około 13 pkt. (wyższy wynik oznacza wyższą aktywność)
Cukrzyca typu 2	Kumar 2018 PSM (7 RCT, 4 nRCT)	Ćwiczenia fizyczne (m.in. ćwiczenia aerobowe, oporowe, o wysokiej intensywności lub ćwiczenia mieszane)	Brak interwencji	Poziom glukozy na czczo (nmol/l) (MD=-5,12 [95%CI -7,78; -2,45]; p=0,0002; I ² =99%).	Brak	Zastosowanie ćwiczeń fizycznych w porównaniu do braku interwencji wpłynęło i.s. na zmniejszenie poziomu glukozy na czczo o -5,12 nmol/l.

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
Złamania	Diong 2015 PSM (13 RCT)	Ćwiczenia fizyczne (m.in. mobilizacja, trening fizyczny, trening oporowy lub fizjoterapia)	Brak ćwiczeń (np. trening o niższej intensywności, placebo, edukacja, standardowa opieka)	Mobilności (SMD (g Hedges'a)=0,35 [95% CI 0,12; 0,58]; p= 0,000; I ² =66,7%), Szybkości chodu (SMD (g Hedges'a)=0,07 [95%CI 0,01; 0,14]; p=0,046; I ² =49,3%), Testu „Timed up and go” (SMD (g Hedges'a)=7,14 [95% CI 3,90; 10,38]; p=0,041; I ² =68,7%).	Brak	Zastosowanie ćwiczeń fizycznych w porównaniu do braku ćwiczeń wpłynęło i.s. na: - mały efekt na poprawę mobilności (SMD=0,35), - duży efekt na poprawę wyniku testu „Timed up and go” (SMD=7,14).
Amputacje	Rau 2007 RCT	Program ćwiczeń fizycznych (3 dni, 7 różnych ćwiczeń fizycznych trwających około godziny)	Standardowa opieka	Dystans w 2-minutowym teście marszowym (m) (I: M=20,15 (SD=17,12) vs. K: M=8,93 (SD=19,52); p=0,024), Prędkość chodzenia (m/min) (I: M=10,08 (SD=8,56) vs. K: M=3,94 (SD=10,15); p=0,016), Maksymalne obciążenie na protezę (kg) (I: M=3,70 (SD=5,66) vs. K: M=1,06 (SD=3,36); p=0,035), Wskaźnik kosztu fizjologicznego chodu (PCI) (uderzenia serca/m) (I: M=0,77 (SD=0,10) vs. K: M=0,39 (SD=0,23); p=0,020).	Brak	Zastosowanie programu ćwiczeń fizycznych w porównaniu do standardowej opieki wpłynęło i.s. na: - zwiększenie dystans w 2-minutowym teście marszowym (I: M=20,15 (SD=17,12) vs. K: M=8,93 (SD=19,52), - zwiększenie prędkości chodzenia (I: M=10,08 (SD=8,56) vs. K: M=3,94 (SD=10,15), - zwiększenie maksymalnego obciążenia na protezę (I: M=3,70 (SD=5,66) vs. K: M=1,06 (SD=3,36), - zwiększenie wskaźnika kosztu fizjologicznego chodu (I: M=0,77 (SD=0,10) vs. K: M=0,39 (SD=0,23).

* - istotnym ograniczeniem przeglądu jest niezgodność pomiędzy interpretacją wyników przez autorów, wskazujących iż wszystkie powyższe wyniki przemawiają na korzyść skuteczności zastosowania interwencji, natomiast dane raportowane w formie wykresów forest plot, wskazują, iż jedynym punktem końcowym przemawiającym na korzyść interwencji jest skrócenie długości pobytu w szpitalu

** - Wyniki istotne statystycznie zgodnie ze wskazaniem autorów z uwagi na brak raportowania wartości p w badaniu.

PSM – przegląd systematyczny z metaanalizą; RCT – badanie RCT; qRCT – badanie quasi-RCT, nRCT – badanie non-RCT; OB – badania obserwacyjne

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

WYNIKI PRZEGLĄDU REKOMENDACJI I WYTYCZNYCH KLINICZNYCH

Do opracowania włączono 33 rekomendacje z lat 2004-2019. Wszystkie odnalezione wytyczne w przedmiotowym wskazaniu powstały na podstawie przeglądów literatury oraz konsensusu eksperckiego bądź stanowią zaktualizowaną wersję poprzednich wytycznych. Podsumowanie odnalezionych wytycznych w podziale na populację pacjentów, przedstawia tabela poniżej.

Tabela 5. Wyniki przeglądu rekomendacji i wytycznych klinicznych w podziale na populację pacjentów

L.P.	Populacja pacjentów	Wytyczne postępowania terapeutycznego	
1.	pacjenci ortopedyczni/ po urazach	vAPTA 2017a American Physical Therapy Association	zapalenie stawu biodrowego
		APTA 2017b	po rekonstrukcji stawu kolanowego
		JOSPT 2014	po przeszczepie komórek autologicznych do stawu kolanowego
		JOSPT 2014	po złamaniach stawu biodrowego
		NIICE 2011	po złamaniach stawu biodrowego
		ACP 2017	ostry, podostry i przewlekły ból dolnego odcinka kręgosłupa
		RCOC 2016	zabieg więzadła krzyżowego stawu kolanowego
		AAOS 2014 DOA 2011)	złamanie w stawie biodrowym alloplastyka stawu biodrowego

L.P.	Populacje pacjentów	Wytyczne postępowania terapeutycznego	
2.	pacjenci po amputacjach	BACPAR 2016	amputacje
		BSRM 2018 British Society of Rehabilitation Medicine	amputacje
		VA/DoD 2014	amputacja w obrębie kończyny górnej
		VA/DoD 2017 Department of Veterans Affairs Department of Defense	amputacja w obrębie kończyny dolnej
3.	pacjenci geriatryczni	WHO 2017	opieka nad osobami starszymi w tym rehabilitacja
		NICE 2013	opieka nad osobami starszymi w tym rehabilitacja
4.	pacjenci po operacjach w obrębie jamy brzusznej	IACS 2016	
		ERAS 2018 Colorectal	operacje jelita grubego
5.	pacjenci z nowotworami	NICE 2004	leczenie wspomagające i opieka paliatywna, w tym rehabilitacja
		CCO 2017	ćwiczenia fizyczne w nowotworach
6.	pacjenci z chorobami reumatologicznymi/zapalnymi/zapalnymi tkanki łącznej/zapalnymi stawów/układowymi tkanki łącznej	CRA 2014 Canadian Rheumatology Association	ZZSK
		CRA 2012	fibromyalgia
		ACR 2015 American College of Rheumatology	polimiaglia
		ARRC 2018 Amsterdam Rehabilitation Research Center	RZS
		NICE 2018	RZS
		ACR 2018 American College of Rheumatology	łuszczycowe zapalenie stawów
		RACGP 2018	zmiany zwyrodnieniowe stawów
7.	pacjenci z obrzękiem limfatycznym	KIF 2017	procedury fizjoterapeutyczne w obrzękach
		QH 2014	postępowanie w obrzęku
		ONS 2012 Oncology Nursing Society	postępowanie w obrzęku
		SIGN 2017	cukrzyca typu I i II
8.	pacjenci z chorobami metabolicznymi		
9.	pacjenci z chorobami ginekologicznymi	NICE 2019	nietrzymanie moczu i wypadanie narządów
10.	ciąża	Canada 2018	aktywność fizyczna w ciąży
		AHTA 2014	opieka podczas ciąży i porodu

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

GLÓWNE ZALECENIA W WYTYCZNYCH:

Rehabilitacja po amputacjach:

Wytyczne podkreślają znaczenie multidyscyplinarnej opieki w ramach rehabilitacji. Postępowanie rehabilitacyjne powinno zostać rozpoczęte przed zbiegiem operacyjnym oraz jak najszybciej po zabiegu. Rekomenduje się zastosowanie zwalidowanych wiarygodnych i responsywnych miar efektu, np. Kompleksowy Predyktor Mobilności Wysokiego Poziomu (ang. Comprehensive High-level Activity Mobility Predictor), predyktor mobilności pacjenta po amputacji (ang. Amputee Mobility Predictor) test 10-cio metrowego chodu, test 6-cio minutowego chodu. W ramach rehabilitacji kończyny górnej podkreślono kluczowe znaczenie terapii zajęciowej.

Rehabilitacja z chorobami reumatologicznymi/zapalnymi/zapalnymi tkanki łącznej/zapalnymi stawów/układowymi tkanki łącznej:

1. W przypadku zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa ważna jest edukacja pacjentów oraz regularna aktywność fizyczna w tym fizjoterapia prowadzona w specjalistycznych ośrodkach. (CRA 2014).
2. Odnalezione zalecenia, dotyczące reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) oraz choroby zwyrodnieniowej stawów (kolana i biodra), wskazują na korzystne efekty interwencji niechirurgicznych i nefarmakologicznych w zakresie poprawy jakości życia chorych.

W przypadku RZS powinien być:

- 1) zapewniony dostęp do zespołu multidyscyplinarnego, który w zależności od stadium choroby, zapewni im leczenie zgodne z indywidualnymi potrzebami i preferencjami oraz zapewni dostęp do szerokiego

grona specjalistów, a także monitorowanie i kontrolę choroby oraz zapewni dobre samopoczucie psychiczne,

2) zapewniony dostęp do fizjoterapii, która obejmuje:

- terapię ruchową, w tym w wodzie (hydroterapia/fizjoterapia w wodzie), ćwiczenia rozciągające oraz poprawiające mobilność stawów; (ARRC 2018, NICE 2018),
- edukację pacjentów i samozarządzanie leczeniem,
- termoterapię – ogrzewacze/zimne okłady (*hot/cold packs*), kąpiele parafinowe/woskowe, podcierwień,
- elektroterapię – TENS, ultradźwięki, PEME, IFT i laser,
- zagwarantowanie i edukacja w zakresie korzystają z urządzeń wspomagających – pomoce do chodzenia, szyny, ortezy, wkładki,
- terapię manualną – obejmuje mobilizację, manipulację, uwalnianie mięśniowo-powięziowe, terapię punktu spustowego, akupunkturę i masaż,
- ćwiczenia aerobowe - poprawiają sprawność fizyczną, poprawiają stan psychiczny, zmniejszają ból i zmęczenie oraz mają pozytywny wpływ na wydolność oraz brak zaostrzeń choroby oraz zwalniają uszkodzenie stawów,
- ćwiczenia w wodzie zapewniają podobne korzyści fizyczne jak te wykonywane poza nią, ale mogą mieć dodatkowy korzystny wpływ psychologiczny,

3) Inne interwencje:

- terapię zajęciową; (NICE 2018),
- należy dopasować indywidualnie do pacjenta; (NICE 2018)
- należy zapewnić opiekę przez przeszkolonych specjalistów; (NICE 2018)
- należy objąć pacjenta opieką podologiczną; (ACCR 2018)
- należy wdrożyć interwencje psychologiczne, jeżeli jest taka potrzeba; (NICE 2018)
- ważna jest edukacja pacjentów oraz ich rodzin/opiekunów. (ARRC 2018)

3. W przypadku polimialgii reumatycznej należy rozważyć indywidualny program ćwiczeń dla ukierunkowanego na utrzymanie odpowiedniej masy ciała oraz funkcji mięśni, zmniejszenie ryzyka upadków zwłaszcza u starszych pacjentów. (ACR 2015)

4. W przypadku łuszczykowego zapalenia stawów warunkowo zalecane są ćwiczenia, fizjoterapia, terapia zajęciowa, masaż terapeutyczny oraz akupunktura, jednak interwencje należy dobierać indywidualnie do pacjentów oraz ich preferencji. (ACR 2018)

Rehabilitacja pozabiegowa:

Odnaleziono wytyczne dotyczące chirurgii jamy brzusznej oraz specyficzne dla chirurgii jelita grubego.

W ramach odnalezionych wytycznych zidentyfikowano zalecenia dotyczące:

- wczesnej mobilizacji pacjenta po zabiegu operacyjnym, (IACS 2016)
- mechanicznej profilaktyki przeciwzakrzepowej (dopasowane pończochy uciskowe lub leczenie za pomocą przerywanego ucisku pneumatycznego). (ERAS 2018 Colorectal)

Rehabilitacja ortopedyczna/traumatologiczna:

W ramach odnalezionych wytycznych zidentyfikowano następujące zalecenia dotyczące poszczególnych interwencji oraz warunków realizacji:

1. Dla pacjentów z zapaleniami stawu biodrowego zaleca się interwencje m. in. z zakresu edukacji pacjenta, treningu funkcjonalnego, ćwiczeń chodu i równowagi, ćwiczeń rozciągających, wzmacniających i odpornościowych.
2. Dla pacjentów po rekonstrukcji stawu kolanowego zaleca się interwencje z zakresu ćwiczeń fizycznych w warunkach szpitalnych np. wczesne przenoszenie ciężaru (zaleca się rozpoczęcie tych ćwiczeń w ciągu 1 tygodnia od operacji), wczesna oraz późna mobilizacja (również zaleca się rozpoczęcie tych ćwiczeń około 1 tygodnia od operacji), elektryczna stymulacja nerwowo-mięśniowa, reedukacja nerwowo-mięśniowa,

ćwiczenia ciągłego ruchu biernego (zaleca się zastosowanie tej interwencji jak najszybciej po zabiegu w celu zmniejszenia bólu pooperacyjnego).

3. Dla pacjentów po przeszczepie autologicznych komórek chrzęstnych do stawu kolanowego zaleca się ćwiczenia bierne oraz aktywne w warunkach szpitalnych jak i domowych.
4. Leczenie ostrego lub podostrego przewlekłego bólu dolnego odcinka pleców powinno obejmować opcje niefarmakologiczne np. ćwiczenia, masaż. (ACP 2017)
5. Dla pacjentów z przewlekłym bólem odcinka krzyżowego, pierwszą opcją powinno być leczenie niefarmakologiczne. Zaleca się rehabilitację multidyscyplinarną, ćwiczenia kontroli motorycznej, joga, ćwiczenia relaksujące. (ACP 2017)
6. Fizjoterapia przed operacją wszczępienia protezy biodrowej może być rozważana u osób w podeszłym wieku. (DOA 2011)
7. Rekomenduje się pooperacyjną fizjoterapię także po wypisie do domu po operacji stawu biodrowego. Fizjoterapia powinna być nadzorowana i dostosowana do ogólnego stanu zdrowia pacjenta i jego możliwości fizycznych. (DOA 2011)

Rehabilitacja w chorobach metabolicznych:

W przypadku cukrzycy typu I oraz II należy zachęcać pacjentów do aktywności fizycznej oraz kompleksowych ćwiczeń w celu poprawy kontroli glikemii i obniżenie ryzyka problemów sercowo-naczyniowych. (SIGN 2017).

Rehabilitacja ginekologiczna:

Odnalezione wytyczne z zakresu ginekologii obejmują postępowanie w populacji kobiet w okresie ciąży i połogu oraz u pacjentek z nietrzymaniem moczu i wypadaniem narządów miednicy:

- 1) interwencje u pacjentek z nietrzymaniem moczu i wypadaniem narządów miednicy:
 - zaleca się trening mięśni dna miednicy dla kobiet mających problemy z nietrzymaniem moczu lub wypadaniem narządów miednicy. (Canada 2018)
 - neurostymulacja jest odpowiednia tylko dla wybranych pacjentek z problemem nietrzymania moczu. (NICE 2019)
 - zaleca się trening mięśni kegla w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa nietrzymania moczu w przyszłości. (AHTA 2014)
 - regionalne zespoły multidyscyplinarne, które zajmują się złożoną dysfunkcją dna miednicy i problemami związanymi z terapią przeciwrostową, powinny obejmować m.in. fizjoterapeutę specjalizującego się w obszarze dna miednicy, członka zespołu ds. opieki nad osobami starszymi, terapeutę zajęciowego. (NICE 2019)
- 2) interwencje dla kobiet w ciąży:
 - dla ćwiczących kobiet w ciąży odczuwających dolegliwości typu nudności lub zawroty głowy powinno się zmodyfikować technikę ćwiczeń, (Canada 2018)
 - trening siłowy i nerwowo-mięśniowy,
 - elektrostymulacja i sprzężenie zwrotne elektromiograficzne, (NICE 2019)
 - u kobiet, które doświadczyły rozejścia mięśni brzucha po porodzie zaleca się konsultację fizjoterapeutyczną, (AHTA 2014)
 - zaleca się 150 minut każdego tygodnia aktywności fizycznej dla kobiet w ciąży. Ćwiczenia powinny obejmować trening aerobowy, wytrzymałościowy a także korzystne jest dodanie jogi lub ćwiczeń rozciągających, (Canada 2018)
 - trening kobiet w ciąży powinien odbywać się minimum 3 dni w tygodniu. (Canada 2018)

Rehabilitacja geriatryczna:

W przypadku opieki nad osobami starszymi:

- 1) interwencje muszą być dobierane indywidualnie do każdego pacjenta (WHO 2017, NICE 2013)
- 2) należy ocenić ryzyko upadków i potencjalne zaburzenia równowagi, (WHO 2017, NICE 2013)
- 3) należy wprowadzać strategie zmniejszające ryzyko i częstość upadków, (WHO 2017, NICE 2013)
- 4) zalecane są ćwiczenia poprawiające równowagę oraz elastyczność oraz stan funkcjonalny, (WHO 2017, NICE 2013)
- 5) rehabilitację funkcji poznawczych można zaoferować osobom starszym z zaburzeniami funkcji poznawczych (WHO 2017, NICE 2013)
- 6) w przypadku stanów depresyjnych należy zapewnić interwencje psychologiczne, (WHO 2017, NICE 2013)
- 7) osobom, które mają problem z nietrzymaniem moczu zaleca się strategie kontroli pęcherza, w przypadku kobiet dodatkowo trening mięśni dna miednicy, (WHO 2017, NICE 2013)
- 8) ważna jest edukacja pacjentów oraz ich rodzin/opiekunów, (NICE 2013)
- 9) opieką należy objąć również członków rodziny/opiekunów osób starszych. (WHO 2017, NICE 2013)

Rehabilitacja onkologiczna:

1. Odnalezione wytyczne z zakresu onkologii odnoszą się do świadczeń z zakresu leczenia wspomagającego oraz ćwiczeń fizycznych w populacji pacjentów onkologicznych.
2. Wykonywanie umiarkowanej ilości ćwiczeń fizycznych jest bezpieczne u pacjentów onkologicznych w trakcie aktywnego leczenia lub po jego ukończeniu i zalecane w celu poprawy jakości życia sprawności fizycznej. Zwrócono uwagę na potrzebę regularnego wykonywania ćwiczeń oraz ćwiczenia w grupach lub pod nadzorem (CCO 2017).
3. W wytycznych NICE 2004 stwierdzono skuteczność następujących interwencji:
 - 1) edukacja dotycząca ćwiczeń fizycznych, zmęczenia duszności lub stosowania się do zaleceń lekarskich,
 - 2) ćwiczenia marszowe,
 - 3) samoedukacja w zakresie radzenia sobie ze stresem, a także prawdopodobnie w zakresie samoopieki, dostosowania psychologicznego i zaufania do własnej wiedzy na temat raka,
 - 4) kompleksowa interwencja dla kobiet z rakiem piersi z objawami menopauzy, polegająca na ustrukturyzowanej ocenie, po której wdrażany jest indywidualny plan edukacji, poradnictwa, interwencji farmakologicznych i behawioralnych, wsparcia i skierowań.
4. W wytycznych CCO 2017 stwierdzono skuteczność następujących interwencji: ćwiczenia fizyczne u chorych na raka

Rehabilitacja w obrzęku limfatycznym:

W przypadku występowania obrzęku limfatycznego najbardziej skuteczną interwencją wydaje się być bandażowanie kompresyjne. (QH 2014, ONS 2012).

W wytycznych KIF 2017 zidentyfikowano następujące zalecenia dotyczące procedur fizjoterapeutycznych dotyczących leczenia obrzęku limfatycznego:

- zaleca się wykonywanie zabiegów przerywanej kompresji pneumatycznej bądź kompresjoterapii,
- zaleca się także wykonywanie specjalistycznych zabiegów kinezyterapii pod nadzorem certyfikowanego terapeuty,
- zaleca się stosowanie manualnego drenażu limfatycznego,
- rekomenduje się wykonywanie tych procedur w ścisłej korelacji ze sobą, gdyż wykonywane oddzielnie mogą być nieskuteczne.

POWIĄZANIE DOWODÓW Z PROPOZYCJĄ ZMIANY TECHNOLOGII MEDYCZNEJ

Zaproponowane zmiany w obszarze rehabilitacji ogólnoustrojowej wypracowane zostały na podstawie analizy informacji odnalezionych w wytycznych klinicznych oraz w przeglądach systematycznych i niesystematycznych oraz na podstawie danych sprawozdawczych NFZ.

Pierwszy etap analizy polegał na wyodrębnieniu populacji oraz interwencji dla poszczególnych poziomów opieki (oddział stacjonarny, oddział dzienny, fizjoterapia ambulatoryjna oraz fizjoterapia domowa), w wyniku czego uzyskano informacje na temat profilów interwencji w poszczególnych miejscach realizacji świadczeń.

Na podstawie wydzielonych populacji można było określić stan kliniczny i funkcjonalny pacjentów, które stanowią kryterium kwalifikacji do świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej.

W poniższych tabelach powiązane zostały interwencje udzielane na różnych poziomach opieki w wybranych grupach pacjentów, z odnalezionymi dowodami w wytycznych klinicznych oraz w przeglądach systematycznych i niesystematycznych. Porównano również informacje dotyczące stanu klinicznego pacjentów w obecnie obowiązujących świadczeniach z propozycjami nowych świadczeń.

Populacje pacjentów, które zdefiniowane zostały w wytycznych klinicznych oraz analizie klinicznej zostały pogrupowane na 8 głównych grup schorzeń/stanów chorobowych (tabela 6).

Tabela 6. Główne grupy populacji.

Główne populacje		Szczegółowe grupy pacjentów wskazane w wytycznych klinicznych lub analizie klinicznej
Pacjenci ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego	Pacjenci po amputacjach	<ul style="list-style-type: none">• Pacjenci po amputacji
	Pacjenci z chorobami reumatologicznymi/zapalnymi/zapalnymi tkanki łącznej/zapalnymi stawów/układowymi tkanki łącznej	<ul style="list-style-type: none">• Pacjenci z zapaleniem stawu biodrowego• Pacjenci z zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa
	Pacjenci ze schorzeniami ortopedycznymi (ortopedia/traumatologia)	<ul style="list-style-type: none">• Pacjenci po rekonstrukcji stawu kolanowego• Pacjenci z problemem z więzadłem krzyżowym przednim kolana• Pacjenci z całkowitymi protezami biodrowymi• Pacjenci po rekonstrukcji stawu kolanowego• Pacjenci po alloplastyce stawu kolanowego• Pacjenci po złamaniach
Pacjenci z innymi schorzeniami*	Pacjenci z problemami ginekologicznymi	<ul style="list-style-type: none">• Kobiety z nietrzymanie moczu oraz wypadaniem narządów miednicy• Kobiety w ciąży
	Pacjenci geriatryczni	<ul style="list-style-type: none">• Pacjenci geriatryczni
	Pacjenci onkologiczni	<ul style="list-style-type: none">• Pacjenci onkologiczni
	Pacjenci z obrzękiem limfatycznym	<ul style="list-style-type: none">• Pacjenci z obrzękiem limfatycznym• Pacjenci ze zdiagnozowanym zależnym od nowotworów obrzękiem limfatycznym
	Pacjenci z zaburzeniami metabolicznymi	<ul style="list-style-type: none">• Pacjenci z cukrzycą typu II• Pacjenci otyli
Pacjenci po zabiegach	<ul style="list-style-type: none">• Pacjenci po operacji jamy brzusznej	

*nie dotyczy izolowanych schorzeń układu nerwowego, krwionośnego, pulmonologicznego

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

• Poziomy opieki w powiązaniu z populacjami oraz interwencjami.

Tabela 7 przedstawia interwencje stosowane na poszczególnych poziomach opieki w różnych populacjach w odniesieniu do odnalezionych dowodów w wytycznych klinicznych oraz przeglądach systematycznych i niesystematycznych.

Oddział stacjonarny

W wytycznych BSRM 2018, APTA 2017b oraz NICE 2012 zalecano zapewnienie pacjentom kompleksową, możliwie jak najwcześniej wdrożoną rehabilitację realizowaną w warunkach szpitalnych. W analizie klinicznej

w przeglądach systematycznych Li 2017 oraz Buhagiar 2019 porównywano rehabilitację realizowaną w warunkach szpitalnych z rehabilitacją domową. W przeglądzie Diong 2015 ocenianą interwencją stanowiły ćwiczenia fizyczne, natomiast w przeglądzie Gillis 2018 oceniana była terapia żywieniowa lub terapia żywieniowa w połączeniu z ćwiczeniami.

Oddział dzienny

W przeglądach systematycznych i niesystematycznych nie odnaleziono informacji na temat interwencji udzielanych w oddziale dziennym. Wynikać to może z faktu, iż struktura i nazwa ośrodka dziennego stworzona została na potrzeby polskiego systemu rehabilitacji leczniczej, w związku z czym w innych krajach ten poziom opieki może być inaczej określany. W publikacjach często pojawia się informacja o prowadzonej rehabilitacji w centrach medycznych bądź specjalistycznych centrach medycznych, Różnice w nomenklaturze jednak pozwalają powiązać wskazane w polski systemie ośrodki/oddziałyienne, z ośrodkami/centrami rehabilitacji ambulatoryjnej dla pacjentów pozaszpitalnych (outpatient), w szczególności poprzez porównanie rodzaju udzielanych interwencji w ramach tych ośrodków. Zbieżność dotyczy realizowanych świadczeń rehabilitacji kompleksowej z udziałem lekarza, fizjoterapeuty, terapeuty zajęciowego czy innych specjalistów ochrony zdrowia.

Na podstawie wytycznych NICE 2012 dotyczących postępowania w schorzeniach ginekologicznych, populację tę przydzielono do poziomu oddziału dziennego, w którym może być zapewniony dostęp do konsultacji lekarskiej, zabiegów fizjoterapeutycznych, a także terapii psychologicznych.

W warunkach oddziału dziennego zaproponowano odrębne świadczenie dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym. Zgodnie z wytycznymi KIF 2017, pacjenci z obrzękiem limfatycznym charakteryzują się różnorodnym obrazem klinicznym oraz występowaniem chorób współistniejących, co może wpływać na przebieg fizjoterapii oraz może stanowić szereg przeciwwskazań do poszczególnych zabiegów. W związku z tym, fizjoterapeuta powinien mieć możliwość stałej konsultacji z lekarzem, który mógłby wspomagać jego działania i decyzje.

Dodatkowo, zgodnie z ww. wytycznymi, fizjoterapia powinna być prowadzona kompleksowo, co oznacza, że wykonywanie pojedynczych zabiegów jest nieefektywne. W związku z tym, czas potrzebny fizjoterapeucie na przygotowanie pacjenta do zabiegu oraz czas trwania pojedynczej sesji zabiegów są stosunkowo długie. Wiąże się to z długim pobytem pacjenta w ciągu dnia w ośrodku rehabilitacyjnym. Celem zapewnienie optymalnego czasu leczenia, zarówno obecnie obowiązujący zapis w Rozporządzeniu w sprawie rehabilitacji leczniczej, jak również propozycja świadczenia dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym określa konieczność zapewnienia przez świadczeniodawcę odrębnego pokoju do wypoczynku w trakcie sesji rehabilitacyjnej.

Fizjoterapia ambulatoryjna

Wytyczne APTA 2017a, KNGF 2016, CRA 2014 oraz SOGC 2018 dotyczą populacji pacjentów, dla których rekomendowane są jedynie interwencje z obszaru fizjoterapii, dlatego przydzielone zostały do poziomu fizjoterapii ambulatoryjnej. W przeglądach systematycznych Henderson 2017, Harvey 2014, Wang 2016, McDonald 2014 oraz Chen 2017 oceniane były również jedynie interwencje fizjoterapeutyczne.

Fizjoterapia domowa

Zgodnie z zaproponowaną koncepcją zmian, w warunkach domowych wyodrębnione zostały dwa świadczenia:

- a) dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy, oraz
- b) dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami.

W wytycznych DOA 2011 zaleca się zapewnienie fizjoterapii domowej pacjentom z całkowitymi protezami biodrowymi, natomiast w wytycznych AAOS 2014 zalecana jest fizjoterapia domowa dla pacjentów w podeszłym wieku ze złamaniami bioder. W analizie klinicznej (Wu 2019, Singh 2016) oceniane były interwencje z obszaru fizjoterapii.

Tabela 7. Udzielane interwencje w podziale na populacje pacjentów na poszczególnych poziomach opieki w odniesieniu do odnalezionych wytycznych oraz przeglądów systematycznych i niesystematycznych.

Poziom opieki	Populacja wytyczne /analiza kliniczna	Profil interwencji	Stosowane interwencje Wytyczne/analiza kliniczna
Stacjonarny	<p>Pacjenci ze schorzeniami układu mięśniowo - szkieletowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacjenci po amputacji • pacjenci po zabiegach • pacjenci ze schorzeniami ortopedycznymi (ortopedia/traumatologia) <p>Pacjenci z innymi schorzeniami</p>	<ul style="list-style-type: none"> • fizjoterapeutyczny • terapia zajęciowa • dietetyczny • psychologiczny • lekarski • inny 	<p>Fizjoterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wczesna mobilizacja pacjenta po zabiegu operacyjnym (IACS 2016) • mechaniczna profilaktyka przeciwzkrzepowa (dopasowane pończochy uciskowe i/lub leczenie za pomocą przerywanego ucisku pneumatycznego) (ERAS 2018 Colorectal) • ćwiczenia w otwartym jak i zamkniętym łańcuchu • ćwiczenia zwiększanie oporu • trening funkcjonalny • ćwiczenia chodu i równowagi • ćwiczenia rozciągające, wzmacniające i odpornościowe • łączenie interwencji dla uzyskania lepszego efektu (np. łączenie ćwiczeń z użyciem ultradźwięków) • elektryczna stymulacja nerwowo-mięśniowa • reedukacja nerwowo-mięśniowa • ćwiczenia ciągłego ruchu biernego • ćwiczenia bierne oraz aktywne • połączenie ćwiczeń fizycznych z neurostymulacją NMES (jeśli zaistnieje taka potrzeba) • sprzężenie zwrotne elektromiograficzne (RCOC 2016) • ćwiczenia kontroli motorycznej (ACP 2017) • fizjoterapia przed operacją wszczepienia protezy biodrowej (DOA 2011) • ćwiczenia fizyczne (Diong 2015) <p>Terapia zajęciowa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • terapia zajęciowa <p>Dietetyka:</p> <ul style="list-style-type: none"> • interwencje dietetyczne (dla pacjentów otyłych lub z nadwagą) • terapia żywieniowa lub terapia żywieniowa w połączeniu z ćwiczeniami (Gillis 2018) <p>Psychologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • interwencje psychologiczne, jeżeli jest taka potrzeba (NICE 2018) • ćwiczenia relaksujące (ACP 2017) <p>Inne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • edukacja pacjenta • edukacja przedoperacyjna (McDonald 2014) • rehabilitacja multidyscyplinarna (ACP 2017) • joga (ACP 2017) • rehabilitacja w warunkach domowych vs. rehabilitacja w warunkach szpitalnych (Li 2017) • rehabilitacja w warunkach domowych vs. rehabilitacja w warunkach szpitalnych (Buhagiar 2019)
Dzienny	<p>Pacjenci ze schorzeniami układu mięśniowo - szkieletowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacjenci po amputacji • pacjenci po zabiegach • pacjenci ze schorzeniami ortopedycznymi (ortopedia/traumatologia) 	<ul style="list-style-type: none"> • fizjoterapeutyczny • lekarski • psychologiczny • terapia zajęciowa 	<p>Fizjoterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • przerywana kompresja pneumatyczna (KIF 2017) • specjalistyczne zabiegi kinezyterapii (KIF 2017) • manualny drenaż limfatyczny (KIF 2017) • kinesiotaping (KIF 2017) • Nordic Wa king (KIF 2017) • fala uderzeniowa (KIF 217) • laseroterapia (KIF 2017) • ćwiczenia w wodzie (KIF 2017)

Poziom opieki	Populacja wytyczne /analiza kliniczna	Profil interwencji	Stosowane interwencje Wytyczne/analiza kliniczna
	<ul style="list-style-type: none"> Pacjenci z chorobami reumatologicznymi/zapalnymi/zapalnymi tkanki łącznej/zapalnymi stawów/układowymi tkanki łącznej Pacjenci z innymi schorzeniami <ul style="list-style-type: none"> pacjenci z obrzękiem limfatycznym pacjenci z problemami ginekologicznymi pacjenci geriatryczni 		<ul style="list-style-type: none"> edukacja dotycząca ćwiczeń fizycznych, zmęczenia duszności lub stosowania się do zaleceń lekarskich (NICE 2014) ćwiczenia marszowe (NICE 2014) samoedukacja (NICE 2014) terapia fizyczne (NICE 2019) interwencje multidyscyplinarne (VA/DoD 2014) regularne ćwiczenia (najlepiej w ośrodkach specjalistycznych lub z doświadczonymi fizjoterapeutami) (CRA 2014) rehabilitacja multidyscyplinarna (ACP 2017) Profil lekarski: <ul style="list-style-type: none"> konsultacja lekarska (KIF 2017) Psychologia: <ul style="list-style-type: none"> terapia behawioralna psychologia kliniczna (NICE 2019) ocena psychologiczna (QH 2014) Terapia zajęciowa: <ul style="list-style-type: none"> terapia zajęciowa (NICE 2019) terapia zajęciowa (QH 2014)
Ambulatoryjny	Pacjenci ze schorzeniami układu mięśniowo - szkieletowego: <ul style="list-style-type: none"> pacjenci z chorobami reumatologicznymi zapalnymi/ zapalnymi tkanki łącznej/ zapalnymi stawów/ układowymi tkanki łącznej pacjenci ze schorzeniami ortopedycznymi (ortopedia/ traumatologia) Pacjenci z innymi schorzeniami: <ul style="list-style-type: none"> pacjenci z problemami ginekologicznymi 	<ul style="list-style-type: none"> fizjoterapeutyczny 	Fizjoterapia: <ul style="list-style-type: none"> wczesna fizjoterapia, hydroterapia, hydroterapia w połączeniu z fizjoterapią standardową (Henderson 2017) ćwiczenia fizyczne przy wykorzystaniu sprzętu (ergometr, deska ślizgowa, ekscentryczne ćwiczenia ścięgna) (Henderson 2017) terapia ciągłym ruchem biernym (ang. continuous passive motion – CPM) (Harvey 2014) ćwiczenia fizyczne lub trening fizyczny (Wu 2019) przedoperacyjny program rehabilitacji (Wang 2016) edukacja przedoperacyjna (McDonald 2014) ćwiczenia fizyczne w ramach rehabilitacji przedoperacyjnej (Chen 2017) fizjoterapia w ramach kontynuacji opieki (AAOS 2014)
Domowy	Pacjenci ze schorzeniami układu mięśniowo - szkieletowego: <ul style="list-style-type: none"> pacjenci po endoprotezoplastyce stawu, pacjenci po złamaniach, pacjenci po amputacjach. 	<ul style="list-style-type: none"> fizjoterapeutyczny 	Fizjoterapia: <ul style="list-style-type: none"> trening funkcjonalny ćwiczenia chodu i równowagi ćwiczenia rozciągające, wzmacniające i odpornościowe łączenie interwencji dla uzyskania lepszego efektu (np. łączenie ćwiczeń z użyciem ultradźwięków) elektryczna stymulacja nerwowo-mięśniowa reedukacja nerwowo-mięśniowa ćwiczenia ciągłego ruchu biernego ćwiczenia bierne oraz aktywne ćwiczenia kontroli motorycznej (ACP 2017) ćwiczenia fizyczne (Dieng 2015) ćwiczenia fizyczne lub trening fizyczny (Wu 2019) ćwiczenia fizyczne opisane jako oporowe, aerobowe lub inne, ćwiczenia realizowane jednorazowo lub w serii (Singh 2016) program ćwiczeń, który jest oparty na dysfunkcjach pacjenta w zakresie siły, sprawności fizycznej, i mobilności (DOA 2011) Inne: <ul style="list-style-type: none"> edukacja pacjenta

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

- **Poziomy opieki w powiązaniu z propozycją świadczeń.**

Poniższa tabela przedstawia odnalezione w wytycznych klinicznych oraz przeglądach systematycznych i niesystematycznych informacje dotyczące populacji oraz profili interwencji stosowanych na różnych poziomach opieki, w powiązaniu z propozycją nowych świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej.

Tabela 8. Udzielane interwencje w podziale na populację pacjentów na poszczególnych poziomach opieki w odniesieniu do odnalezionych przeglądów systematycznych i niesystematycznych.

Poziom opieki	Proponowane świadczenia	Populacja	Profil interwencji	Czego dotyczy publikacja
Stacjonarny	Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna	<p>Pacjenci ze schorzeniami układu mięśniowo - szkieletowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacjenci po amputacji • pacjenci po zabiegach • pacjenci ze schorzeniami ortopedycznymi (ortopedia/traumatologia) <p>Pacjenci z innymi schorzeniami –</p> <ul style="list-style-type: none"> • nowotworami, • chorobami krwi, • chorobami układu pokarmowego, • chorobami układu moczowo-płciowego, • chorobami skóry i tkanki podskórnej, • wadami wrodzonymi 	<ul style="list-style-type: none"> • Fizjoterapeutyczny • Terapia zajęciowa • Dietetyczny • Psychologiczny • Inny 	<p>Badania kliniczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitacja w warunkach domowych vs. Rehabilitacja w warunkach szpitalnych (Li 2017) • Ćwiczenia fizyczne (m.in. mobilizacja, trening fizyczny, trening oporowy lub fizjoterapia) (Dieng 2015) • Rehabilitacja w warunkach domowych vs. Rehabilitacja w warunkach szpitalnych (Buhagiar 2019) • Terapia żywieniowa lub terapia żywieniowa w połączeniu z ćwiczeniami (Gillis 2018) <p>Wytyczne kliniczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wytyczne dotyczące rehabilitacji po amputacjach i protezowaniu (BSRM 2018) • Wytyczne dotyczące rehabilitacji po zabiegach rekonstrukcji stawu kolanowego (APTA 2017b) • Wytyczne dotyczące rehabilitacji pacjentów ze złamaniami stawu biodrowego (NICE 2012)
Dzienny	<p>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna</p> <p>Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym</p>	<p>Pacjenci ze schorzeniami układu mięśniowo - szkieletowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacjenci po amputacji • pacjenci po zabiegach • pacjenci ze schorzeniami ortopedycznymi (ortopedia/traumatologia) • Pacjenci z chorobami reumatologicznymi/zapalnymi/zapalnymi tkanki łącznej/zapalnymi stawów/układowym i tkanki łącznej <p>Pacjenci z innymi schorzeniami</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacjenci z obrzękiem limfatycznym • pacjenci z problemami ginekologicznymi 	<ul style="list-style-type: none"> • Fizjoterapeutyczny • Konsultacja lekarska • Psychologiczny • Terapia zajęciowa 	<p>Wytyczne kliniczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wytyczne dotyczące postępowania w nietrzymaniu moczu i wypadaniu narządów miednicy u kobiet (NICE 2019) • Wytyczne dotyczące procedur fizjoterapeutycznych w leczeniu obrzęku limfatycznego (KIF 2017) • Wytyczne dotyczące rehabilitacji po amputacji kończyny górnej (VA/DoD 2014) • Wytyczne dotyczące leczenia pacjentów z zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa (CRA 2014) • Wytyczne dotyczące leczenia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów (NICE 2018) Wytyczne dotyczące nieinwazyjnego leczenia ostrego, podostrego i przewlekłego bólu dolnego odcinka kręgosłupa (ACP 2017) • Wytyczne dotyczące postępowania w nietrzymaniu moczu i wypadaniu narządów miednicy u kobiet (NICE 2019) • Wytyczne dotyczące postępowania w przypadku występującego obrzęku limfatycznego (QH 2014)
Ambulatoryjny	Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów ze schorzeniami układu mięśniowo-	<p>Pacjenci ze schorzeniami układu mięśniowo - szkieletowego:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fizjoterapeutyczny 	<p>Badania kliniczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitacja przedoperacyjna oparta na ćwiczeniach fizycznych (Chen 2017) • Przedoperacyjne ćwiczenia fizyczne (Moran 2016)

Poziom opieki	Proponowane świadczenia	Populacja	Profil interwencji	Czego dotyczy publikacja
	szkieletowego, tkanki łącznej i innymi schorzeniami	<ul style="list-style-type: none"> pacjenci z chorobami reumatologicznymi zapalnymi/ zapalnymi tkanki łącznej/ zapalnymi stawów/ układowymi tkanki łącznej pacjenci ze schorzeniami ortopedycznymi (ortopedia/ traumatologia) Pacjenci z innymi schorzeniami <ul style="list-style-type: none"> pacjenci z problemami ginekologicznymi 		<ul style="list-style-type: none"> Interwencje oparte na ćwiczeniach fizycznych przed operacjami onkologicznymi (Steffens 2018) Fizjoterapia przedoperacyjna Wang 2016) Wytyczne kliniczne: <ul style="list-style-type: none"> Wytyczne dotyczące rehabilitacji pacjentów z zapaleniami stawu biodrowego (APTA 2017a) Wytyczne dotyczące rehabilitacji więzadła krzyżowego przedniego w oparciu o systematyczny przegląd i konsensus multidyscyplinarny (KNGF 2016) Wytyczne dotyczące leczenia pacjentów z zeszytwniającym zapaleniem stawów kręgosłupa (CRA 2014) Wytyczne dotyczące aktywności fizycznej podczas ciąży (SOGC 2018) Wytyczne dotyczące leczenia złamań bioder u osób w podeszłym wieku (AAOS 2014)
Domowy	Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami	Pacjenci ze schorzeniami mięśniowo szkieletowego układu: <ul style="list-style-type: none"> pacjenci po endoprotezoplastyce stawu, pacjenci po złamaniach, pacjenci po amputacjach. 	<ul style="list-style-type: none"> Fizjoterapeutyczny Inny 	Badania kliniczne: <ul style="list-style-type: none"> Rehabilitacja w warunkach szpitalnych vs. Rehabilitacja w warunkach domowych (Luo 2017) Ćwiczenia fizyczne opisane jako oporowe, aerobowe lub inne ćwiczenia realizowane jednorazowo lub w serii (Singh 2016) Rehabilitacja w warunkach domowych vs. Rehabilitacja w warunkach szpitalnych (Buhagiar 2019) Rehabilitacja w warunkach domowych vs. Rehabilitacja w warunkach szpitalnych (Li 2017) Wytyczne kliniczne: <ul style="list-style-type: none"> Wytyczne dotyczące całkowitych protez biodrowych (DOA 2011) Wytyczne dotyczące leczenia złamań bioder u osób w podeszłym wieku (AAOS 2014) Wytyczne dotyczące rehabilitacji po zabiegach rekonstrukcji stawu kolanowego (APTA 2017b)

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

- Poziomy opieki w powiązaniu z charakterystyką populacji obecnie obowiązujących oraz propozycją nowych świadczeń.**

Obecnie obowiązujące świadczenie – obejmujące szeroko ujętą rehabilitację ogólnoustrojową – przeznaczone jest dla wszystkich pacjentów, którzy wymagają rehabilitacji, ale nie kwalifikują się do innych zakresów świadczeń rehabilitacji leczniczej. W związku z powyższym, stan kliniczny pacjentów na różnych poziomach opieki nie różni się znacząco w porównaniu z propozycją nowych świadczeń.

Propozycja zmian uwzględnia utworzenie kryteriów kwalifikacji w taki sposób, aby o rozpoczęciu rehabilitacji na danym poziomie opieki decydował przede wszystkim stan funkcjonalny pacjenta.

W poniższej tabeli stan kliniczny populacji pacjentów na różnych poziomach opieki w przypadku obecnie obowiązujących świadczeń określony został na podstawie najczęściej sprawozdawanych rozpoznań.

Tabela 9. Porównanie obecnych oraz nowych świadczeń pod względem stanu klinicznego oraz funkcjonalnego pacjenta w podziale na poziomy opiekę.

Stan kliniczny/stan funkcjonalny	Obecne świadczenie	Nowe świadczenie
Poziom opieki – stacjonarny		
Nazwa świadczenia	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna
Stan kliniczny	<p>1. Pacjenci z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacjenci ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów, w tym koks- i gonartrozą, • pacjenci z implantami ortopedycznymi, w tym z endoprotezami, • pacjenci ze złamaniami kości, urazami, • pacjenci po amputacjach, <p>2. Pacjenci z chorobami układu nerwowego</p> <p>3. Pacjenci z chorobami układu krążenia</p> <p>4. Pacjenci z chorobami innych układów ciała np.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacjenci z nowotworami, • pacjenci z chorobami skóry, • pacjenci z wadami wrodzonymi itp. 	<p>1. Pacjenci ze schorzeniami układu mięśniowo - szkieletowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacjenci po amputacji • pacjenci po zabiegach • pacjenci ze schorzeniami ortopedycznymi (ortopedia/traumatologia) <p>2. Pacjenci z innymi schorzeniami:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacjenci z nowotworami, • pacjenci z chorobami krwi, • pacjenci z chorobami układu pokarmowego, • pacjenci z chorobami układu moczowo-płciowego, • pacjenci z chorobami skóry i tkanki podskórnej, • pacjenci z wadami wrodzonymi
Stan funkcjonalny	Nie określono	<p>Z uwagi na dużą, pod względem liczby i różnorodności profiliów klinicznych, populację pacjentów, do świadczenia stacjonarnego będzie kwalifikował stan funkcjonalny chorego.</p> <p>Będzie oceniany:</p> <p>1) w zakresie mobilności – skalą MRC: Pacjent (skal MRC od 3 do 7 stopnia) z umiarkowaną niepełnosprawnością po obłożnie chorego. Jest w stanie pokonać dystans do 50 metrów lub pacjent leżący, siła mięśni jest zmniejszona, ale skurcz mięśni może nadal poruszać stawem przeciw oporowi lub mięśnie osłabione, ale jest możliwy skurcz przeciwko grawitacji, lub możliwy ruch, gdy opór grawitacji zostanie usunięty lub widoczny lub odczuwany jest tylko ślad lub migotanie mięśni lub nie obserwuje się ruchu mięśni;</p> <p>2) w zakresie:</p> <p>a) czynności dnia codziennego – zmodyfikowaną skalą Rankina: Pacjent (zmodyfikowana skala Rankina od 3 do 5 stopnia) charakteryzuje się umiarkowaną lub ciężką niepełnosprawnością, konieczna opieka (od okazjonalnej po ciągłą) osób trzecich przy wykonywaniu czynności życia codziennego, objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie,</p> <p>b) złożonych czynności życia codziennego – skalą IADL wg Lawtona: Pacjent (skala IADL wg Lawtona do 19 pkt.) charakteryzuje się umiarkowaną (konieczna częściowa pomoc) po całkowitą zależność od osób trzecich w takich czynnościach jak: zdolność posługiwania się telefonem, dokonywanie zakupów, przygotowywanie posiłków, sprzątanie, pranie, korzystanie ze środków transportu, przyjmowanie leków oraz posługiwanie się pieniędzmi;</p>
Poziom opieki - dzienny		
Nazwa świadczenia	Rehabilitacja ogólnoustrojowa, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu	<ul style="list-style-type: none"> • Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna • Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym
Stan kliniczny	1. Pacjenci ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej:	<p>Pacjenci ze schorzeniami układu mięśniowo - szkieletowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacjenci po amputacji

Stan kliniczny/stan funkcjonalny	Obecne świadczenie	Nowe świadczenie
	<ul style="list-style-type: none"> • pacjenci ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów, w tym koks- i gonartrozą, • pacjenci z implantami ortopedycznymi, w tym z endoprotezami, • pacjenci ze złamaniami kości, urazami, • pacjenci po amputacjach, 2. Pacjenci ze schorzeniami układu nerwowego 3. Pacjenci ze schorzeniami układu krążenia 4. Pacjenci ze schorzeniami innych układów ciała np.: <ul style="list-style-type: none"> • pacjenci z nowotworami, • pacjenci z chorobami skóry, • pacjenci z wadami wrodzonymi itp. 	<ul style="list-style-type: none"> • pacjenci po zabiegach • pacjenci ze schorzeniami ortopedycznymi (ortopedia/traumatologia) Pacjenci z innymi schorzeniami <ul style="list-style-type: none"> • pacjenci z obrzękiem limfatycznym • pacjenci z problemami ginekologicznymi • pacjenci z chorobami reumatologicznymi/zapalnymi/zapalnymi tkanki łącznej/zapalnymi stawów/układowymi tkanki łącznej • pacjenci z chorobami skóry, • pacjenci z wadami wrodzonymi itp.
Stan funkcjonalny	Nie określono	Pacjent nie spełniający kryteriów kwalifikacji do stacjonarnej rehabilitacji pod kątem stanu funkcjonalnego
Poziom opieki - ambulatoryjny		
Nazwa świadczenia	Fizjoterapia ambulatoryjna	Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego, tkanki łącznej i innymi schorzeniami
Stan kliniczny	Pacjenci ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej: <ul style="list-style-type: none"> • pacjenci ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów, w tym koks- i gonartrozą, • pacjenci po urazach, • pacjenci z chorobami tkanek miękkich. • Pacjenci z chorobami układu nerwowego np. pacjenci z zaburzeniami korzeni i spłotów nerwowych 	Pacjenci ze schorzeniami układu mięśniowo - szkieletowego: <ul style="list-style-type: none"> • pacjenci z chorobami reumatologicznymi zapalnymi/ zapalnymi tkanki łącznej/ zapalnymi stawów/ układowymi tkanki łącznej, • pacjenci ze schorzeniami ortopedycznymi (ortopedia/traumatologia). Pacjenci z innymi schorzeniami
Stan funkcjonalny	Nie określono	Pacjent ma zaburzenia funkcjonalne lub czynnościowe: <ul style="list-style-type: none"> • umożliwiające dotarcie do świadczeniodawcy, • wymagające jednoprofilowego usprawniania - tylko fizjoterapii.
Poziom opieki - domowy		
Nazwa świadczenia	Fizjoterapia domowa	<ul style="list-style-type: none"> • Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy • Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami
Stan kliniczny	Pacjenci ze schorzeniami układu mięśniowo - szkieletowego: <ul style="list-style-type: none"> • pacjenci z chorobami przewlekłe postępującymi, w szczególności: miopatiami, zapaleniem wielomięśniowym, reumatoidalnym zapaleniem stawów, • pacjenci z chorobami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych lub kolanowych, • pacjenci po zabiegach endoprotezoplastyki stawu, • pacjenci ze złamaniami, obrażeniami i amputacjami kończyn dolnych; Pacjenci ze schorzeniami układu nerwowego Pacjenci ze schorzeniami układu krążenia	Pacjenci ze schorzeniami układu mięśniowo - szkieletowego: <ul style="list-style-type: none"> • pacjenci po endoprotezoplastyce stawu, • pacjenci po złamaniach, • pacjenci po amputacjach.
Stan funkcjonalny	Nie określono	Określenie stanu funkcjonalnego pacjenta następuje w zakresie czynności dnia codziennego wg zmodyfikowanej skali Rankina - od 3 do 5 stopnia: <ul style="list-style-type: none"> • pacjent charakteryzuje się umiarkowaną lub ciężką niepełnosprawnością, • nie jest w stanie chodzić samodzielnie i nie jest w stanie doglądać własnego ciała bez pomocy,

Stan kliniczny/stan funkcjonalny	Obecne świadczenie	Nowe świadczenie
		<ul style="list-style-type: none"> konieczna opieka (od okazjonalnej po ciągłą) osób trzecich przy wykonywaniu czynności życia codziennego, objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie, <p>Dodatkowo pacjent nie wymaga kompleksowej rehabilitacji.</p> <p>Stan funkcjonalny uniemożliwia samodzielne dotarcie do świadczeniodawcy (alternatywa dla rehabilitacji stacjonarnej).</p>

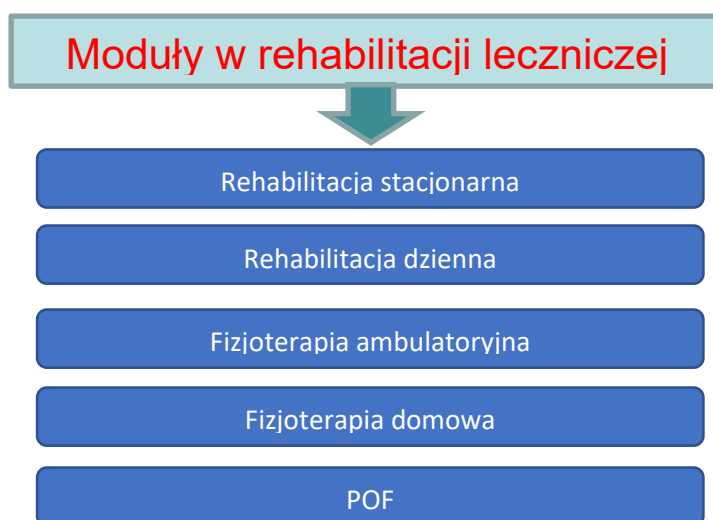
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

W powyższej analizie nie uwzględniono wytycznych, w których zalecana rehabilitacja w określonej populacji była jedynie uzupełnieniem leczenia, a główne elementy leczenia stanowiły odrębny zakres.

PROPOZYCJA ROZWIĄZAŃ W ZAKRESIE ZMIANY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH W REHABILITACJI OGÓLNOUSTROJOWEJ

- 1. Określenie modułowości (standaryzacji) poziomów rehabilitacji, ścieżki pacjenta oraz wskazanie kryteriów włączenia pacjenta do świadczeń.**

Rysunek 1. Moduły w rehabilitacji leczniczej



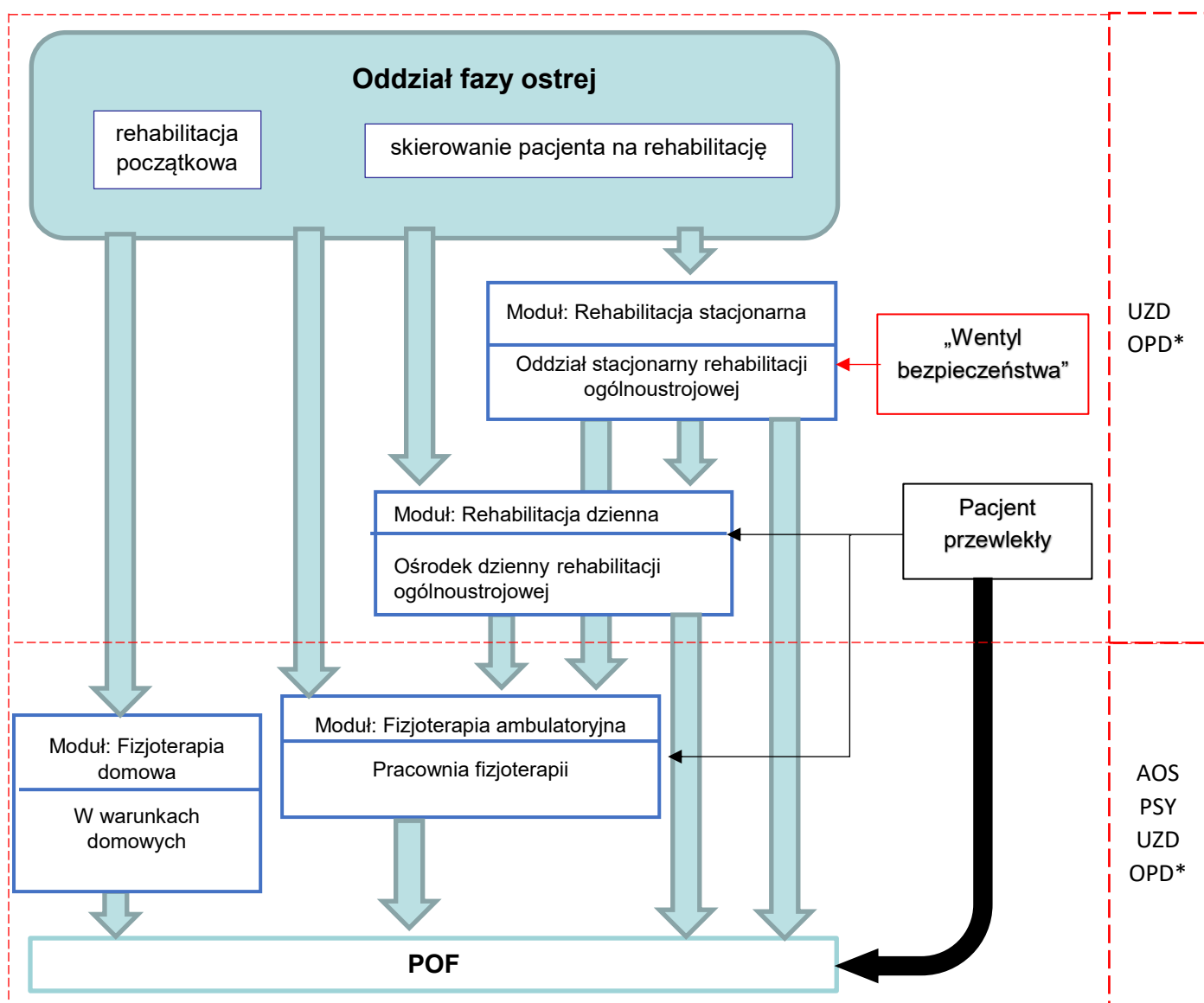
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Rehabilitacja lub fizjoterapia dla pacjentów, o wskazanym w niniejszej analizie profilu, będzie realizowana na wszystkich poziomach opieki oraz opisana dla wszystkich modułów.

Dodatkowo zgodnie z ideą i założeniami POF pacjent ze schorzeniami przewlekłymi będzie miał zagwarantowaną możliwość fizjoprofilaktyki oraz edukację, udzielenie instruktażu (w tym również udostępnienie materiałów edukacyjnych) pod kątem nauki samodzielnej i prawidłowej aktywności ukierunkowanej na stwierdzony problem oraz umiejętności pozwalające radzić sobie z problemami wynikającymi ze stanu zdrowia.

Założenia dotyczące POF zostały zaakceptowane przez Radę Przejrzystości w Opinii nr 362/2018 z dnia 20 grudnia 2018 roku w sprawie oceny koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Rada uznała za zasadną implementację modelu Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej (POF) pod warunkiem uwzględnienia zgłoszonych przez uwagi, a także oceny następstw wdrożenia modelu w kontrolowanym programie pilotażowym.

Rysunek 2. Ścieżka pacjenta w rehabilitacji ogólnoustrojowej

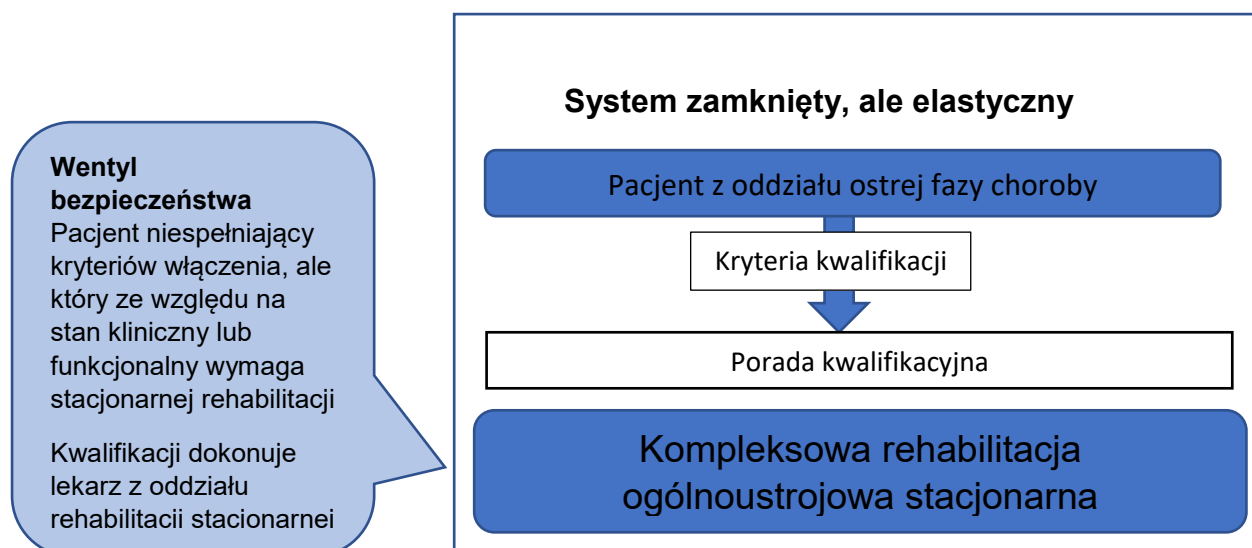


*AOS -ambulatoryjna opieka specjalistyczna, PSY – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, UZD – leczenie uzdrowiskowe, OPD – opieka długoterminowa

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

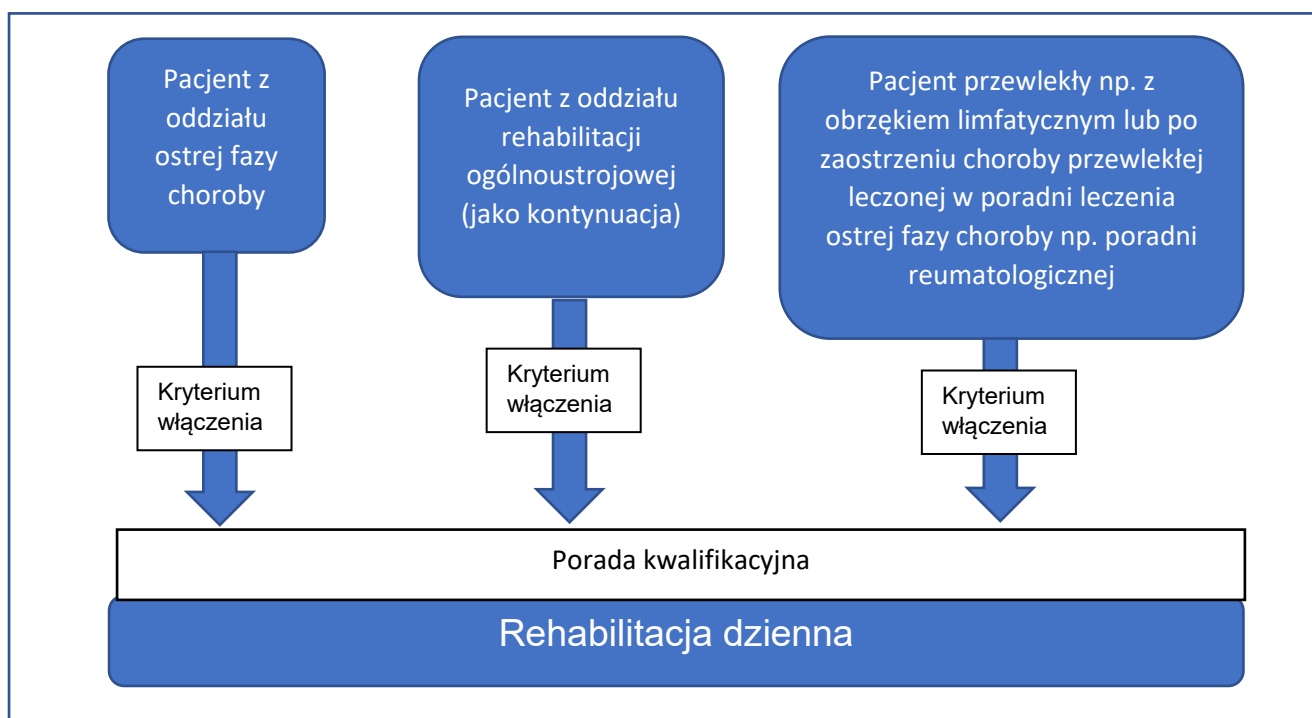
W przedstawionym modelu i ścieżce pacjenta, chory o umiarkowanej dysfunkcji, ale potrzebujący terapii wieloprofilowej, korzystać będzie ze świadczeń w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej lub domowej oraz z innych zakresów np. z poradni psychologicznej czy poradni logopedycznej finansowanej w ramach odrębnych niż rehabilitacji lecznicza umów z NFZ.

Rysunek 3. Moduł rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej



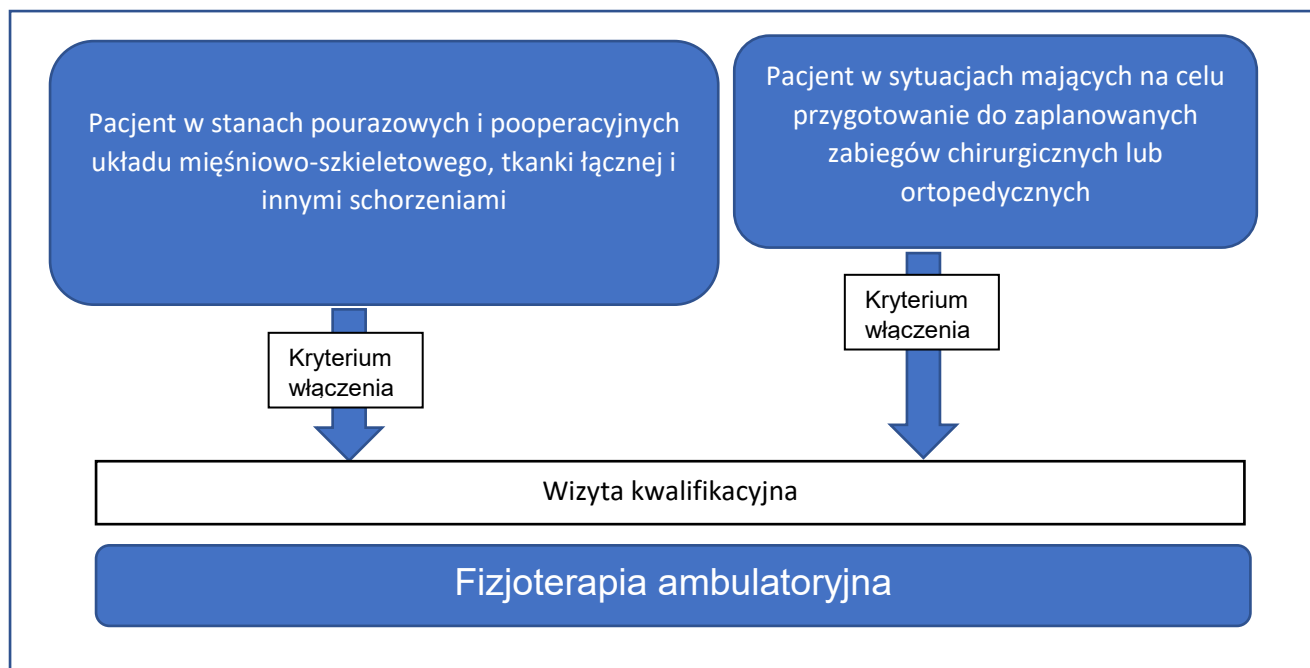
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Rysunek 4. Moduł rehabilitacji dziennej



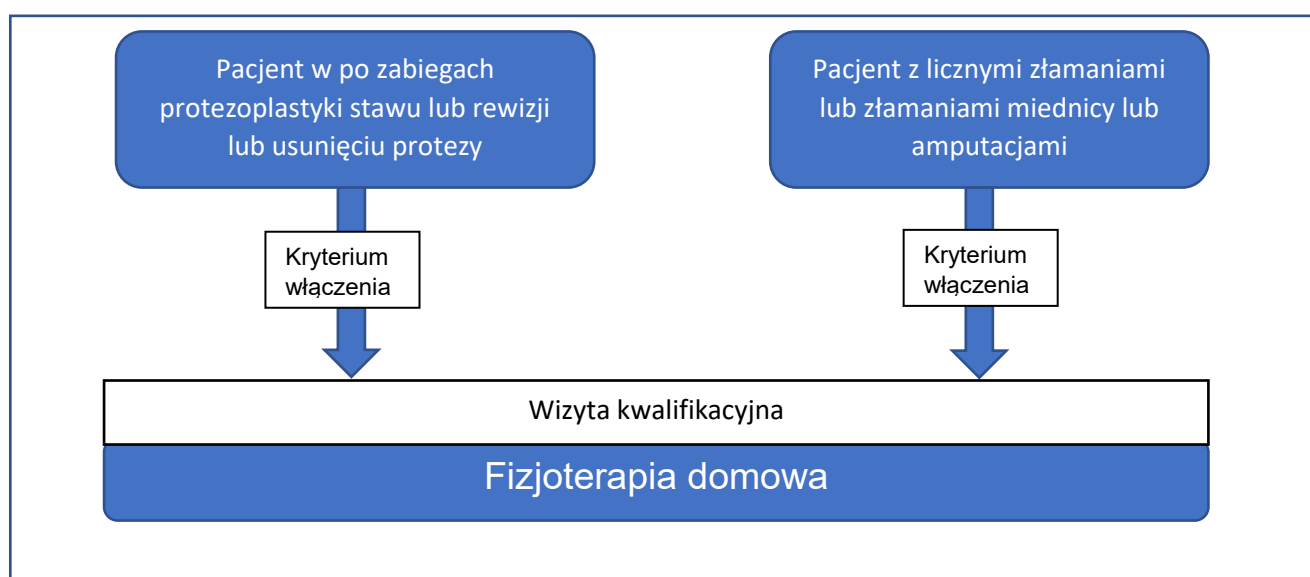
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Rysunek 5. Moduł fizjoterapii ambulatoryjnej



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Rysunek 6. Moduł fizjoterapii domowej





Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 10. Dobór profili i rodzajów interwencji do poziomów opieki.

Moduły rehabilitacji/ poziom opieki	profile interwencji						
	lekarski	fizjoterapeutyczny	psychologiczny	logopedyczny	terapeuty zajęciowego	dietetyczny	pielęgniarski
Rehabilitacja stacjonarna							
Rehabilitacja dzienna							

Moduły rehabilitacji/ poziom opieki	profile interwencji						
	lekarski	fizjoterapeutyczny	psychologiczny	logopedyczny	terapeuty zajęciowego	dietetyczny	pielęgniarski
Fizjoterapia ambulatoryjna							
Fizjoterapia domowa							
POF							

 Profile obowiązkowe przy realizacji świadczeń
 Profile alternatywne przy realizacji świadczeń

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Cechą charakterystyczną podejścia modułowego w rehabilitacji jest również:

- 1) Wskazanie minimalnych wymogów dotyczących personelu - odejście od etatowości personelu w przeliczeniu na łóżka – to kierownik oddziału kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej lub dziennej lub fizjoterapii – jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną,
- 2) Wskazanie minimalnej liczby i czasu trwania interwencji terapeutycznych, z zastrzeżeniem, że dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).
- 3) Wskazanie minimalnych wymogów dotyczących warunków realizacji świadczeń.
- 4) Określenie kryteriów kwalifikacji do poszczególnych modułów z uwzględnieniem dziedzin rehabilitacji oraz określeniem elastycznych zasad przyjęcia pacjenta niespełniającego tych kryteriów, ale którego stan kliniczny lub funkcjonalny stanowi wskazanie do tej formy rehabilitacji, dopuszcza się możliwość zakwalifikowania do świadczeń przez lekarza oddziału kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej lub dziennej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).
- 5) Określenie wskaźników jakości struktury i procesów oraz skuteczności terapii.

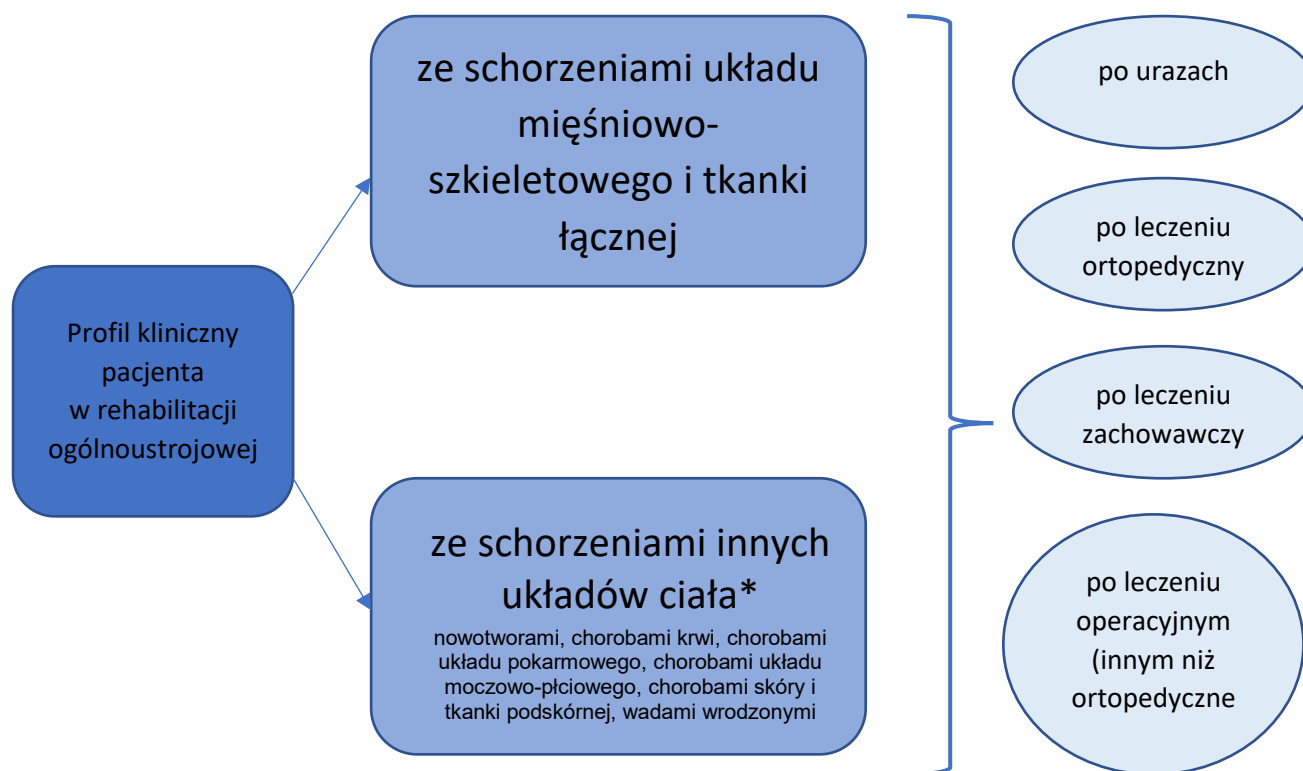
2. OKREŚLENIE POPULACJI DOCELOWEJ

Podsumowanie: populacja docelowa została wyodrębniona w oparciu o przeglądy rekomendacji i wytycznych klinicznych, przeglądy skuteczności i bezpieczeństwa interwencji oraz analizy danych sprawozdawczych w NFZ.

Podstawą do zdefiniowania profilu populacji docelowej, na potrzeby niniejszego opracowania, jest scharakteryzowanie pacjenta pod kątem (szczegóły na stronie 63):

- ✓ stanu klinicznego pacjenta,
- ✓ stanu funkcjonalnego pacjenta,
- ✓ potrzeb rehabilitacyjnych pacjenta,
- ✓ czasu od wystąpienia zdarzenia/choroby stanowiącej przyczynę rehabilitacji.

Rysunek 7. Profil kliniczny pacjenta w rehabilitacji ogólnoustrojowej



*Nie obejmuje schorzeń układu nerwowego, krwionośnego, oddechowego

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Poniższa tabela przedstawia wskazane populacje pacjentów w przeglądach i wytycznych klinicznych.

Tabela 11. Populacja docelowa oraz populacje pacjentów wskazane w odnalezionych wytycznych i przeglądach klinicznych.

Populacja docelowa	Populacje pacjentów wynikające z:		
	subpopulacje	odnalezionych wytycznych lub badań	danych sprawozdawczych NFZ TOP
schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	pacjenci po zabiegach endoprotezoplastyki stawu:	x	
schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	pacjenci ortopedyczni/po urazach	x	
schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	pacjenci po amputacjach	x	
schorzenia innych układów	pacjenci geriatryczni	x	
schorzenia innych układów	pacjenci po operacjach w obrębie jamy brzusznej	x	
schorzenia innych układów	pacjenci z nowotworami	x	
schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	pacjenci z chorobami reumatologicznymi/ zapalnymi/ zapalnymi tkanki łącznej/ zapalnymi stawów/ układowymi tkanki łącznej	x	
schorzenia innych układów	pacjenci z obrzękiem limfatycznym	x	
schorzenia innych układów	pacjenci z chorobami metabolicznymi	x	
schorzenia innych układów	pacjenci z chorobami ginekologicznymi	x	
schorzenia innych układów	ciąża	x	

Populacja docelowa	Populacje pacjentów wynikające z:		
	subpopulacje	odnalezionych wytycznych lub badań	danych sprawozdawczych NFZ TOP
schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	Bóle grzbietu		x
schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	Choroby krążków międzykręgowych szyjnych		x
schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	Choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem		x
schorzenia innych układów	Gonartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego]		x
schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	Inne choroby krążka międzykręgowego		x
schorzenia innych układów	Inne stany po zabiegach chirurgicznych		x
schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	Koksartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego]		x
schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	Następstwa urazów kończyny dolnej		x
schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	Następstwa urazów kończyny górnej		x
schorzenia innych układów	Nowotwór złośliwy piersi		x
schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	Skolioza		x
schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	Uszkodzenia barku		x
schorzenia innych układów	Zaburzenia korzeni i splotów nerwowych		x
schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	Złamanie kości udowej		x
schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa		x
schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	Zwyrodnienie wielostawowe		x

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Zdefiniowanie populacji docelowej stanowi podstawę do określenia kryteriów kwalifikacji do poszczególnych poziomów opieki. Skale medyczne jako kryteria kwalifikacji do rehabilitacji - zostały wyodrębnione dla świadczeń w rehabilitacji stacjonarnej oraz w fizjoterapii domowej. Stanowią one wynik konsensusu eksperckiego.

Dla poziomu stacjonarnego są to:

- skala ADL (Activities of Daily Living) oparta na zmodyfikowanej skali Rankina (3-5 stopień),
- skala IADL (Instrumental Activities of Daily Living) według Lawtona (do 19 pkt.),
- skala oparta na skali MRC (Clinical grading scale) (3-7 stopień).

Dla poziomu domowego - skala ADL (Activities of Daily Living) oparta na zmodyfikowanej skali Rankina (3-5 stopień).

Tabela 12. Charakterystyka skal klinicznych kwalifikujących do rehabilitacji

Nazwa skali	Charakterystyka skali	Wartość skali kwalifikująca do:		Opis skali
		rehabilitacji stacjonarnej	fizjoterapii domowej	
skala ADL (Activities of Daily Living) oparta na zmodyfikowanej skali Rankina	pozwala na ocenę stopnia niepełnosprawności pacjenta w 5 stopniowej skali, dotyczy głównie stopnia zależności od osób trzecich, gdzie 5 oznacza osobę z niepełnosprawnością	3 stopień	3 stopień	Osoba niepełnosprawna w dość ciężkim stopniu. Objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie. Nie jest konieczna ciągła opieka i pomoc osoby drugiej
		4 stopień	4 stopień	Osoba niepełnosprawna w dość ciężkim stopniu. Objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne

Nazwa skali	Charakterystyka skali	Wartość skali kwalifikująca do:		Opis skali
		rehabilitacji stacjonarnej	fizjoterapii domowej	
	w bardzo ciężkim stopniu, a 0 pacjenta, który nie zgłasza skarg. Skala jest mało czuła, ale bardzo prosta w użyciu i przydatna we wstępnej, ogólnej ocenie chorego.			życie. Nie jest konieczna ciągła opieka i pomoc osoby drugiej
		5 stopień	5 stopień	Osoba niepełnosprawna w bardzo ciężkim stopniu. Świadczeniobiorca całkowicie zależny od otoczenia. Konieczna stała pomoc drugiej osoby
skala IADL (Instrumental Activities of Daily Living) według Lawtona	służy do oceny złożonych czynności życia codziennego. Skala ta ocenia osiem parametrów: zdolność posługiwania się telefonem, dokonywanie zakupów, przygotowywanie posiłków, sprzątanie, pranie, korzystanie ze środków transportu, przyjmowanie leków oraz posługiwanie się pieniędzmi. Punktacja w poszczególnych zakresach zawiera się w przedziale od 3 punktów – bez pomocy, do 1 punktu – zupełnie nie radzi sobie w danym zakresie	do 19 pkt.	X	Maksymalna możliwa do uzyskania liczba punktów wynosi 27 pkt. Przy pełnej niezależności pacjent otrzymuje 27 punktów, Otrzymanie poniżej 19 pkt. Oznacza umiarkowaną zależność (pacjent wymaga częściowej pomocy innych osób przy wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego), a 9 i mniej punktów – zależność ciężką (pełna pomoc przy wszystkich złożonych czynnościach dnia codziennego). Ogólna liczba punktów ma znaczenie w odniesieniu do konkretnego pacjenta, spadek tej liczby w czasie świadczy o pogorszeniu się stanu ogólnego
skala oparta na skali MRC (Clinical grading scale)	jest to skala składająca się z dwóch części. Pierwszą z nich stanowi 10 - poziomowa kliniczna skala stosowana do oceny funkcjonalnej (poziom 0 oznacza stan normalny (bez zaburzeń), poziom 9 oznacza pacjentów z respiratorem i porażeniem czterokończynowym, a poziom 10 śmierć), druga część skali określa ocenę siły mięśniowej w 6 - stopniowej skali, gdzie 5 oznacza normalny skurcz mięśni, a 0 brak ruchu.	3 stopień	X	Umiarkowana niepełnosprawność; pacjent pokonuje dystans na odległość > 50 m bez pomocy; umiarkowane osłabienie siły mięśniowej wg MRC - stopień 4 oceny siły mięśni i upośledzenie czucia
		4 stopień	X	Ciężka niepełnosprawność; pacjent jest w stanie chodzić na odległość > 10 m przy pomocy np. Laski, kuli; motoryka osłabiona wg MRC - stopień 4 oceny siły mięśni i upośledzenie czucia
		5 stopień	X	Oznacza pacjenta, który wymaga wsparcia w chodzeniu na odległość 5 m; ma wyraźne upośledzenie motoryki i czucia
		6 stopień	X	Pacjent nie może chodzić na odległość 5 m, może stać bez wsparcia i być w stanie przenieść się na wózek inwalidzki, zdolny do samodzielnego jedzenia
		7 stopień	X	Pacjent obłożnie chory, ciężki niedowład czterokończynowy, maksymalna siła mięśniowa wg MRC - stopień 3 oceny siły mięśni (mięśnie osłabione, zdolne do wykonania ruchu przeciwko grawitacji)

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

W poniższej tabeli przedstawiono kryteria kwalifikacji pacjentów do odpowiednich poziomów opieki, uwzględniając stan kliniczny i funkcjonalny pacjenta, potrzeby rehabilitacyjne, a także czas od wystąpienia zdarzenia/choroby stanowiącej przyczynę rehabilitacji na różnych poziomach opieki

Tabela 13. Kryteria kwalifikacji do różnych poziomów opieki określone populacją docelową uwzględniającą profil kliniczny i funkcjonalny pacjenta, potrzeby rehabilitacyjne pacjenta, czas od wystąpienia zdarzenia/choroby stanowiącej przyczynę rehabilitacji na różnych poziomach opieki.

poziom opieki	Kryteria kwalifikacji do różnych poziomów opieki	
	Profil kliniczny i funkcjonalny pacjenta	
	ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	ze schorzeniami innych układów ciała
stacjonarny	Pacjent w określonym stanie funkcjonalnym lub klinicznym, który uzasadnia potrzebę realizacji kompleksowej rehabilitacji w warunkach stacjonarnych dziennego (realizowanej przez fizjoterapeutę, psychologa lub logopedę lub terapeutę zajęciowego) potwierdzoną pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonym przez lekarza z oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej: 1) w zakresie mobilności: Pacjent (skal MRC od 3 do 7 stopnia) z umiarkowaną niepełnosprawnością po obłożnie chorego. Jest w stanie pokonać dystans do 50 metrów lub pacjent leżący, siła mięśni jest zmniejszona, ale skurcz mięśni może nadal poruszać stawem przeciw oporowi lub mięśnie osłabione, ale jest możliwy skurcz przeciwko grawitacji, lub	

poziom opieki	Kryteria kwalifikacji do różnych poziomów opieki	
	Profil kliniczny i funkcjonalny pacjenta	
	ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	ze schorzeniami innych układów ciała
	<p>możliwy ruch, gdy opór grawitacji zostanie usunięty lub widoczny lub odczuwany jest tylko ślad lub migotanie mięśni lub nie obserwuje się ruchu mięśni;</p> <p>oraz</p> <p>2) w zakresie:</p> <p>a) czynności dnia codziennego: Pacjent (zmodyfikowana skala Rankina od 3 do 5 stopnia) charakteryzuje się umiarkowaną lub ciężką niepełnosprawnością, konieczna opieka (od okazjonalnej po ciągłą) osób trzecich przy wykonywaniu czynności życia codziennego, objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie,</p> <p>lub</p> <p>b) złożonych czynności życia codziennego: Pacjent (skala IADL wg Lawtona do 19 pkt.) charakteryzuje się umiarkowaną (konieczna częściowa pomoc) po całkowitą zależność od osób trzecich w takich czynnościach jak: zdolność posługiwania się telefonem, dokonywanie zakupów, przygotowywanie posiłków, sprząatanie, pranie, korzystanie ze środków transportu, przyjmowanie leków oraz posługiwanie się pieniędzmi;</p> <p>oraz</p> <p>3) po leczeniu operacyjnym - bezpośrednio lub w ciągu 12 tygodni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub po leczeniu zachowawczym w oddziale ostrej fazy choroby - bezpośrednio lub w ciągu 6 tygodni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby.</p>	
dzienny	<p>Pacjent w określonym stanie funkcjonalnym lub klinicznym, który uzasadnia potrzebę realizacji kompleksowej rehabilitacji w warunkach ośrodka dziennego (realizowanej przez lekarza, fizjoterapeutę, psychologa lub terapeutę zajęciowego lub logopedę), potwierdzoną pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonym przez lekarza z ośrodka dziennego rehabilitacji ogólnoustrojowej:</p> <p>1) pacjent niespełniający kryteriów do stacjonarnej rehabilitacji,</p> <p>2) pacjent bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od dnia:</p> <p>a) zakończenia leczenia - po przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego: - w oddziale leczenia ostrej fazy choroby, lub - w rehabilitacji stacjonarnej – w ramach kontynuacji leczenia lub</p> <p>b) wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby</p> <p>pacjent z obrzękiem limfatycznym.</p>	
ambulatoryjny	<p>Pacjent w określonym stanie funkcjonalnym lub klinicznym, który uzasadnia potrzebę realizacji fizjoterapii ambulatoryjnej (realizowanej przez fizjoterapeutę), potwierdzoną pozytywnym wynikiem kwalifikacji przez fizjoterapeutę:</p> <p>1) pacjent w stanach pourazowych i pooperacyjnych układu mięśniowo-szkieletowego, tkanki łącznej i innymi schorzeniami (m.in. z chorobami ginekologicznymi, laryngologicznymi, dermatologicznymi, urologicznymi) - rozpoczęcie fizjoterapii bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od dnia wystawienia skierowania, lub</p> <p>2) pacjent w sytuacjach mających na celu przygotowanie do zaplanowanych zabiegów chirurgicznych lub ortopedycznych,</p> <p>3) pacjent z chorobą przewlekłą w stanie zaostrzenia choroby.</p>	
domowy	<p>Pacjent w określonym stanie funkcjonalnym lub klinicznym, który uzasadnia potrzebę realizacji fizjoterapii domowej (realizowanej przez fizjoterapeutę), potwierdzoną pozytywnym wynikiem kwalifikacji:</p> <p>1) pacjent w zakresie czynności dnia codziennego (zmodyfikowana skala Rankina od 3 do 5 stopnia) charakteryzuje się umiarkowaną lub ciężką niepełnosprawnością, nie jest w stanie chodzić samodzielnie i nie jest w stanie doglądać własnego ciała bez pomocy, konieczna opieka (od okazjonalnej po ciągłą) osób trzecich przy wykonywaniu czynności życia codziennego, objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie,</p> <p>oraz</p> <p>2) pacjent po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy, w okresie do 6 miesięcy od dnia wykonania operacji, lub pacjent z licznymi złamaniami lub złamaniami w obrębie miednicy lub amputacjami w obrębie kończyn dolnych, w okresie do 9 miesięcy od dnia złamania lub amputacji.</p> <p>oraz</p> <p>pacjent niewymagający kompleksowej rehabilitacji oraz którego stan funkcjonalny uniemożliwia samodzielne dotarcie do świadczeniodawcy (alternatywa dla rehabilitacji stacjonarnej).</p>	

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

3. PROPOZYCJA ŚWIADCZEŃ

Rehabilitacja ogólnoustrojowa jest rehabilitacją specjalistyczną, z której wyłączono odrębnie analizowane grupy schorzeń, dla których dedykowany jest inny typ rehabilitacji: neurologiczna (m.in. grupa G wg ICD-10), kardiologiczna czy pulmonologiczna.

Profil pacjenta w analizowanej rehabilitacji, charakteryzuje się szerokim wachlarzem rozpoznań ICD-10 czy profili klinicznych wynikający zarówno z danych sprawozdawczych NFZ czy odnalezionych wytycznych klinicznych i przeglądów.

Jednocześnie w ramach prac analitycznych nie odnaleziono silnych argumentów, które prowadziłyby do wyodrębnienia pojedynczych świadczeń dla poszczególnych, wymienionych w toku analiz, profili pacjentów. Wskazane w wytycznych, przeglądach procedury medyczne (interwencje) również nie dają podstaw do przyjęcia takiego założenia.

Odnalezione w analizowanych materiałach procedury medyczne, pozwoliły określić rodzaj i liczbę interwencji, jej skuteczność terapeutyczną dla wybranych komparatorów np. zasadność stosowania rehabilitacji vs. standardowa opieka, rehabilitacja stacjonarna vs. domowa.

Wyjątkiem jest wskazana w wytycznych (KIF 2017), dla obrzęków limfatycznych, siła dowodów i rekomendacji oparta o EBM. W związku z powyższym w opracowaniu zaproponowano odrębne świadczenie dla tej grupy pacjentów, również z uwagi na specyfikę realizacji tego świadczenia oraz wynikające z niej odrębne wymogi dotyczące zasobów (np. aparaty do kompresjoterapii, umiejętności wykonywania specjalnych technik masażu czy użycia wyrobów medycznych).

Podobne założenia przyjęto przy formułowaniu świadczeń domowych dla populacji pacjentów po endoprotezoplastyce czy z licznymi bądź skomplikowanymi złamaniami wykluczające samodzielność w przemieszczeniu się pacjenta. W związku odnalezionymi przeglądami potwierdzającymi przewagę rehabilitacji domowej nad stacjonarną, w takim punkcie końcowym jak mobilność pacjenta oraz mniejsze koszty świadczeń (Li 2017, LUO 2017, Wu 2019, Buhagiar 2019).

Założenia zmiany technologii medycznych dla poszczególnych poziomów opieki:

1. Poziom stacjonarny:

- 1) Wyodrębniono jedno świadczenie dla całej docelowej populacji pacjentów,
- 2) Elementem różnicującym i decydującym o przyjęciu pacjenta będzie jego stan funkcjonalny scharakteryzowany za pomocą skal medycznych (w zakresie oceny mobilności i czynności dnia codziennego), pacjent po leczeniu ostrej fazy choroby w szpitalu (również wentyl bezpieczeństwa).
- 3) Pacjent ma zapewnione kompleksowe leczenie rehabilitacyjne (w zależności od potrzeb).

2. Poziom dzienny:

- 1) Wyodrębniono dwa świadczenia:
 - dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym,
 - dla pozostałych pacjentów populacji docelowej,
- 2) Elementem różnicującym od świadczenia stacjonarnego będzie stan pacjenta, w szczególności niekwalifikujący go do opieki całodobowej stacjonarnej oraz po leczeniu ostrej fazy choroby (w poradni lub szpitalu) lub jako kontynuacja stacjonarnej rehabilitacji.
- 3) Pacjent ma zapewnione kompleksowe leczenie rehabilitacyjne (w zależności od potrzeb).

3. Poziom ambulatoryjny:

- 1) Wyodrębniono jedno świadczenie dla całej docelowej populacji pacjentów.

2) Elementem różnicującym od świadczenia będzie stan pacjenta, w szczególności wymagający wyłącznie fizjoterapii (bez potrzeby kompleksowości – logopedy, psychologa itp.) oraz po leczeniu ostrej fazy choroby (w poradni lub szpitalu) lub jako przygotowanie do zabiegów czy operacji.

4. Poziom domowy:

1) Wyodrębniono dwa świadczenia:

- dla pacjentów po endoprotezoplastyce stawu,
- dla pacjentów po licznych złamaniach uniemożliwiających samodzielne przemieszczanie się.

2) Elementem różnicującym będzie stan pacjenta, w szczególności niekwalifikujący go do opieki całodobowej stacjonarnej oraz po leczeniu ostrej fazy choroby (w poradni lub szpitalu) opisany za pomocą skali medycznej.

3) Fizjoterapia stanowi alternatywę dla świadczeń stacjonarnych.

W poniższych tabelach porównane zostały obecnie obowiązujące oraz proponowane świadczenia we wszystkich poziomach opieki.

Tabela 14. Porównanie technologii medycznych w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.

Porównanie świadczeń	
Obecne świadczenia	Proponowane świadczenia
Różnice	
Nazwa świadczenia	
Świadczenia w rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna
świadczenia nie są dedykowane dla danej populacji – brak wskazań	świadczenia są dedykowane dla populacji pacjentów: <ul style="list-style-type: none"> – ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej – innymi schorzeniami
Wymogi formalne związane ze skierowaniem	
skierowanie wystawia lekarz z wybranych poradni lub oddziałów stacjonarnych	skierowanie wystawia każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
<u>brak wymogu dołączania</u> niezbędnych badań i dokumentacji medycznej	<u>wymóg dołączania</u> niezbędnych badań i dokumentacji medycznej
Kryteria włączenia i wyłączenia ze świadczeń	
<u>brak kryteriów</u> kwalifikacji do świadczeń	<u>są określone kryteria kwalifikacji:</u> <ul style="list-style-type: none"> – po leczeniu w oddziale ostrym, – stan funkcjonalny oceniany w oparciu o skale medyczne: Rankina, MRC czy IADL <p>W przypadku pacjenta niespełniającego kryteriów kwalifikacji, ale którego stan kliniczny lub funkcjonalny stanowi wskazanie do tej formy rehabilitacji, dopuszcza się możliwość zakwalifikowania do świadczeń przez lekarza ośrodka kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).</p>
<u>brak kryteriów</u> wyłączenia ze świadczeń	<u>są określone kryteria wyłączenia:</u> <ul style="list-style-type: none"> – osiągnięcie celu leczenia, – brak poprawy, – pacjent kwalifikuje się do innej formy rehabilitacji,
<u>brak wymogu</u> przeprowadzania kwalifikacji wstępnej do świadczeń przez lekarza z oddziału rehabilitacji	<u>przeprowadzanie kwalifikacji wstępnej</u> do świadczeń przez lekarza z oddziału rehabilitacji
Zakres świadczenia	
<u>brak wymogu</u> przeprowadzenia oceny stanu pacjenta przez zespół terapeutyczny z określaniem indywidualnego planu terapii	<u>wymóg przeprowadzenia</u> oceny stanu pacjenta przez zespół terapeutyczny z określaniem indywidualnego planu terapii
<u>brak wskazania</u> co do rodzaju prowadzonej terapii	<u>wskazanie profili interwencji i ich liczby</u> możliwych do realizacji w ramach świadczeń: lekarski, pielęgniarstwa, fizjoterapeutyczny, psychologiczny lub logopedyczny lub terapeuty zajęciowego lub dietetyczny
<u>brak regulacji</u> dotyczących czasu trwania interwencji	<u>wskazanie średnich czasów trwania</u> interwencji

Porównanie świadczeń	
Obecne świadczenia	Proponowane świadczenia
Różnice	
	dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).
<u>brak wymogu monitorowania procesu terapii</u>	<u>wymóg monitorowania procesu terapii</u> (w trakcie jej trwania oraz na zakończenie), w tym z wykorzystaniem ICF
<u>brak opisu świadczeń dodatkowych</u>	<u>opisanie świadczeń dodatkowych</u> wpływających na poziom opieki: leczenie żywieniowe, leczenie odleżyn, wentylacja nieinwazyjna, pacjenci z rurką dotchawiczą
Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy	
<u>brak opisu warunków i miejsc udzielania świadczeń</u>	<u>uszczegółowienie opisu warunków i miejsc udzielania świadczeń</u> np.: <ul style="list-style-type: none"> – gabinet diagnostyczno - zabiegowy, – gabinet dietetyczny, – gabinet fizjoterapeutyczny, – gabinet lekarski, – gabinet logopedyczny, – gabinet psychologiczny, – gabinet terapii zajęciowej, – sala fizjoterapii, – sala treningu medycznego.
<u>brak opisu kwalifikacji personelu</u>	<u>opisanie kwalifikacji personelu</u>
<u>wskazanie liczby etatów danego personelu w przeliczeniu na liczbę łóżek w oddziale</u>	<u>brak przeliczenia etatu na liczbę łóżek, wskazanie minimalnego wymogu dotyczącego personelu – 1 etat</u>
<u>brak obowiązku</u> uwzględniania przez świadczeniodawcę zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia, ogłoszonych przez MZ	<u>wprowadzenie obowiązku</u> uwzględniania przez świadczeniodawcę zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia, ogłoszonych przez MZ
<u>brak obowiązku</u> określania zaleceń co do dalszego postępowania	<u>obowiązek określania zaleceń</u> co do dalszego postępowania po zakończeniu rehabilitacji
<u>brak obowiązku</u> zapewnienia właściwej organizacji udzielania świadczeń	określenie <u>obowiązku</u> po stronie świadczeniodawcy zapewnienia właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu umożliwiającego udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zaleceniami i wiedzą medyczną.
Warunki monitorowania efektu świadczenia	
<u>brak określonych wskaźników jakości struktury i procesów i efektów leczenia</u>	<u>określenie wskaźników jakości struktury i procesów i efektów leczenia</u>
<u>brak określonego zakresu i formy raportowania oraz sprawozdawania</u>	<u>określenie zakresu i formy raportowania oraz sprawozdawania</u>

Źródło: Opracowanie własne AOTMIT

Tabela 15. Porównanie technologii medycznych w rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej.

Porównanie świadczeń	
Obecne świadczenia	Proponowane świadczenia
Różnice	
✓ Świadczenia w rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach ośrodka/oddziału dziennego, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu	✓ Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna ✓ Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym
określenie grupy pacjentów	świadczenia są dedykowane dla populacji pacjentów: <ul style="list-style-type: none"> – ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej – innymi schorzeniami
Wymogi formalne związane ze skierowaniem	

Porównanie świadczeń	
Obecne świadczenia	Proponowane świadczenia
Różnice	
skierowanie wystawia lekarz z wybranych poradni lub oddziałów stacjonarnych	skierowanie wystawia każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
<u>brak wymogu dołączania</u> niezbędnych badań i dokumentacji medycznej	<u>wymóg dołączania</u> niezbędnych badań i dokumentacji medycznej
Kryteria włączenia i wyłączenia ze świadczeń	
<u>brak kryteriów kwalifikacji</u> do świadczeń	<p>są określone kryteria kwalifikacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> – po leczeniu w oddziale ostrym lub – po zakończonej kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej, lub – z chorobami przewlekłymi np. z obrzękiem limfatycznym lub po zaostrzeniu choroby leczonej w poradni leczenia ostrej fazy choroby np. poradni reumatologicznej <p>W przypadku pacjenta niespełniającego kryteriów kwalifikacji, ale którego stan kliniczny lub funkcjonalny stanowi wskazanie do tej formy rehabilitacji, dopuszcza się możliwość zakwalifikowania do świadczeń przez lekarza ośrodka kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).</p>
<u>brak kryteriów wyłączenia</u> ze świadczeń	<p>są określone kryteria wyłączenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> – osiągnięcie celu leczenia, – brak poprawy, – pacjent kwalifikuje się do innej formy rehabilitacji,
<u>brak wymogu</u> przeprowadzania kwalifikacji wstępnej do świadczeń przez lekarza z ośrodka dziennego rehabilitacji	<u>przeprowadzanie kwalifikacji wstępnej</u> do świadczeń przez lekarza z ośrodka dziennego rehabilitacji
Zakres świadczenia	
<u>brak wymogu</u> przeprowadzenia oceny stanu pacjenta przez zespół terapeutyczny z określaniem indywidualnego planu terapii	<u>wymóg przeprowadzenia</u> oceny stanu pacjenta przez zespół terapeutyczny z określaniem indywidualnego planu terapii
<u>brak wskazania</u> co do rodzaju prowadzonej terapii	<u>wskazanie profili interwencji i ich liczby</u> możliwych do realizacji w ramach świadczeń: lekarski, pielęgniarski, fizjoterapeutyczny, psychologiczny lub logopedyczny lub terapeuty zajęciowego lub dietetyczny
<u>brak regulacji</u> dotyczących czasu trwania	<p><u>wskazanie średnich czasów trwania</u> interwencji</p> <p>dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).</p>
<u>brak wymogu</u> monitorowania procesu terapii	<u>wymóg monitorowania procesu terapii</u> (w trakcie jej trwania oraz na zakończenie), w tym z wykorzystaniem ICF
Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy	
<u>brak opisu</u> warunków i miejsc udzielania świadczeń	<p><u>uszczegółowienie opisu</u> warunków i miejsc udzielania świadczeń np.:</p> <ul style="list-style-type: none"> – gabinet diagnostyczno - zabiegowy, – gabinet dietetyczny, – gabinet fizjoterapeutyczny, – gabinet lekarski, – gabinet logopedyczny, – gabinet psychologiczny, – gabinet terapii zajęciowej, – sala fizjoterapii, – sala treningu medycznego.
<u>brak opisu kwalifikacji personelu</u>	<u>opisanie kwalifikacji personelu</u>
<u>wskazanie liczby etatów</u> danego personelu	<u>brak przelicznika etatu, wskazanie minimalnych wymogów w celu zapewnienia właściwej realizacji świadczeń</u>
<u>brak obowiązku</u> uwzględniania przez świadczeniodawcę zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia, ogłoszonych przez MZ	<u>wprowadzenie obowiązku uwzględniania</u> przez świadczeniodawcę zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia, ogłoszonych przez MZ
<u>brak obowiązku</u> określania zaleceń co do dalszego postępowania	<u>obowiązek określania</u> zaleceń co do dalszego postępowania po zakończeniu rehabilitacji

Porównanie świadczeń	
Obecne świadczenia	Proponowane świadczenia
Różnice	
<u>brak obowiązku</u> zapewnienia właściwej organizacji udzielania świadczeń	<u>określenie obowiązku</u> po stronie świadczeniodawcy zapewnienia właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu umożliwiającego udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną.
Warunki monitorowania efektu świadczenia	
<u>brak określonych wskaźników jakości struktury i procesów i efektów leczenia</u>	<u>określenie wskaźników jakości struktury i procesów i efektów leczenia</u>
<u>brak określonego zakresu i formy raportowania oraz sprawozdawania</u>	<u>określenie zakresu i formy raportowania oraz sprawozdawania</u>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 16. Porównanie technologii medycznych w fizjoterapii ambulatoryjnej.

Porównanie świadczeń	
Obecne świadczenia	Proponowane świadczenia
Różnice	
Świadczenia w fizjoterapii ambulatoryjnej: ✓ wizyta fizjoterapeutyczna, ✓ zabiegi fizjoterapeutyczne.	Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego, tkanki łącznej i innymi schorzeniami
brak określenia populacji pacjentów	świadczenia są dedykowane dla populacji pacjentów: – ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej – innymi schorzeniami
Wymogi formalne związane ze skierowaniem	
skierowanie wystawia lekarz z wybranych poradni lub oddziałów stacjonarnych	skierowanie wystawia każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
<u>brak wymogu dołączania</u> niezbędnych badań i dokumentacji medycznej	<u>wymóg dołączania</u> niezbędnych badań i dokumentacji medycznej
Kryteria włączenia i wyłączenia ze świadczeń	
<u>brak kryteriów kwalifikacji</u> do świadczeń	<u>są określone kryteria kwalifikacji:</u> ✓ w stanach pourazowych i pooperacyjnych układu mięśniowo-szkieletowego, tkanki łącznej i innymi schorzeniami (m.in. z chorobami ginekologicznymi, laryngologicznymi, dermatologicznymi, urologicznymi), ✓ w sytuacjach mających na celu przygotowanie do zaplanowanych zabiegów chirurgicznych lub ortopedycznych. ✓ po zaostrzeniu choroby przewlekłej
<u>brak kryteriów wyłączenia</u> ze świadczeń	<u>są określone kryteria wyłączenia:</u> – osiągnięcie celu leczenia, – brak poprawy, – pacjent kwalifikuje się do innej formy rehabilitacji,
<u>brak wymogu</u> przeprowadzania kwalifikacji wstępnej do świadczeń przez lekarza z ośrodka dziennego rehabilitacji	<u>przeprowadzanie kwalifikacji wstępnej</u> do świadczeń przez fizjoterapeutę
Zakres świadczenia	
<u>brak wymogu</u> przeprowadzenia oceny stanu pacjenta przez zespół terapeutyczny z określaniem indywidualnego planu terapii	<u>wymóg przeprowadzenia</u> oceny stanu pacjenta przez fizjoterapeutę z określaniem indywidualnego planu terapii
<u>brak wskazania</u> co do prowadzonej terapii	<u>wskazanie interwencji</u> możliwych do realizacji w ramach świadczeń
<u>wskazanie minimalnego czasu trwania</u> niektórych zabiegów fizjoterapeutycznych	<u>wskazanie średnich czasów trwania</u> interwencji dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).
<u>brak wymogu</u> monitorowania procesu terapii	<u>wymóg monitorowania procesu terapii</u> (w trakcie jej trwania oraz na zakończenie), w tym z wykorzystaniem ICF

Porównanie świadczeń	
Obecne świadczenia	Proponowane świadczenia
Różnice	
Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy	
<u>opis niektórych warunków</u> , wyposażenia czy pomieszczeń	<u>uszczegółowienie opisu</u> warunków i miejsc udzielania świadczeń np.: – gabinet fizjoterapeutyczny, – sala fizjoterapii, – sala treningu medycznego.
<u>opisanie kwalifikacji personelu</u>	<u>opisanie szczegółowych kwalifikacji personelu</u>
<u>wskazanie liczby etatów</u> danego personelu	<u>brak przelicznika etatu</u> , wskazanie minimalnych wymogów w celu zapewnienia właściwej realizacji świadczeń
<u>brak obowiązku</u> uwzględniania przez świadczeniodawcę zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia, ogłoszonych przez MZ	<u>wprowadzenie obowiązku</u> uwzględniania przez świadczeniodawcę zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia, ogłoszonych przez MZ
<u>brak obowiązku</u> określania zaleceń co do dalszego postępowania	<u>obowiązek określania</u> zaleceń co do dalszego postępowania po zakończeniu fizjoterapii
<u>brak obowiązku</u> zapewnienia właściwej organizacji udzielania świadczeń	<u>określenie obowiązku</u> po stronie świadczeniodawcy zapewnienia właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu umożliwiającego udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną.
Warunki monitorowania efektu świadczenia	
<u>brak określonych wskaźników jakości struktury i procesów i efektów leczenia</u>	<u>określenie wskaźników jakości struktury i procesów i efektów leczenia</u>
<u>brak określonego zakresu</u> i formy raportowania oraz sprawozdawania	<u>określenie zakresu</u> i formy raportowania oraz sprawozdawania

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 17. Porównanie technologii medycznych w fizjoterapii domowej.

Porównanie świadczeń	
Obecne świadczenia	Proponowane świadczenia
Różnice	
Świadczenia w fizjoterapii domowej: ✓ porada lekarska lub wizyta fizjoterapeutyczna, ✓ zabiegi fizjoterapeutyczne.	✓ Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy. ✓ Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami.
brak określenia populacji pacjentów	świadczenia są dedykowane dla populacji pacjentów: – po zabiegach protezoplastyki stawu lub z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami, oraz – niewymagających kompleksowej rehabilitacji oraz których stan funkcjonalny uniemożliwia samodzielne dotarcie do świadczeniodawcy (alternatywa dla rehabilitacji stacjonarnej).
Wymogi formalne związane ze skierowaniem	
skierowanie wystawia lekarz z wybranych poradni lub oddziałów stacjonarnych	skierowanie wystawia każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
<u>brak wymogu dołączenia</u> niezbędnych badań i dokumentacji medycznej	<u>wymóg dołączenia</u> niezbędnych badań i dokumentacji medycznej
Kryteria włączenia i wyłączenia ze świadczeń	
<u>brak kryteriów kwalifikacji</u> do świadczeń	<u>są określone kryteria kwalifikacji:</u> – po leczeniu w oddziale ostrym, – w oparciu o skalę medyczną – Rankina,
<u>brak kryteriów wyłączenia</u> ze świadczeń	<u>są określone kryteria wyłączenia:</u> – osiągnięcie celu leczenia, – brak poprawy, – pacjent kwalifikuje się do innej formy rehabilitacji,
<u>brak wymogu</u> przeprowadzania kwalifikacji wstępnej do świadczeń przez lekarza z ośrodka dziennego rehabilitacji	<u>przeprowadzanie kwalifikacji wstępnej</u> do świadczeń przez fizjoterapeutę

Porównanie świadczeń	
Obecne świadczenia	Proponowane świadczenia
Różnice	
Zakres świadczenia	
<u>brak wymogu</u> przeprowadzenia oceny stanu pacjenta przez zespół terapeutyczny z określaniem indywidualnego planu terapii	<u>wymóg przeprowadzenia</u> oceny stanu pacjenta przez fizjoterapeutę z określaniem indywidualnego planu terapii
<u>brak wskazania</u> co do prowadzonej terapii	<u>wskazanie interwencji</u> możliwych do realizacji w ramach świadczeń
<u>wskazanie minimalnego czasu</u> trwania niektórych zabiegów fizjoterapeutycznych	<u>wskazanie średnich czasów trwania</u> interwencji dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).
<u>brak wymogu</u> monitorowania procesu terapii	<u>wymóg monitorowania procesu terapii</u> (w trakcie jej trwania oraz na zakończenie), w tym z wykorzystaniem ICF
Szczegółowe warunki realizacji świadczeń – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy	
<u>opis niektórych warunków</u> , wyposażenia czy pomieszczeń	
<u>opisanie kwalifikacji</u> personelu	<u>opisanie szczegółowych kwalifikacji</u> personelu
<u>wskazanie liczby etatów</u> danego personelu	<u>brak przelicznika etatu</u> , wskazanie minimalnych wymogów w celu <u>zapewnienia właściwej realizacji świadczeń</u>
<u>brak obowiązku</u> uwzględniania przez świadczeniodawcę zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia, ogłoszonych przez MZ	<u>wprowadzenie obowiązku</u> uwzględniania przez świadczeniodawcę zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia, ogłoszonych przez MZ
<u>brak obowiązku</u> określania zaleceń co do dalszego postępowania	<u>obowiązek określania</u> zaleceń co do dalszego postępowania po zakończeniu fizjoterapii
<u>brak obowiązku</u> zapewnienia właściwej organizacji udzielania świadczeń	<u>określenie obowiązku</u> po stronie świadczeniodawcy zapewnienia właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu umożliwiającego udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną.
Warunki monitorowania efektu świadczenia	
<u>brak określonych wskaźników</u> jakości struktury i procesów i <u>efektów leczenia</u>	<u>określenie wskaźników</u> jakości struktury i procesów i efektów leczenia
<u>brak określonego zakresu</u> i formy raportowania oraz sprawozdawania	<u>określenie zakresu</u> i formy raportowania oraz sprawozdawania

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Dodatkowo zostały wskazane następujące warunki mające na celu:

- 1) Zapewnienie warunków techniczno-organizacyjnych w przypadku udzielania świadczeń rehabilitacyjnych pacjentom z poważnymi zaburzeniami rytmu serca.
- 2) Zapewnienie warunków organizacyjnych w przypadku udzielania świadczeń rehabilitacyjnych pacjentom z wkluciem centralnym.
- 3) Urządzenie do prowadzenia toalety drzewa oskrzelowego w przypadku udzielania świadczeń rehabilitacyjnych pacjentom z rurką dotchawiczą (ssaki).
- 4) Urządzenie do prowadzenia wentylacji mechanicznej inwazyjnej oraz nieinwazyjnej (respirator) w przypadku udzielania świadczeń rehabilitacyjnych pacjentom z respiratorem.
- 5) Zapewnienie odpowiednich warunków w przypadku udzielania świadczeń z zakresu rehabilitacji pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi.
- 6) Leczenie odleżyn i ran: w przypadku, gdy pacjent został przekazany na oddział rehabilitacyjny już z odleżynami (zostały one wytworzone gdzieś już wcześniej przed hospitalizacją na oddział rehabilitacyjny). Świadczeniodawcy przysługiwałaby wyższa odpłatność za osobodzień. Byłaby stworzona dokumentacja potwierdzająca fakt wystąpienia odleżyn przed rozpoczęciem hospitalizacji i np.: konieczność zgłoszenia tego faktu do NFZ zaraz po przyjęciu pacjenta.
- 7) Leczenie żywieniowe do- i pozajelitowe.

W przypadku realizacji świadczeń z ww. schorzeniami lub problemami zdrowotnymi zalecane jest udzielanie świadczeń przez personel posiadających odpowiednie kwalifikacje.

5. WSKAŹNIKI JAKOŚCI STRUKTURY I PROCESU ORAZ EFEKTÓW LECZENIA

Wskaźniki będą służyły do określenia jakości struktury i procesu rehabilitacji oraz liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników.

Wskaźniki dotyczące struktury i procesu

1) Związane z przyjęciem do rehabilitacji/fizjoterapii:

Cel: ↑ liczby osób, które wymagają stacjonarnego leczenia, przyjętych na rehabilitację, oraz skrócenie czasu oczekiwania na przyjęcie na rehabilitację

Uzasadnienie: rozpoczęcie usprawniania w krótkim czasie od wystąpienia zdarzenia/choroby (w optymalnym czasie) wpływa na szybszy powrót do zdrowia, zapobiega niepełnosprawności i dysfunkcjom, pomaga w wytworzeniu prawidłowych mechanizmów kompensacyjnych czy adaptacyjnych.

- wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji ogólnoustrojowej bezpośrednio po wypisie z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób przyjętych do rehabilitacji ogólnoustrojowej;
- średni czas i mediana czasu przyjęcia na rehabilitację od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby,
- wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji ogólnoustrojowej pomimo niespełniania kryteriów włączenia do rehabilitacji, na podstawie decyzji lekarza oddziału kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej,
- wskaźnik liczby osób niezakwalifikowanych do fizjoterapii, w stosunku do wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie,
- wskaźnik liczby osób, którzy rozpoczęli fizjoterapię powyżej 30 dni od wystawienia skierowania, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów
- średni czas i mediana czasu przyjęcia na fizjoterapię od wystawienia skierowania,

2) Związane z długością trwania rehabilitacji/fizjoterapii:

Cel: zapewnienie optymalizacji czasu trwania oraz ciągłości i kompleksowości rehabilitacji

Uzasadnienie: rehabilitacja/fizjoterapia prowadzona w sposób ciągły i systematyczny umożliwi szybszy powrót pacjenta do zdrowia, zapobiega niepełnosprawności i dysfunkcjom, pomaga w wytworzeniu prawidłowych mechanizmów kompensacyjnych czy adaptacyjnych

- wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja/ fizjoterapia, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową/fizjoterapię,
- wskaźnik liczby osób wyłączonych z rehabilitacji/fizjoterapii, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową/fizjoterapię,
- wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do innych zakresów rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową,
- wskaźnik zdarzeń niepożądanych (m.in. zgony, rehospitalizacje, inne zdarzenia wpływające na przebieg terapii) w trakcie rehabilitacji ogólnoustrojowej/fizjoterapii do ogólnej liczby osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową/fizjoterapię,

3) Związane z realizowanymi interwencjami:

Cel: zapewnienie realizacji kompleksowej rehabilitacji czy optymalnej fizjoterapii

Uzasadnienie: rehabilitacja prowadzona w sposób multidyscyplinarny czy indywidualnie prowadzona fizjoterapii umożliwi szybszy powrót pacjenta do zdrowia i zapobiega niepełnosprawności i dysfunkcjom, pomaga w wytworzeniu prawidłowych mechanizmów kompensacyjnych czy adaptacyjnych, pozwoli kształtować prawidłowe nawyki związane ze stylem życia

- wskaźnik liczby osób, u których zmniejszono intensywność terapii, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową/fizjoterapię,
- wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano w trakcie pobytu na rehabilitacji ogólnoustrojowej interwencje: psychologiczne, logopedyczne, terapii zajęciowej i dietetyczne,
- wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano w trakcie fizjoterapii interwencje: fizjoterapię indywidualną lub funkcjonalny trening medyczny,

- wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej świadczenia w warunkach domowych, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.

Obecnie do oceny efektów leczenia wykorzystywane mogą być jedynie niewystandaryzowane narzędzia, w związku z czym do czasu wdrożenia ICF, wskaźniki dotyczące efektów leczenia nie będą obiektywne.

Wskaźniki dotyczące efektów leczenia

- wskaźnik zmiany wartości skal lub testów funkcjonalnych określanych dla pacjenta na początku i na końcu terapii, w liczbach bezwzględnych,
- wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji/fizjoterapii, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową/fizjoterapię,
- wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel w poszczególnych interwencjach terapeutycznych (psychologicznych, logopedycznych, terapii zajęciowej, dietetycznych), do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową,
- wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji/fizjoterapii poprawę wyników w testach funkcjonalnych, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację/fizjoterapię,
- wskaźnik liczby osób, u których cel fizjoterapii został osiągnięty w ciągu 10 lub mniej dni zabiegowych, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.

WYNIKI OCENY EKSPERCKIEJ

Badanie opinii eksperckich przeprowadzono w oparciu o dedykowany formularz oceny. Odpowiedzi na zapytanie udzieliło łącznie 6 ekspertów:

L.P.	Imię i nazwisko eksperta	Afiliacja
1.	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej
2.	[REDAKOWANE]	[REDAKOWANE] Krajowej Rady Fizjoterapeutów
3.	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej
4.	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej
5.	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Konsultant Krajowy w dziedzinie reumatologii
6.	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

W podsumowaniu opinii eksperckich należy wskazać, iż wszyscy eksperci, którzy przestali do Agencji swoje stanowisko potwierdzili zasadność finansowania wnioskowanych świadczeń ze środków publicznych. Uwagi dotyczące wnioskowanych świadczeń. Najważniejsze z nich to:

- 1) Zdanie ekspertów odnośnie do finansowania wnioskowanych świadczeń ze środków publicznych jest podzielone. Większość jest za wprowadzeniem finansowania wszystkich świadczeń. Jeden z ekspertów wypowiedział się negatywnie odnośnie do świadczenia kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej, kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym, fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów z innymi chorobami (ginekologicznymi, laryngologicznymi, dermatologicznymi, urologicznymi) oraz fizjoterapii domowej dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy.
- 2) Ponadto eksperci wskazują m.in. iż istotna jest praktyka psychologiczna odnośnie wszystkich wnioskowanych świadczeń.
- 3) Większość ekspertów określiło jako niezbędny personel w kompleksowej rehabilitacji: lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej, pielęgniarkę, fizjoterapeutę (specjalistę/magistra oraz innego), magistra psychologii, logopedę, terapeutę zajęciowego oraz dietetyka. Dodatkowo zaproponowano ortopedę lub pielęgniarkę w ramach fizjoterapii domowej.
- 4) Przez większość ekspertów zostały zaakceptowane propozycje dotyczące pomieszczeń, w których będą realizowane świadczenia czy liczby i rodzaju interwencji terapeutycznych.
- 5) Ekspert nie przedstawił bibliografii jako potwierdzenie swoich propozycji dla świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej. Wyjątek stanowił jeden ekspert, który wskazał na opracowane przez prof. Jakuba Taradaję - analizy skuteczności poszczególnych procedur fizjoterapeutycznych w leczeniu obrzęku limfatycznego - rekomendacje w świetle Evidence Based Medicine (EBM). Wskazano,

iż wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Jeden z samorządów zawodowych, zadeklarował, iż jest w trakcie opracowania wytycznych postępowania w tym zakresie świadczeń.

Jednocześnie przeprowadzono dodatkową konsultację mailową z Konsultantem Krajowym w dziedzinie rehabilitacji medycznej, w wyniku której zaproponowaną skalę Barthel zmieniono na zmodyfikowaną skalę Rankina. Dla kwalifikacji do oceny pacjenta do rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej bardziej adekwatna jest skala ADL oparta na skali Rankina, w której pacjent uzyskał od 3 do 5 punktów.

WYNIKI PRZEGLĄDU EKONOMICZNEGO

Z uwagi na szeroką i zróżnicowaną pod względem stanu klinicznego populację, która powinna zostać objęta rehabilitacją ogólnoustrojową (od pacjentów ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego: po złamaniach, urazach, po zabiegach ortopedycznych, po amputacjach, po stanach zapalnych itp., po pacjentów z nowotworami, oparzeniami, wadami wrodzonymi, chorobami układu limfatycznego itd.), brak danych dotyczących powyższego i stanu funkcjonalnego pacjentów, oraz przyjętych założeń zmiany technologii medycznych (populacja zdefiniowana poprzez stan funkcjonalny), odstąpiono od przeprowadzenia analizy ekonomicznej przez Analityków Agencji.

W ramach analizy klinicznej (wyszukiwanie systematyczne z dn. 31.03.2019 r., szczegóły dotyczące metodyki znajdują się w rozdziale *Analiza skuteczności i bezpieczeństwa – przegląd systematyczny*) zidentyfikowano 1 przegląd systematyczny Brusco 2013.

Wyniki opisywanego przeglądu Brusco 2013 wydają się wskazywać, że rehabilitacja stacjonarna nie jest jednoznacznie najbardziej kosztowo efektywna dla opisywanych populacji pacjentów.

Analizę ekonomiczną zawartą w Brusco 2013 należy traktować z dużą dozą niepewności, z uwagi na bardzo zróżnicowaną i niejednorodną populację pacjentów. Można przypuszczać, iż zmodyfikowana rehabilitacja stacjonarna (Cameron 1994, SMD=0,26 [95%CI: 0,01; 0,51], Munin 1998, SMD=0,51 [95%CI: 0,03; 0,98]) oraz rehabilitacja środowiskowa i ambulatoryjna (Klingelhofer 2005, SMD=0,67 [95%CI: 0,23; 1,10]) są bardziej opłacalne kosztowo niż rehabilitacja stacjonarna.

Uzyskano niejednoznaczne wyniki dotyczące poszczególnych subpopulacji w kwestii opłacalności kosztowej poszczególnych poziomów opieki rehabilitacyjnej w ramach populacji geriatrycznej.

W populacji pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów uzyskano opłacalność kosztową na korzyść rehabilitacji ambulatoryjnej i środowiskowej (Bulthuis 2008, SMD= -0,06 [95%CI: -0,49; 0,37]; Van den Hout 2003, w subpopulacji, w której komparatorem była rehabilitacja środowiskowa SMD=0,61 [95%CI: 0,25; 0,97], w subpopulacji, w której komparatorem była rehabilitacja ambulatoryjna SMD=0,32 [95%CI: -0,04; 0,67]),

U pacjentów po alloplastyce stawu biodrowego i kolanowego, wykazano oszczędność na poziomie 1 995 £ na osobę (Mahomed 2008, SMD= 0,35; [95%CI, 0,09; 0,61]) na korzyść rehabilitacji w warunkach domowych. Ponadto, w przeglądzie Brusco 2013 nie przeprowadzono porównań alternatywnych poziomów opieki (jak np. zmodyfikowana rehabilitacja stacjonarna vs rehabilitacja ambulatoryjna) ze względu na istnienie często tylko pojedynczych badań dla poszczególnych subpopulacji.

Wyniki badań uwzględniające różne poziomy rehabilitacji:

- a) Rehabilitacja w warunkach szpitalnych vs rehabilitacja na oddziale intensywnej terapii - różnica kosztów na korzyść rehabilitacji w warunkach szpitalnych (dla populacji pacjentów geriatrycznych Bowcutt 2000)
- b) Rehabilitacja stacjonarna vs zmodyfikowany program rehabilitacji stacjonarnej (wczesna lub przyspieszona rehabilitacja) - zgłoszono znaczną różnicę w kosztach na korzyść zmodyfikowanej rehabilitacji szpitalnej, szczególnie w przypadku przyspieszonej rehabilitacji (Cameron 1994, SMD=0,26 [95%CI: 0,01; 0,51]) i wczesnej rehabilitacji (Munin 1998, SMD=0,51 [95%CI: 0,03; 0,98]) dla populacji ortopedycznych.
- c) Rehabilitacja stacjonarna vs rehabilitacja ambulatoryjna oraz rehabilitacja środowiskowa – wyniki świadczyły na korzyść rehabilitacji środowiskowej i ambulatoryjnej w kwestii kosztów, w tym u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów (Bulthuis 2008, SMD= - 0,06 [95%CI: -0,49; 0,37]; Van den Hout 2003, w subpopulacji, w której komparatorem była rehabilitacja środowiskowa SMD=0,61 [95%CI: 0,25;

0,97], w subpopulacji, w której komparatorem była rehabilitacja ambulatoryjna SMD=0,32 [95%CI: -0,04; 0,67]), pacjentów geriatrycznych (Kehusmaa 2010, SMD=0,24 [95%CI: 0,09; 0,38]) i pacjentów ortopedycznych (Klingelhofer 2005, SMD=0,67 [95%CI: 0,23; 1,10]).

- d) Rehabilitacja stacjonarna vs rehabilitacja w warunkach domowych - badanie dotyczyło pacjentów po alloplastyce stawu biodrowego i kolanowego, które wykazało oszczędność na poziomie 1 995 £ na osobę (Mahomed 2008, SMD= 0,35; [95%CI, 0,09; 0,61]) na korzyść rehabilitacji w warunkach domowych.

Według autorów przeglądu, u części pacjentów rehabilitacja szpitalna może być najbardziej kosztowo-efektywną formą rehabilitacji, jednak dla innych populacji pacjentów najbardziej kosztowo-efektywną formą rehabilitacji może być rehabilitacja domowa lub środowiskowa. Wyniki sugerują, że jedna usługa rehabilitacji nie może nie zapewnić opłacalnego kosztowo wyniku dla wszystkich pacjentów rehabilitacyjnych; dlatego dostawcy usług zdrowotnych powinni rozważyć alternatywne modele opieki.

WYNIKI ANALIZY WPŁYWU NA BUDŻET PŁATNIKA

Analiza została przeprowadzona wyłącznie z perspektywy płatnika i oparta jest o koszty świadczeń (procedur).

Ograniczenia analizy:

- Nie zostały uwzględnione koszty pośrednie proponowanych zmian, w tym m.in. koszty administracyjne, koszty związane z nową organizacją procesu, z przemieszczeniami pacjentów, koszty kadr wynikające z przesunięcia personelu, koszty dodatkowej sprawozdawczości.
- Oparcie analiz na obecnie obowiązujących stawkach proponowanych przez NFZ, w tym w oparciu o wagę punktową świadczeń oraz wartości punktu, które w ocenie ekspertów są niedoszacowane.
- Analiza nie uwzględnia dodatkowych kosztów związanych z nową metodologią udzielania świadczeń, w tym: wprowadzeniem porady kwalifikacyjnej, wprowadzeniem obowiązku skalowania pacjenta.
- Brak danych dotyczącej liczby pacjentów w określonym stanie funkcjonalnym, co uniemożliwiło poprawne wskazanie triage' u pacjentów do różnych poziomów opieki.
- Brak obiektywnych i jednorodnych mierników (skal, testów, kwalifikacji medycznych) w systemie rehabilitacji leczniczej, umożliwiających porównanie efektów terapeutycznych na poziomie różnych ośrodków, dla tych samych rozpoznań czy pomiędzy poziomami opieki,
- Brak danych dotyczących epidemiologii zachorowań na schorzenia kwalifikujące do rehabilitacji ogólnoustrojowej.

Podsumowanie:

Koszty obecnych świadczeń w rehabilitacji ogólnoustrojowej ponoszonych przez NFZ, wynoszą ponad 1,2 mld zł. Przy przyjętych założeniach dla minimum, czyli 75% obłożenie łóżek w rehabilitacji ogólnoustrojowej oraz 15% populacja pacjentów po zabiegach protezoplastyki w fizjoterapii domowej tj. podobnej liczbie pacjentów, potencjalne oszczędności są skutkiem przekierowania pacjentów z chorobami zwyrodnieniowymi stawów do POF. Te środki finansowe tam mogą zostać zagospodarowane. W przypadku planu maksimum tj. prawie 100% obłożeniu łóżek oraz założeniu 30% populacji pacjentów po zabiegach protezoplastyki w fizjoterapii domowej, tj. zwiększeniu liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji, koszty świadczeń wzrosną o ponad 100 mln. zł. Tabela poniżej przedstawia najważniejsze wyliczenia.

Tabela 18. Analiza wpływu na budżet

Poziom opieki/zakres świadczeń	Szacowane koszt świadczeń		Obecna koszty świadczeń	Różnica kosztów obecnych i szacowanych	
	min.	maks.		min.	maks.
rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	611 628 105 zł	810 612 194 zł	413 507 790 zł	+198 120 315 zł	+397 104 404 zł
rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach ośrodka/oddziału dziennego	138 119 966 zł		187 753 781 zł	- 49 633 815 zł	
fizjoterapia ambulatoryjna	326 104 675 zł		618 070 000 zł	- 291 965 325 zł	
fizjoterapia domowa	28 360 233 zł	56 720 466 zł	5 006 578 zł	+ 23 353 655 zł	+ 51 713 888 zł
	Razem		1 224 338 149 zł	-120 125 170 zł	+107 219 152 zł

2. Przedmiot zlecenia

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi zlecenie Ministra Zdrowia (znak: MZ-ASG.4084.28.2018.IJ) z dnia 8 maja 2018 r. art. 31 e-h. *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, dotyczące „oceny zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji leczniczej”.

Opis przedmiotu zlecenia przedstawiono w Karcie Problemu Zdrowotnego. Zgodnie z tym dokumentem celem zlecenia jest „uszczelnienie wykazu świadczeń gwarantowanych oraz identyfikacja optymalnych warunków realizacji świadczeń [...]. Podjęte działania mają jednocześnie służyć przygotowaniu precyzyjnego (pod względem stosowanej nomenklatury i zastosowanych wyrażeń), jednolitego oraz nowoczesnego pod względem prezentacji (e-koszyka) wykazu świadczeń gwarantowanych”.

Podstawowym założeniem „*Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w Polsce*”, było przekonanie o konieczności **segmentacji grup pacjentów**, których specyficzne potrzeby rehabilitacyjne powinny być zabezpieczane na odpowiednich/właściwych poziomach opieki rehabilitacyjnej (w warunkach stacjonarnych, ośrodka/oddziału dziennego, ambulatoryjnych, domowych pacjenta). **Segmentacja populacji docelowej w terapii rehabilitacji ogólnoustrojowej została przeprowadzona w oparciu o:**

- 1) **przyjętą klasyfikację i kategoryzację potrzeb rehabilitacyjnych,**
- 2) **dobór narzędzi pomiarowych, umożliwiających zdefiniowanie parametrów świadczeń adekwatnych do potrzeb rehabilitacyjnych.**

Przyjęta metodyka znajduje uzasadnienie już w samej specyfice świadczeń rehabilitacyjnych (kryterium klasyfikacji i kategoryzacji potrzeb rehabilitacyjnych to nie tylko stan kliniczny, jak ma to miejsce w przypadku większości świadczeń zdrowotnych). Zgodnie z przyjętą koncepcją potrzeby rehabilitacyjne pacjenta determinowane są poprzez jego:

- **stan funkcjonalny/kliniczny**, definiowany jako poziom upośledzenia poszczególnych funkcji: (nieznaczny, umiarkowany, znaczny, skrajny);
- **potencjał rehabilitacyjny**, definiowany jako uzasadniona klinicznie możliwość przywrócenia lub poprawy funkcji, przy założeniu rozpoczęcia leczenia w optymalnym czasie;
- **wymaganą kompleksowość** interwencji definiowaną jako oczekiwaną liczbę profili interwencji wchodzących w ramy świadczenia;
- **poziom mobilności** i wymagania w odniesieniu do opieki całodobowej związane z ogólnym stanem zdrowia pacjenta.

Dla potrzeb konstrukcji systemu świadczeń rehabilitacyjnych przyjęto następujący zestaw parametrów analitycznych opisujących cechy pojedynczego świadczenia, pozwalający na zbudowanie zakresu gwarancji odpowiadającej zdefiniowanym potrzebom pacjentów:

- 1) **Intensywność** - to jest krotność interwencji i/lub zasobochłonność (np. wymóg świadczenia jednocześnie przez grupę terapeutów) interwencji w ciągu pojedynczego dnia zabiegowego;
- 2) **Częstotliwość interwencji** – definiowana jako liczba dni zabiegowych w wymiarze tygodnia kalendarzowego udzielania świadczenia. Wysoka częstotliwość odnosi się do interwencji udzielanych w interwałach dziennych (każdego dnia);
- 3) **Wczesność dostępu** – parametr odnoszący się do priorytetu dla założonego krótkiego czasu rozpoczęcia rehabilitacji od momentu powstania takiej potrzeby. Wysoka wartość tego parametru odnosi się do rozpoczęcia świadczenia bezpośrednio po poprzednim etapie leczenia;
- 4) **Długość świadczenia** – parametr określany w dwóch wymiarach - poprzez odniesienie do liczby dni zabiegowych w wymiarze pojedynczego cyklu oraz w wymiarze liczby dni zabiegowych w roku kalendarzowym;
- 5) **Kompleksowość świadczenia** – odnosi się do liczby profili interwencji realizowanych w ramach świadczenia;
- 6) **Tryb realizacji** – odnosi się do miejsca realizacji świadczenia z wyszczególnieniem trybów: stacjonarnego – całodobowego, ambulatoryjnego – ośrodek dzienny/fizjoterapia lub porada ambulatoryjna i trybu domowego.

Kombinacjom powyższych parametrów odpowiadają różne parametry świadczeń rehabilitacyjnych determinujące szansę uzyskania przez pacjenta optymalnego poziomu funkcjonalnego lub przy odpowiednim potencjale rehabilitacyjnym możliwości powrotu do zdrowia.

Tabela 19. Klasyfikacja potrzeb rehabilitacyjnych na potrzeby projektowania świadczeń.

Potrzeby zdrowotne pacjenta				Parametry świadczenia					Świadczenie	
Stopień upośledzenia funkcji	Potencjał rehabilitacyjny	Potrzeby w zakresie kompleksowości leczenia	Możliwość dostępu do świadczeń w trybie	Intensywność	Częstotliwość	Wczesność	Czas trwania		Miejsce realizacji	Rodzaj świadczenia
							w wymiarze cyklu	w wymiarze roku		
Nieżnaczny / umiarkowany*	+	jednoprofilowe	ambulatoryjnym	+	+	+	+	++	Pracownia fizjoterapii	Podstawowa opieka fizjoterapeutyczna
	+++	jednoprofilowe	ambulatoryjnym	++	++	+++	++	++	Pracownia fizjoterapii	Dedykowane świadczenia fizjoterapeutyczne
Umiarkowany / znaczny	+++	jednoprofilowe	ambulatoryjnym	++	+++	+++	+++	+	Pracownia fizjoterapii Poradnia lekarza rehabilitacji	Dedykowane świadczenia fizjoterapeutyczne
	+++	kompleksowe	ambulatoryjnym	++ +	+++	+++	+++	nd	Ośrodek kompleksowej rehabilitacji dziennej	Dedykowane świadczenia rehabilitacji w ośrodku dziennym
	+++	jednoprofilowe	domowym	++	+++	+++	+++	++	Dom	Dedykowane świadczenia fizjoterapii domowej
Znaczny /skrajny	+++	kompleksowe / jednoprofilowe	stacjonarnym	++ +	+++	+++	+++	nd	Oddział kompleksowej rehabilitacji stacjonarnej	Dedykowane świadczenia rehabilitacji w oddziale rehabilitacji
	+/-	jednoprofilowe	domowym	+	+	+	+	++	Dom	Podstawowa opieka fizjoterapeutyczna - fizjoterapia domowa długookresowa

*Pacjent z nieznacznym lub umiarkowanym stopniem upośledzenia, ale wymagający kompleksowego leczenia terapeutycznego, otrzymuje świadczenia np. logopedyczne lub psychologiczne poza systemem rehabilitacji w ramach innych świadczeń np. w AOS czy opiece psychiatrycznej

+, ++, +++ stopnie nasilenia parametrów świadczeń

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 20. Klasyfikacja potrzeb rehabilitacyjnych w zależności od poziomów opieki.

Poziomy opieki rehabilitacyjnej (warunki realizacji)			
kompleksowa stacjonarna	kompleksowa dzienna	ambulatoryjna	domowa
wymaga całodobowej opieki medycznej	nie wymaga całodobowej opieki medycznej	nie wymaga całodobowej opieki medycznej	nie wymaga całodobowej opieki medycznej
wymaga kompleksowej terapii (wieloprofilowej)	wymaga kompleksowej terapii (wieloprofilowej)	terapia jednoprofilowa	terapia jednoprofilowa
brak możliwości samodzielnego poruszania się i dotarcia na rehabilitację	pacjent ma możliwość dotarcia codziennie na rehabilitację	pacjent ma możliwość dotarcia codziennie na rehabilitację	brak możliwości samodzielnego poruszania się i dotarcia na rehabilitację

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Aby zapewnić realność i możliwość implementacji prezentowanych założeń koncepcyjnych (poczynionych na użytek klasyfikacji potrzeb rehabilitacyjnych; szerzej: „Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w Polsce”) analitycy Agencji przygotowali we współpracy z ekspertami projekt zmiany technologii medycznych w zakresie rehabilitacji leczniczej. W tym celu opracowano projekty dedykowanych świadczeń, dla których zdefiniowano, precyzyjne kryteria włączenia (kryteria kwalifikacji) i kryteria wyłączenia

(dyskwalifikacji). Kryteria te zostały przygotowane w postaci konkretnych skal medycznych wraz z przedziałem wartości ich parametrów dla poszczególnych świadczeń.

Wspomniana specyfikacja terapii rehabilitacyjnej, związana z różnorodnymi potrzebami zdrowotnymi pacjentów, wymusza również stworzenie elastycznego katalogu gwarantowanych świadczeń rehabilitacyjnych, to znaczy takiego, który nie wskazuje *explicite* interwencji w określonych wskazaniach, ale daje możliwość personelowi medycznemu (lekarzom/fizjoterapeutom i innym przedstawicielom zespołu rehabilitacyjnego) doboru odpowiednich procedur medycznych, z uwzględnieniem kryteriów, takich jak: 1) stan kliniczny i funkcjonalny pacjenta, 2) wiek, 3) historia przebytych chorób itp. Z tych powodów, autorzy koncepcji zaproponowali wyodrębnienie tzw. profili interwencji, a więc zbiorów procedur medycznych przyporządkowanych kluczowym dla procesu rehabilitacji przedstawicielom zespołu rehabilitacyjnego. Przyjęto bowiem, iż warunkiem skuteczności pełnego procesu rehabilitacyjnego jest współpraca wielodyscyplinarnego zespołu złożonego z przedstawicieli różnych grup zawodowych, udzielającego na rzecz pacjenta, różnorodnych świadczeń w celu osiągnięcia założonego (realnego) celu terapii.

Reasumując, proponowana zmiana technologii medycznych w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej polega na:

- a) zdefiniowaniu profilu pacjenta w poszczególnych świadczeniach za pomocą kryteriów kwalifikacji,
- b) zdefiniowaniu profili i rodzaju interwencji,
- c) doborze profili i rodzajów interwencji do poziomów miejsc udzielania świadczeń.

Proponowane w niniejszym opracowaniu projekty świadczeń w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej (zdefiniowane poprzez technologie medyczne) można podzielić na 4 grupy:

1. Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej:

- 1) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna.

2. Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej:

- 1) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna,
- 2) Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym.

3. Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej:

- 1) Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego, tkanki łącznej i innymi schorzeniami.

4. Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej:

- 1) Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy,
- 2) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami.

Każde z powyższych świadczeń zawiera również przypisane warunki realizacji, stanowiące pochodną zmiany technologii medycznych, wśród nich wskazano, m.in.:

- a) wymogi formalne do udzielenia świadczenia,
- b) czas realizacji świadczenia,
- c) personel medyczny,
- d) miejsce udzielania świadczeń (wymogi lokalowe, wyposażenie w sprzęt).

3. Problem decyzyjny

3.1. Problem zdrowotny

3.1.1. Charakterystyka populacji obecnej

Profil kliniczny pacjenta

W zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach stacjonarnych, najczęściej sprawozdawanymi (w ramach NFZ) rozpoznaniem wg ICD-10 były **choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (M)**, które stanowiły 71% wszystkich rozpoznań. Następną grupą najczęściej sprawozdawanych rozpoznań były **choroby układu nerwowego (G)**, stanowiące 10,8% oraz **oparzenia i inne skutki działania czynników zewnętrznych** 6,3%. Pogłębiona analiza rozpoznań w poszczególnych grupach została przedstawiona w rozdziale 4.

W grupie chorób układu mięśniowo-szkieletowego największy udział miały następujące rozpoznania:

- 1) Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47);
- 2) Inne zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M.47.8);
- 3) Zwyrodnienie wielostawowe (M15).

W przypadku rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach oddziału/ośrodka dziennego, statystyka sprawozdawanych rozpoznań wyglądała podobnie. 72% rozpoznań stanowiły **choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (M)**, 13,3% stanowiły **choroby układu nerwowego (G)** oraz 5,6% stanowiły **oparzenia i inne skutki działania czynników zewnętrznych**.

W grupie chorób układu mięśniowo-szkieletowego największy udział w warunkach oddziału/ośrodka dziennego miały następujące rozpoznania:

- 1) Inne zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M.47.8);
- 2) Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych (M51,1);
- 3) Pierwotna, obustronna koksartroza (M16.0) oraz pierwotna, obustronna gonartroza (M17.0).

W przypadku pacjentów ze schorzeniami z grupy chorób układu nerwowego (G), realizujących rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych, najczęściej sprawozdawanymi były następujące rozpoznania: spastyczne porażenie połowicze (G81.1), stwardnienie rozsiane (G35) oraz zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych lędźwiowo-krzyżowych niesklasyfikowane gdzie indziej (G54.4). Natomiast w warunkach oddziału/ośrodka dziennego najczęściej sprawozdawane były zaburzenia korzeni i splotów nerwowych (G54), stwardnienie rozsiane (G35) oraz porażenie połowicze (G81).

Trzecia najczęściej sprawozdawana grupa schorzeń zarówno w warunkach stacjonarnych, jak i w warunkach rehabilitacji dziennej, to oparzenia i inne skutki działania czynników zewnętrznych (T). W przypadku rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej najczęściej występowały następujące rozpoznania: następstwa złamania kości udowej (T93.1), następstwa innych złamań w obrębie kończyny dolnej (T93.2) oraz następstwa złamania kończyny górnej (T92.1). W przypadku rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej najczęściej sprawozdawane były następstwa urazów kończyny górnej (T92), następstwa urazów kończyny dolnej (T93) oraz następstwa złamania kończyny górnej (T92.1).

Najczęstsze rozpoznania - choroba zwyrodnieniowa stawów

Choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS) rozwija się wskutek działania czynników biologicznych i mechanicznych, które destabilizują powiązane ze sobą procesy degradacji i tworzenia chrząstki stawowej oraz warstwy podchrzęstnej kości i ostatecznie obejmują wszystkie tkanki stawu.

ChZS charakteryzuje się głównie bólem stawowym, ograniczenie ruchomości w stawie, trzeszczeniami oraz wtórnymi zmianami zapalnymi (np. wysiękiem w stawie) o różnym nasileniu, którym nie towarzyszą objawy ogólnoustrojowe.

[Szczeklik 2018]

Epidemiologia

ChZS jest najczęstszą przyczyną dolegliwości ze strony układu ruchu. U wszystkich osób >55. r.ż. stwierdza się charakterystyczne dla ChZS zmiany histopatologiczne w chrząstkach stawowych (badania autopsyjne), przy czym u >80% można wykryć zmiany zwyrodnieniowe stawów za pomocą badania radiologicznego. U >50% osób >40. r.ż. można rozpoznać tę chorobę, u 10-20% osób powoduje ona istotne ograniczenie sprawności.

ChZS najczęściej ujawnia się w wieku 40-60 lat. Występuje z podobną częstością u kobiet i mężczyzn, jednak cięższe postaci ChZS częściej dotyczą kobiet. Wśród chorych w wieku podeszłym wyraźnie przeważają kobiety.

[Szczeklik 2018]

Etiologia i patogeneza

Postaci ChZS:

- 1) pierwotna – częstsza, przyczyna nieznana,
- 2) wtórna – wywołana miejscowymi uszkodzeniami struktur i nieprawidłowościami budowy stawu lub chorobami ogólnoustrojowymi.

ChZS nie jest klinicznym wyrazem starzenia się stawu. Główne czynniki decydujące o zapoczątkowaniu i rozwoju ChZS:

- 1) nadmierne przeciążenie – może być wynikiem wadliwej budowy stawu, powodującej nierównomierny rozkład sił działających na powierzchnię chrząstki stawowej podczas obciążenia,
- 2) zaburzone właściwości fizykochemiczne chrząstki i innych tkanek stawu.

Czynniki zwiększające ryzyko ChZS:

- 1) starszy wiek,
- 2) nadwaga i otyłość (głównie dla stawów kolanowych),
- 3) mutacje genetyczne, np. mutacja genu *col2a1* prowadząca do zaburzenia struktury podstawowego składnika macierzy chrząstki stawowej – kolagenu typu II i skojarzona z częstszym występowaniem wielostawowej postaci ChZS,
- 4) czynniki mechaniczne:
 - a) praca zawodowa kobiet wymagająca częstego zginania kolan – zwiększa ryzyko 12-krotnie,
 - b) uprawianie sportu wyczynowego w przeszłości,
 - c) osłabienie okołostawowych mięśni szkieletowych,
 - d) siedzący tryb życia,
 - e) intensywne bieganie rekreacyjne,
 - f) przebyte urazy,
- 5) płeć żeńska,
- 6) duża gęstość mineralna kości, natomiast mała BMD sprzyja złamaniom w obrębie beleczek kostnych warstwy podchrzęstnej nasad kostnych tworzących staw,
- 7) zaburzenia czucia głębokiego.

[Szczeklik 2018]

Obraz kliniczny

W obrazie klinicznym zwykle dominuje jeden z rodzajów zmian patologicznych, najczęściej zmiany destrukcyjne lub wytwórcze w tkance kostnej, rzadziej proces zapalny. Większość objawów klinicznych jest wspólna dla każdej lokalizacji zmian:

- 1) ból w stawie – objaw dominujący o różnym natężeniu, występuje wyłącznie podczas ruchu w zajęтым stawie;
- 2) ograniczenie ruchomości w stawie, z wtórnym zanikiem okolicznych mięśni; w przypadku bardzo zaawansowanych zmian jest silny i pojawia się także w spoczynku oraz w nocy;
- 3) rzadsze objawy:
 - a) poszerzenie i zniekształcenie obrysów kostnych stawu,
 - b) tkliwość palpacyjna stawu,
 - c) trzeszczenie drobnoziarniste podczas ruchów,

d) wysięk w stawie.

[Szczeklik 2018]

Rodzaje ChZS

1) Choroba zwyrodnieniowa stawów kręgosłupa (spondyloartroza)

Dominującym objawem jest ból w okolicy przykręgosłupowej, nasilający się zwykle podczas ruchu. Na podstawie charakteru dolegliwości nie można odróżnić rodzaju zmian zwyrodnieniowych, tj. czy źródłem dolegliwości są zmiany krążka międzykręgowego, stawów międzywyrostkowych, stawów kręgosłupowo-żebrowych, więzadeł kręgosłupa, częściowy ześlizg kręgu, czy osteofity.

W hiperartrozie kręgosłupa (chorobie Forestiera) ból na ogół jest słaby, tępy, o zmiennym natężeniu. Ruchomość kręgosłupa jest znacznie zmniejszona, ale w odróżnieniu od zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa nie jest on nigdy całkowicie sztywny.

Najczęstszymi, choć o ograniczonym znaczeniu klinicznym, zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa są osteofity krawędzi trzonów. Nie jest to ChZS w ścisłym znaczeniu, ponieważ zmiany znajdują się wokół krążka międzykręgowego, który nie ma torebki stawowej, więc stawem nie jest.

[Szczeklik 2018]

2) Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego (koksartroza)

Ból może być odczuwany w każdym miejscu uda, ale częściej z przodu, w pachwinie i w kolanie. Ból zwykle nie promieniuje w kierunku pośladków innych tkanek położonych powyżej stawu. U wielu chorych współistnieje ból w okolicy talerza kości biodrowej, ale zwykle jest on spowodowany nieprawidłowym obciążeniem kręgosłupa. Ograniczenie ruchomości pojawia się szybko.

Najczęściej ograniczony jest ruch rotacji wewnętrznej ($<40^\circ$) i przeprostu ($<15^\circ$). Wtórnie może dochodzić do zapalenia przyczepów mięśni pośladkowych do krętarza większego oraz kaletki krętarzowej (ból bocznej powierzchni uda), zaników mięśni pośladkowych i względnego skrócenia kończyny; zmiany te występują częściej po przeciwnej, przeciążanej stronie.

[Szczeklik 2018]

3) Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego (gonartroza)

Ból jest odczuwany w stawie i górnej części podudzia. Zwykle bardziej bolesne jest schodzenie ze schodów niż wchodzenie. Ruchy boczne dociskanej do kości udowej rzepki zwykle wywołują ból. Ruchy zgięcia i wyprostu w stawie mogą wywoływać wyczuwalne ręką trzeszczenia. Niemal zawsze jest zaburzona oś kończyny – częściej występuje szpotawość niż koślawość. Nierzadko w stawie wykrywa się wysięk, czasem również torbiel w dole podkolanowym (torbiel Bakera). Zarysy stawu kolanowego ulegają pogrubieniu i zniekształceniu.

Wtórnie dochodzi często do osłabienia i zaniku mięśnia czworogłowego uda, entezopatii więzadeł pobocznych stawu, przyczepów zginaczy kolana i zapalenia kaletki gęsiej stopy, co również wywołuje ból. W zaawansowanych przypadkach powstaje przykurcz zgięciowy kolana.

[Szczeklik 2018]

Przebieg choroby

Początkowo objawy są niewielkie. Choroba rozwija się powoli, zwykle z okresami zaostrzeń i złagodzenia objawów klinicznych. Zwykle postępuje niezależnie od sposobu leczenia, chociaż leczenie może wpływać korzystnie na przebieg choroby. Nigdy się nie cofa. Stopień kalectwa zależy od lokalizacji i stopnia zaawansowania zmian. Najczęstszą przyczyną niesprawności jest zajęcie stawu biodrowego, a w następnej kolejności stawu kolanowego i stawów kręgosłupa.

[Szczeklik 2018]

Leczenie niefarmakologiczne

Obejmuje regularną edukację pacjenta oraz (w zależności od potrzeb i lokalizacji zmian):

- 1) dietę w celu zmniejszenia masy ciała u chorych otyłych lub z nadwagą – szczególnie ważne dla chorych na ChZS kolanowych i kręgosłupa;
- 2) fizjoterapię;
- 3) zaopatrzenie ortopedyczne – laski, kule, wkładki korekcyjne do obuwia, korektory osi kończyny, stabilizatory stawu kolanowego (w tym także elastyczne opaski), zewnętrzna korekcja ustawienia (medializacja rzepki);
- 4) odpowiednie obuwie.

Często właściwe postępowanie niefarmakologiczne pozwala ograniczyć zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe. [Szczeklik 2018]

Podstawą leczenia zmian zwyrodnieniowych stawów jest kompleksowe leczenie usprawniające. Leczenie to ma różne formy i zależne jest od stopnia zaawansowania choroby, jej postaci (faza ostra, przewlekła, zmiany jednostawowe, uogólnione), panujących poglądów, doświadczeń zespołu leczącego.

Według współczesnych poglądów najważniejszą cechą leczenia usprawniającego jest aktywna terapia ruchowa. Kinezyterapia wspomagana jest fizykoterapią.

Celem kinezyterapii jest przywrócenie utraconych funkcji narządu, uruchomienie i właściwe pokierowanie rezerwami czynnościowymi ustroju, poprawienie zakresu ruchomości stawu, poprawienie wydolności ogólnej ustroju, poprawienie siły mięśniowej, stabilności stawu, wyrobienie właściwych nawyków w ruchu chorego stawu, edukacja chorego.

[Kiwierski 2011]

Leczenie farmakologiczne

Odpowiedź na leczenie farmakologiczne nie zależy od zmian stwierdzonych w badaniach obrazowych. Stosuje się:

- 1) paracetamol,
- 2) niesteroidowe leki przeciwzapalne (NSLPZ),
- 3) opioidy,
- 4) glikokortykosteroidy (GKS) dostawowo,
- 5) tzw. wolno działające leki objawowe stosowane w chorobie zwyrodnieniowej stawów,
- 6) inhibitory wchłaniania zwrotnego serotoniny i noradrenaliny.

[Szczeklik 2018]

Endoprotezoplastyki stawów

W 2017 r. świadczenia endoprotezoplastyki stawowej realizowane były na podstawie umów zawartych przez Narodowy Fundusz Zdrowia z 314 świadczeniodawcami z terenu całego kraju. W ramach tych umów: 308 świadczeniodawców wszczepiało endoprotezy stawu biodrowego, 283 stawu kolanowego, 101 stawu ramiennego, 57 stawu łokciowego, 58 innego stawu. Największa liczba ośrodków realizujących w 2017 r. wymienione świadczenia znajdowała się w województwach mazowieckim i śląskim (37), a najmniejsza w lubuskim (7) i opolskim (9).

W 2017 r. w całym kraju wykonano 85 488 endoprotezoplastyk stawowych, z czego:

- 1) **56 688** endoprotezoplastyk stawu biodrowego:
 - ✓ 47 776 endoprotez całkowitych,
 - ✓ 10 249 endoprotez częściowych,
 - ✓ 663 zabiegi rewizyjne bez wymiany elementów wszczepu;
- 2) **27 653** endoprotezoplastyki stawu kolanowego:
 - ✓ 25 425 endoprotezoplastyk całkowitych,
 - ✓ 1 966 endoprotezoplastyk częściowych,
 - ✓ 262 zabiegi rewizyjne bez wymiany elementów wszczepu;
- 3) 707 endoprotezoplastyk stawu ramiennego;
- 4) 189 endoprotezoplastyk stawu łokciowego;

5) 251 endoprotezoplastyk innego stawu.
[NFZ 2017]

Endoprotezoplastyka stawu biodrowego

W 2017 r. zrealizowano 56 688 endoprotezoplastyk stawu biodrowego. W skali kraju największą liczbę świadczeń zrealizowały następujące ośrodki:

- 1) Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. A. Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Otwocku – **2 103** świadczenia,
- 2) Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. dr. J. Daaba w Piekarach Śląskich – **1 421** świadczeń,
- 3) Szpital M. Kopernika w Gdańsku – **827** świadczeń.
- 4) Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. W. Degi Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu – **820** świadczeń,
- 5) Mazowieckie Centrum Rehabilitacji Stocer Spółka z o.o. w Konstancinie Jeziorna – **671** świadczeń.

Najliczniejszą grupę, liczącą 163 świadczeniodawców, stanowili świadczeniodawcy, którzy w ciągu roku wykonali powyżej 150 endoprotezoplastyk stawu biodrowego. Mniej niż 25 endoprotezoplastyk stawu biodrowego zrealizowało 19 świadczeniodawców.

Do głównych rozpoznań chorobowych, będących przyczyną pierwotnej endoprotezoplastyki stawu biodrowego, należy zaliczyć: pierwotną, obustronną koksartrozę (M16.0), złamanie szyjki kości udowej (S72.0), inne pierwotne koksartrozy (M16.1). Osoby z wymienionymi rozpoznaniemmi stanowiły prawie 90% wszystkich osób, u których wykonano pierwotną endoprotezoplastykę stawu biodrowego. Najczęstszą przyczyną rewizji po endoprotezoplastyce stawu biodrowego w 2017 r. było z kolei mechaniczne powikłanie wewnętrznych protez stawów (T84.0).

Endoprotezoplastyki stawu biodrowego wykonano w 2017 r. u osób w wieku od 6 do 104 lat. Średni wiek operowanej kobiety wynosił 71 lat, mężczyzny 65 lat. W przypadku 50% osób, którym w 2017 r. wszczepiono endoprotezę stawu biodrowego, wiek nie przekraczał 69 lat. Wśród pacjentów, u których została wykonana endoprotezoplastyka stawu biodrowego, największy udział w ogólnej liczbie osób stanowiły osoby w wieku 60-69 lat. Następnym pod względem liczebności był przedział wiekowy od 70 do 79 lat. U osób z wymienionych grup wiekowych wykonano ponad 61% wszystkich endoprotezoplastyk stawu biodrowego. [NFZ 2017]

Endoprotezoplastyka stawu kolanowego

W 2017 r. zrealizowano 27 653 endoprotezoplastyki stawu kolanowego. W skali kraju największą liczbę świadczeń zrealizowały następujące ośrodki:

- 1) Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. A. Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Otwocku – 776 świadczeń,
- 2) Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. W. Degi Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu – 626 świadczeń,
- 3) Krakowskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii w Krakowie – 540 świadczeń,
- 4) Szpital im. M. Kopernika w Gdańsku – 406 świadczeń,
- 5) Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. dr J. Daaba w Piekarach Śląskich – 359 świadczeń.

Najliczniejszą grupę, liczącą 61 świadczeniodawców, stanowili świadczeniodawcy, którzy w 2017 r. wykonali od 50 do 74 wszczepów endoprotez stawu kolanowego. Ich udział w ogólnej liczbie świadczeniodawców realizujących świadczenia endoprotezoplastyki stawu kolanowego wynosił prawie 22%.

Do głównych rozpoznań chorobowych, będących przyczyną pierwotnej endoprotezoplastyki stawu kolanowego, należy zaliczyć: pierwotną obustronną gonartrozę (M17.0) i inne pierwotne gonartrozy (M17.1). Osoby z ww. rozpoznaniemmi stanowią prawie 95% wszystkich osób, u których wykonano w 2017 r. pierwotną endoprotezoplastykę stawu kolanowego. Najczęstszą przyczyną rewizji po endoprotezoplastyce stawu kolanowego były mechaniczne powikłania wewnętrznych protez stawów (T84.0). Rozpoznanie to wystąpiło u prawie 52% osób, u których przeprowadzono operacje rewizyjne.

Największy udział, wynoszący ponad 79%, w ogólnej liczbie osób stanowili pacjenci w wieku 60-79 lat. W 2017 r. endoprotezoplastyki stawu kolanowego były wykonywane u osób w wieku od 6 do 95 lat. Średni wiek operowanej

kobiety wynosił 69 lat, mężczyźni 66 lat. W przypadku 50% osób, którym wszczepiono w 2017 r. endoprotezę stawu kolanowego, wiek nie przekraczał 69 lat. [NFZ 2017]

3.1.2. Charakterystyka i profil populacji docelowej

Populacja docelowa została wyodrębniona w oparciu o przeglądy rekomendacji i wytycznych klinicznych, przeglądy skuteczności i bezpieczeństwa interwencji oraz analizy sprawozdanych świadczeń w ramach umów z NFZ.

Podstawą do zdefiniowania profilu populacji docelowej jest opisanie charakterystyki pacjenta pod kątem:

- 1) profilu klinicznego pacjenta - populacja docelowa obejmuje następujące profile kliniczne pacjentów:
 - ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej;
 - ze schorzeniami innych układów ciała m. in.:
 - ✓ nowotworami,
 - ✓ chorobami krwi,
 - ✓ chorobami układu pokarmowego,
 - ✓ chorobami układu moczowo-płciowego,
 - ✓ chorobami skóry i tkanki podskórnej,
 - ✓ wadami wrodzonymi.

Tabela 21. Wyodrębnione w oparciu o przeglądy wytycznych klinicznych oraz przeglądy skuteczności i bezpieczeństwa, populacje pacjentów.

L.P.	Populacje pacjentów	Odnalezione badania w ramach przeglądu systematycznego	Odnalezione badania w ramach przeglądu niesystematycznego	Wytyczne postępowania terapeutycznego
1.	pacjenci po zabiegach endoprotezoplastyki stawu:			
	alloplastyka stawu kolanowego	Buhagiar 2019 Chen 2017 Henderson 2017 Li 2017 Harvey 2014	x	x
	alloplastyka stawu biodrowego	Wu 2019	x	DOA 2011
	alloplastyka stawu kolanowego lub biodrowego	Luo 2017 Wang 2016 McDonald 2014	x	x
2.	pacjenci ortopedyczni/po urazach	x	Nolan 2012 (po złamaniach)	1. vAPTA 2017a (zapalenie stawu biodrowego) American Physical Therapy Association 2. APTA 2017b (po rekonstrukcji stawu kolanowego) 3. JOSPT 2014 (po przeszczepie komórek autologicznych do stawu kolanowego) 4. JOSPT 2014 (po złamaniach stawu biodrowego) 5. NIICE 2011 (po złamaniach stawu biodrowego) 6. ACP 2017 (ostry, podostry i przewlekły ból dolnego odcinka kręgosłupa) 7. RCOC 2016 (zabieg więzadła krzyżowego stawu kolanowego) 8. AAOS 2014 9złamanie stawu biodrowego)
3.	pacjenci po amputacjach	x	x	1. BACPAR 2016 2. BSRM 2018 British Society of Rehabilitation Medicine 3. VA/DoD 2014 (kończyna górna) 4. VA/DoD 2017 (kończyna dolna) Department of Veterans Affairs Department of Defense
4.	pacjenci geriatryczni	Mckelvie 2018	x	1. WHO 2017 (opieka nad osobami starszymi w tym rehabilitacja) 2. NICE 2013 (opieka)
3.	pacjenci po operacjach w obrębie jamy brzusznej	Gillis 2018 Moran 2016	x	1. IACS 2016 2. ERAS 2018 Colorectal
4.	pacjenci z nowotworami	Steffens 2018 Loughney 2016 Ni 2016	Lin 2016 (nowotwory ginekologiczne)	1. NICE 2004 (leczenie wspomagające i opieka paliatywna, w tym rehabilitacja) 2. CCO 2017 (ćwiczenia fizyczne)
3.	pacjenci z chorobami reumatologicznymi/	x	Baillet 2011 (RZS)	1. CRA 2014 (ZZSK) Canadian Rheumatology Association

L.P.	Populacje pacjentów	Odnalezione badania w ramach przeglądu systematycznego	Odnalezione badania w ramach przeglądu niesystematycznego	Wytyczne postępowania terapeutycznego
	zapalnymi/ zapalnymi tkanki łącznej/ zapalnymi stawów/ układowymi tkanki łącznej			2. CRA 2012 (fibromyalgia) 3. ACR 2015 (polimiaglia) American College of Rheumatology 4. ARRC 2018 (RZS) Amsterdam Rehabilitation Research Center 5. NICE 2018 (RZS) 6. ACR 2018 (łuszczycowe zapalenie stawów) American College of Rheumatology 7. RACGP 2018 (zmiany zwyrodnieniowe stawów)
8.	pacjenci z obrzękiem limfatycznym	x	Singh 2016	1. KIF 2017 (procedury fizjoterapeutyczne) 2. QH 2014 (postępowanie w obrzęku) 3. ONS 2012 (postępowanie w obrzęku) Oncology Nursing Society
9.	pacjenci z chorobami metabolicznymi	x	Kumar 2018 cukrzyca typu 2	SIGN 2017 cukrzyca typu I i II
10.	pacjenci z chorobami ginekologicznymi	x	x	NICE 2019 (nietrzymanie moczu i wypadanie narządów)
11.	cięża	x	x	1. Canada 2018 (aktywność fizyczna) 2. AHTA 2014 opieka podczas ciąży i porodu

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Pacjenci w ramach ww. profili klinicznych są po urazach, po leczeniu ortopedycznym, po leczeniu zachowawczym, po leczeniu operacyjnym innym niż ortopedycznym.

Dane sprawozdawcze NFZ najczęściej wskazywane do rozliczenia w ramach: rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej i dziennej, fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej.

Tabela 22. Procentowy udział najczęściej sprawozdanych rozpoznań w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej i dziennej, fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej w 2017 r.

Rozpoznanie medyczne	% udział najczęstszych rozpoznań wg ICD-10			
	fizjoterapia ambulatoryjna	fizjoterapia domowa	rehabilitacja dzienna	rehabilitacja stacjonarna
Bóle grzbietu	4,8%		4,4%	2,9%
Choroba Parkinsona		7,8%		
Choroby krążków międzykręgowych szyjnych	3,2%		3,3%	
Choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem	3,5%			
Gonartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego]	7,3%		3,7%	8,7%
Inne choroby krążka międzykręgowego	6,4%		10,4%	9,1%
Inne stany po zabiegach chirurgicznych				3,7%
Koksartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego]		3,5%	2,7%	9,5%
Następstwa chorób naczyniowych mózgu		12,1%		
Następstwa urazów kończyny dolnej				3,4%
Następstwa urazów kończyny górnej			2,6%	
Nowotwór złośliwy piersi			2,3%	
Porażenie kończyn dolnych i czterokończynowe		9,7%		
Porażenie połowicze		12,4%		
Skolioza			3,9%	7,0%
Stwardnienie rozsiane		10,4%		
Uszkodzenia barku	2,6%			
Zaburzenia korzeni i splotów nerwowych	8,7%		5,4%	
Zawał mózgu		5,4%		
Złamanie kości udowej		4,8%		
Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	19,3%		19,6%	15,5%
Zwyrodnienie wielostawowe	11,7%	3,9%	12,3%	6,0%
Pozostałe	2,4%	30,0%	29,2%	34,2%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

2) profilu funkcjonalnego pacjenta – uzasadniającego potrzebę rehabilitacji lub fizjoterapii:

- ✓ poziom opieki stacjonarnej – stan funkcjonalny opisany za pomocą skal medycznych

Tabela 23. Charakterystyka skal klinicznych kwalifikujących do rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.

Nazwa skali	Charakterystyka skali	Wartość skali kwalifikująca do rehabilitacji stacjonarnej	Opis skali
skala ADL (Activities of Daily Living) oparta na zmodyfikowanej skali Rankina	pozwala na ocenę stopnia niepełnosprawności pacjenta w 5 stopniowej skali, dotyczy głównie stopnia zależności od osób trzecich, gdzie 5 oznacza osobę z niepełnosprawnością w bardzo ciężkim stopniu, a 0 pacjenta, który nie zgłasza skarg. Skala jest mało czuła, ale bardzo prosta w użyciu i przydatna we wstępnej, ogólnej ocenie chorego.	3 stopień	Osoba niepełnosprawna w dość ciężkim stopniu. Objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie. Nie jest konieczna ciągła opieka i pomoc osoby drugiej
		4 stopień	Osoba niepełnosprawna w dość ciężkim stopniu. Objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie. Nie jest konieczna ciągła opieka i pomoc osoby drugiej
		5 stopień	Osoba niepełnosprawna w bardzo ciężkim stopniu. Świadczeniobiorca całkowicie zależny od otoczenia. Konieczna stała pomoc drugiej osoby
skala IADL (Instrumental Activities of Daily Living) według Lawtona	służy do oceny złożonych czynności życia codziennego. Skala ta ocenia osiem parametrów: zdolność posługiwania się telefonem, dokonywanie zakupów, przygotowywanie posiłków, sprząatanie, pranie, korzystanie ze środków transportu, przyjmowanie leków oraz posługiwanie się pieniędzmi. Punktacja w poszczególnych zakresach zawiera się w przedziale od 3 punktów – bez pomocy, do 1 punktu – zupełnie nie radzi sobie w danym zakresie	do 19 pkt.	Maksymalna możliwa do uzyskania liczba punktów wynosi 27 pkt. Przy pełnej niezależności pacjent otrzymuje 27 punktów, Otrzymanie poniżej 19 pkt. Oznacza umiarkowaną zależność (pacjent wymaga częściowej pomocy innych osób przy wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego), a 9 i mniej punktów – zależność ciężką (pełna pomoc przy wszystkich złożonych czynnościach dnia codziennego). Ogólna liczba punktów ma znaczenie w odniesieniu do konkretnego pacjenta, spadek tej liczby w czasie świadczy o pogorszeniu się stanu ogólnego
skala oparta na skali MRC (Clinical grading scale)	jest to skala składająca się z dwóch części. Pierwszą z nich stanowi 10 - poziomowa kliniczna skala stosowana do oceny funkcjonalnej (poziom 0 oznacza stan normalny (bez zaburzeń), poziom 9 oznacza pacjentów z respiratorem i porażeniem czterokończynowym, a poziom 10 śmierć), druga część skali określa ocenę siły mięśniowej w 6 - stopniowej skali, gdzie 5 oznacza normalny skurcz mięśni, a 0 brak ruchu.	3 stopień	Umiarkowana niepełnosprawność; pacjent pokonuje dystans na odległość > 50 m bez pomocy; umiarkowane osłabienie siły mięśniowej wg MRC - stopień 4 oceny siły mięśni i upośledzenie czucia
		4 stopień	Ciężka niepełnosprawność; pacjent jest w stanie chodzić na odległość > 10 m przy pomocy np. Laski, kuli; motoryka osłabiona wg MRC - stopień 4 oceny siły mięśni i upośledzenie czucia
		5 stopień	Oznacza pacjenta, który wymaga wsparcia w chodzeniu na odległość 5 m; ma wyraźne upośledzenie motoryki i czucia
		6 stopień	Pacjent nie może chodzić na odległość 5 m, może stać bez wsparcia i być w stanie przenieść się na wózek inwalidzki, zdolny do samodzielnego jedzenia
		7 stopień	Pacjent obłożnie chory, ciężki niedowład czterokończynowy, maksymalna siła mięśniowa wg MRC - stopień 3 oceny siły mięśni (mięśnie osłabione, zdolne do wykonania ruchu przeciwko grawitacji)

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

- ✓ poziom opieki dziennej – pacjent niespełniający kryteriów kwalifikacji do opieki stacjonarnej,
- ✓ poziom opieki ambulatoryjnej – pacjent, którego stan funkcjonalny wymaga fizjoterapii,
- ✓ poziom opieki domowej – stan funkcjonalny opisany za pomocą skali,

Tabela 24. Charakterystyka skal klinicznych kwalifikujących do fizjoterapii domowej.

Nazwa skali	Charakterystyka skali	Wartość skali kwalifikująca do fizjoterapii domowej	Opis skali
skala ADL (Activities of Daily Living) oparta na zmodyfikowanej skali Rankina	pozwala na ocenę stopnia niepełnosprawności pacjenta w 5 stopniowej skali, dotyczy głównie funkcji lokomocji i stopnia zależności od osób trzecich, gdzie 5 oznacza osobę z niepełnosprawnością w bardzo ciężkim stopniu, a 0 pacjenta, który nie zgłasza skarg. Skala jest mało czuła, ale bardzo prosta w użyciu i przydatna we wstępnej, ogólnej ocenie chorego.	3 stopień	Osoba niepełnosprawna w dość ciężkim stopniu. Objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie. Nie jest konieczna ciągła opieka i pomoc osoby drugiej
		4 stopień	Osoba niepełnosprawna w dość ciężkim stopniu. Objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie. Nie jest konieczna ciągła opieka i pomoc osoby drugiej
		5 stopień	Osoba niepełnosprawna w bardzo ciężkim stopniu. Świadczeniobiorca całkowicie zależny od otoczenia. Konieczna stała pomoc drugiej osoby

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

- 3) wskazanie poziomu opieki i miejsca ich realizacji - w ramach prac koncepcyjnych w rehabilitacji leczniczej wskazano następujące miejsca realizacji świadczeń:

Tabela 25. Poziomy opieki w rehabilitacji ogólnoustrojowej.

Poziom opieki	Miejsce realizacji świadczeń		
	Nazwa	Opis	
stacjonarny	oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej	dla pacjentów po leczeniu fazy ostrej choroby	realizowana jest kompleksowa terapia (wieloprofilowa)
dzienny	ośrodek kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej	<ul style="list-style-type: none"> - dla pacjentów po leczeniu fazy ostrej choroby - w ramach kontynuacji po zakończonej stacjonarnej rehabilitacji 	realizowana jest kompleksowa terapia (wieloprofilowa)
ambulatoryjny	pracownia fizjoterapii	<ul style="list-style-type: none"> - dla pacjentów po leczeniu fazy ostrej choroby - przed planowanym zabiegiem 	realizowana jest monoprofilowa terapia - fizjoterapia
domowy	w miejscu przebywania pacjenta	- dla pacjentów po leczeniu fazy ostrej choroby jako alternatywa dla stacjonarnej rehabilitacji	realizowana jest monoprofilowa terapia - fizjoterapia

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

- 4) potrzeb rehabilitacyjnych pacjenta – potrzeba rehabilitacji na różnych poziomach opieki (kompleksowej lub wyłącznie fizjoterapia), określana w trakcie wizyty lub porady kwalifikacyjnej w oparciu o konsultacje z terapeutami uczestniczącymi w realizacji świadczeń,

Tabela 26. Potrzeby terapeutyczne pacjentów w zależności od różnych poziomów opieki.

Poziom opieki	Rehabilitacja kompleksowa realizowana przez:							Fizjoterapia
	lekarz	fizjoterapeuta	psycholog	logopeda	terapeuta zajęciowy	dietetyk	pielęgniarka	fizjoterapeuta
stacjonarny	+	+	+/-	+/-	+/-	+/-	+	
dzienny	+	+	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	
ambulatoryjny								+
domowy								+

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

- 5) czasu od wystąpienia zdarzenia/choroby stanowiącej przyczynę rehabilitacji.

Tabela 27. Czas od wystąpienia zdarzenia/choroby jako kryterium kwalifikacji do różnych poziomów rehabilitacji.

Poziom opieki	Czas od wystąpienia zdarzenia/choroby
stacjonarny	1) pacjenci w okresie do 12 tygodni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby - po leczeniu operacyjnym w oddziale ostrej fazy choroby, lub 2) pacjenci w okresie do 6 tygodni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby -po leczeniu zachowawczym w oddziale ostrej fazy choroby
dzienny	1) pacjenci w okresie do 30 dni od dnia zakończenia leczenia - po przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego: - w oddziale leczenia ostrej fazy choroby, lub - w rehabilitacji stacjonarnej – w ramach kontynuacji leczenia, lub - wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby
ambulatoryjny	pacjenci w okresie do 30 dni od dnia wystawienia skierowania po leczeniu urazu lub po operacji
domowy	1) pacjenci w okresie do 6 miesięcy od dnia wykonania operacji, lub 2) pacjenci w okresie do 9 miesięcy od dnia złamania lub amputacji.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

W zależności od stanu funkcjonalnego pacjenci w ramach profili klinicznych zostali przypisani do różnych poziomów opieki rehabilitacyjnej. Szczegółowe kryteria kwalifikacji przedstawia tabela poniżej. Do stacjonarnej rehabilitacji kwalifikują się osoby bezpośrednio lub w ciągu krótkiego, określonego czasu od zakończenia leczenia szpitalnego ostrej fazy choroby. Stan funkcjonalny został opisany za pomocą skal medycznych. Przy kwalifikacji do poziomu stacjonarnego został wprowadzony element „odstępstwa” od wskazanych kryteriów, w którym lekarz z oddziału rehabilitacji decyduje o przyjęciu.

Tabela 28. Profil kliniczny i funkcjonalny pacjenta w rehabilitacji ogólnoustrojowej na różnych poziomach opieki.

Poziom opieki	Kryteria kwalifikacji	
	Profil kliniczny i funkcjonalny pacjenta	
	ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	ze schorzeniami innych układów ciała
stacjonarny	<p>Pacjent w określonym stanie funkcjonalnym lub klinicznym, który uzasadnia potrzebę realizacji kompleksowej rehabilitacji w warunkach stacjonarnych dziennego (realizowanej przez fizjoterapeutę, psychologa lub logopedę lub terapeutę zajęciowego) potwierdzoną pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonym przez lekarza z oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej:</p> <p>1) w zakresie mobilności: Pacjent (wg skali MRC od 3 do 7 stopnia) z umiarkowaną niepełnosprawnością po obłożnie chorego. Jest w stanie pokonać dystans do 50 metrów lub pacjent leżący, siła mięśni jest zmniejszona, ale skurcz mięśni może nadal poruszać stawem przeciw oporowi lub mięśnie osłabione, ale jest możliwy skurcz przeciwko grawitacji, lub możliwy ruch, gdy opór grawitacji zostanie usunięty lub widoczny lub odczuwany jest tylko ślad lub migotanie mięśni lub nie obserwuje się ruchu mięśni; oraz</p> <p>2) w zakresie: a) czynności dnia codziennego: Pacjent (wg zmodyfikowanej skali Rankina od 3 do 5 stopnia) charakteryzuje się umiarkowaną lub ciężką niepełnosprawnością, konieczna opieka (od okazjonalnej po ciągłą) osób trzecich przy wykonywaniu czynności życia codziennego, objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie, lub b) złożonych czynności życia codziennego: Pacjent (wg skali IADL wg Lawtona do 19 pkt.) charakteryzuje się umiarkowaną (konieczna częściowa pomoc) po całkowitą zależność od osób trzecich w takich czynnościach jak: zdolność posługiwania się telefonem, dokonywanie zakupów, przygotowywanie posiłków, sprzątanie, pranie, korzystanie ze środków transportu, przyjmowanie leków oraz posługiwanie się pieniędzmi; oraz</p> <p>3) po leczeniu operacyjnym - do 12 tygodni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub po leczeniu zachowawczym w oddziale ostrej fazy choroby - do 6 tygodni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby.</p>	
dzienny	<p>Pacjent w określonym stanie funkcjonalnym lub klinicznym, który uzasadnia potrzebę realizacji kompleksowej rehabilitacji w warunkach ośrodka dziennego (realizowanej przez fizjoterapeutę, psychologa lub logopedę lub terapeutę zajęciowego), potwierdzoną pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonym przez lekarza z ośrodka dziennego rehabilitacji ogólnoustrojowej:</p> <p>1) pacjent niespełniający kryteriów do stacjonarnej rehabilitacji, 2) pacjent bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od dnia: a) zakończenia leczenia - po przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego: - w oddziale leczenia ostrej fazy choroby, lub</p>	

Poziom opieki	Kryteria kwalifikacji	
	Profil kliniczny i funkcjonalny pacjenta	
	ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	ze schorzeniami innych układów ciała
	– w rehabilitacji stacjonarnej – w ramach kontynuacji leczenia, lub b) wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby 3) pacjent z obrzękiem limfatycznym	
ambulatoryjny	Pacjent w określonym stanie funkcjonalnym lub klinicznym, który uzasadnia potrzebę realizacji fizjoterapii ambulatoryjnej (realizowanej przez fizjoterapeutę), potwierdzoną pozytywnym wynikiem kwalifikacji przez fizjoterapeutę: 1) pacjent w stanach pourazowych i pooperacyjnych układu mięśniowo-szkieletowego, tkanki łącznej i innymi schorzeniami (m.in. z chorobami ginekologicznymi, laryngologicznymi, dermatologicznymi, urologicznymi) - rozpoczęcie fizjoterapii bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od dnia wystawienia skierowania, lub 2) pacjent w sytuacjach mających na celu przygotowanie do zaplanowanych zabiegów chirurgicznych lub ortopedycznych. 3) pacjent z chorobą przewlekłą po zaostrzeniu choroby	
domowy	Pacjent w określonym stanie funkcjonalnym lub klinicznym, który uzasadnia potrzebę realizacji fizjoterapii domowej (realizowanej przez fizjoterapeutę), potwierdzoną pozytywnym wynikiem kwalifikacji: 1) pacjent w zakresie czynności dnia codziennego (wg zmodyfikowanej skali Rankina od 3 do 5 stopnia) charakteryzuje się umiarkowaną lub ciężką niepełnosprawnością, nie jest w stanie chodzić samodzielnie i nie jest w stanie doglądać własnego ciała bez pomocy, konieczna opieka (od okazjonalnej po ciągłą) osób trzecich przy wykonywaniu czynności życia codziennego, objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie, oraz 2) pacjent po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy, w okresie do 6 miesięcy od dnia wykonania operacji, lub pacjent z licznymi złamaniami lub złamaniami w obrębie miednicy lub amputacjami w obrębie kończyn dolnych, w okresie do 9 miesięcy od dnia złamania lub amputacji, oraz 3) pacjent niewymagający kompleksowej rehabilitacji oraz którego stan funkcjonalny uniemożliwia samodzielne dotarcie do świadczeniodawcy (alternatywa dla rehabilitacji stacjonarnej).	

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Pełna charakterystyka populacji docelowej została opisana w ramach projektów świadczeń również poprzez:

- 1) stan kliniczny i funkcjonalny pacjenta,
- 2) stopień mobilności pacjenta (rozumiany jako możliwość samodzielnego, codziennego dotarcia pacjenta na terapie),
- 3) złożoność wymaganej opieki i terapii medycznej (szpital vs. ambulatorium, kompleksowość świadczeń vs. monoprofilowość).

3.2. Oceniane technologie medyczne

Proponowana zmiana technologii medycznej w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej polega na:

- a) zdefiniowaniu świadczeń w oparciu o profilu pacjenta oraz za pomocą kryteriów kwalifikacji,
- b) określeniu profili i rodzaju interwencji w ramach świadczeń, warunków ich realizacji,
- c) doborze świadczeń do modułów rehabilitacji - poziomów miejsc udzielania świadczeń (w warunkach stacjonarnych, ośrodka dziennego, ambulatorium, domowych).

Zmiana została zaprezentowana w tabeli poniżej.

Tabela 29. Świadczenia w rehabilitacji ogólnoustrojowej w podziale na profil pacjenta i kryteria kwalifikacji.

Nazwa świadczenia	Profil kliniczny pacjenta	Kryteria kwalifikacji
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna.	1) ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej; 2) ze schorzeniami innych układów ciała	1) stan pacjenta oceniony za pomocą skal medycznych: – wg skali MRC od 3 do 7 stopnia oraz – wg zmodyfikowanej skali Rankina od 3 do 5 stopnia lub wg skali IADL wg Lawtona do 19 pkt. 2) pacjent w okresie do 12 tygodni po leczeniu operacyjnym lub do 6 tygodni po leczeniu zachowawczym
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna		1) pacjent w określonym stanie funkcjonalnym lub klinicznym, który uzasadnia potrzebę realizacji kompleksowej rehabilitacji w warunkach ośrodka dziennego 2) pacjent niespełniający kryteriów do oddziału stacjonarnego, 3) pacjent w okresie do 30 dni po leczeniu operacyjnym lub zachowawczym lub po ukończonej rehabilitacji stacjonarnej
Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym	z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii	pacjent z obrzękiem limfatycznym
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego, tkanki łącznej i innymi schorzeniami.	1) ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej; 2) ze schorzeniami innych układów ciała	1) w stanach pourazowych i pooperacyjnych oraz w stanach po zaostrzeniu choroby przewlekłej w okresie do 30 dni od dnia wystawienia skierowania, 2) w sytuacjach mających na celu przygotowanie do zaplanowanych zabiegów chirurgicznych lub ortopedycznych. 3) w stanach zaostrzeń chorób przewlekłych
Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy	po zabiegach endoprotezoplastyki stawu	1) stan pacjenta oceniony za pomocą zmodyfikowanej skali Rankina od 3 do 5 stopnia oraz 2) pacjent w okresie do 6 miesięcy od dnia wykonania operacji 3) pacjent niewymagający kompleksowej rehabilitacji oraz którego stan funkcjonalny uniemożliwia samodzielne dotarcie do świadczeniodawcy (alternatywa dla rehabilitacji stacjonarnej).
Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami	z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami	1) stan pacjenta oceniony za pomocą zmodyfikowanej skali Rankina od 3 do 5 stopnia oraz 2) pacjent w okresie do 9 miesięcy od dnia złamania lub amputacji 3) pacjent niewymagający kompleksowej rehabilitacji oraz którego stan funkcjonalny uniemożliwia samodzielne dotarcie do świadczeniodawcy (alternatywa dla rehabilitacji stacjonarnej).

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Wyodrębnione profile interwencji na potrzeby rehabilitacji ogólnoustrojowej obejmują:

- 1) **profil dietetyczny** – obejmuje następujące interwencje realizowane przez dietetyka:
 - a) konsultację dietetyczną,
 - b) edukację dietetyczną;

- 2) **profil fizjoterapeutyczny** - obejmuje następujące interwencje realizowane przez fizjoterapeutę:
- fizjoterapia indywidualna - to interwencja obejmująca realizację procedur fizjoterapeutycznych, określonych w planie fizjoterapii, wykonywanych indywidualnie przez fizjoterapeutę na rzecz jednego świadczeniobiorcy;
 - funkcjonalny trening medyczny - to interwencja obejmująca realizację procedur fizjoterapeutycznych oraz fizjoprofilaktyki, określonych w planie fizjoterapii, wykonywanych samodzielnie przez pacjenta, pod nadzorem fizjoterapeuty, który jest częścią trwającego procesu fizjoterapii w celu utrwalenia uzyskanych efektów leczenia lub grupowo;
 - konsultacja fizjoterapeutyczna – proces zakończony wydaniem opinii dot. stanu funkcjonalnego;
 - wizyta fizjoterapeutyczna - to interwencja obejmująca czynności wykonywane przez fizjoterapeutę zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz odpowiednich aktach wykonawczych;
 - wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna – wizyta ukierunkowana na kwalifikację do fizjoterapii, diagnostykę funkcjonalną pacjenta zakończoną sformułowaniem mierzalnego celu terapeutycznego, określeniem planu fizjoterapii oraz mechanizmów weryfikacji wskazanych celów, zgodnie z ustawią z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz odpowiednich aktów wykonawczych;
- 3) **profil lekarski** – obejmuje następujące interwencje realizowane przez lekarza:
- konsultacja lekarska;
 - opieka lekarska - zabezpieczenie ogólnolekarskich potrzeb pacjenta w trakcie pobytu na oddziale stacjonarnym;
 - porada kwalifikacyjna – porada lekarska ukierunkowana w szczególności na ocenę stanu zdrowia pacjenta oraz postępowanie diagnostyczne zakończone sformułowaniem mierzalnego celu leczenia, określeniem planu leczenia i mechanizmów weryfikacji celu leczenia. Powyższy zakres realizowany jest na podstawie wyników badań diagnostycznych i diagnostyki stanu funkcjonalnego oraz wymaganych konsultacji członków zespołu terapeutycznego;
 - porada lekarska – to interwencja obejmująca czynności wykonywane przez lekarza zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 618 z późn. zm.);
- 4) **profil logopedyczny** – obejmuje następujące interwencje:
- konsultacja logopedyczna;
 - terapia logopedyczna;
- 5) **profil psychologiczny** – obejmuje następujące interwencje realizowane przez psychologa:
- konsultacja psychologiczna,
 - terapia psychologiczna - obejmuje czynności takie jak: diagnozę lub terapię lub interwencję, zgodnie z kompetencjami psychologa określonymi w ustawie z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz.U. 2001 r. Nr 73 poz. 763, z późn. zm.);
- 6) **profil pielęgniarski** – obejmuje opiekę pielęgniarską – to interwencja obejmująca czynności wykonywane przez pielęgniarkę lub położną zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123 z późn. zm.),
- 7) **profil terapii zajęciowej** – obejmuje następujące interwencje:
- konsultacja terapeuty zajęciowego;
 - terapia zajęciowa.

Jednocześnie każdy profil interwencji stanowi zbiór procedur medycznych. Wybór procedur medycznych w ramach poszczególnych interwencji jest dokonywany przez danego terapeutę pod kątem spełnienia postawionych celów terapii.

Należy założyć, iż liczba i rodzaj interwencji terapeutycznych będzie obejmowała zindywidualizowane podejście do rehabilitacji pacjenta w oparciu o dostępne dowody naukowe, wytyczne postępowania czy praktykę medyczną.

Dobór profili i rodzajów interwencji do poziomów miejsc udzielania świadczeń przedstawi tabela poniżej.

Tabela 30. Dobór profili i rodzajów interwencji do poziomów miejsc udzielania świadczeń.

Poziom opieki	profil interwencji	nazwa świadczenia
stacjonarny	profil lekarski profil fizjoterapeutyczny	<ul style="list-style-type: none"> Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna.

Poziom opieki	profil interwencji	nazwa świadczenia
	profil pielęgniarstwa profil psychologiczny profil logopedyczny profil terapeuty zajęciowego profil dietetyczny	
dzienny	profil lekarski profil fizjoterapeutyczny profil pielęgniarstwa profil psychologiczny profil logopedyczny profil terapeuty zajęciowego profil dietetyczny	<ul style="list-style-type: none"> • Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna. • Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym.
ambulatoryjny	profil fizjoterapeutyczny	<ul style="list-style-type: none"> • Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego, tkanki łącznej i innymi schorzeniami.
domowy	profil fizjoterapeutyczny	<ul style="list-style-type: none"> • Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy. • Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

3.3. Alternatywne technologie medyczne

3.3.1. Opis metodyki

W dniu 11.06.2019 r. przeszukano strony Trip Data Base oraz Google w celu odnalezienia aktualnych wytycznych praktyki klinicznej dotyczących rehabilitacji ogólnoustrojowej uwzględniających więcej niż jedną jednostkę chorobową. Wyszukiwania przeprowadziło trzech analityków.

Wyszukiwania wytycznych w obszarze rehabilitacji ogólnoustrojowej obejmowały następujące stany kliniczne:

- Rehabilitacja po amputacjach
- Rehabilitacja w chorobach reumatologicznych/zapalnych/zapalnych tkanki łącznej/zapalnych stawów/układowych tkanki łącznej
- Rehabilitacja pozabiegowa
- Rehabilitacja ortopedyczna/traumatologiczna
- Rehabilitacja w chorobach metabolicznych
- Rehabilitacja ginekologiczna
- Rehabilitacja geriatryczna
- Rehabilitacja onkologiczna
- Rehabilitacja w obrzęku limfatycznym

W wypadku nieodnalezienia wytycznych dotyczących całości powyższych populacji uwzględniano wytyczne odnoszące się do ich podzbiorów.

Odnaleziono 96 dokumentów wytycznych. Spośród istotnych wytycznych dla każdej z powyższych sytuacji klinicznych (lub ich podzbiorów) 3 najnowsze zostały ocenione w domenie 3 narzędzia AGREE II. Ocena dokonana była przez 2 analityków i umieszczona w tabeli z opisem wytycznych. Do analizy zostały włączone dokumenty o najwyższych wynikach w danej populacji oraz te, które zdaniem analityków przedstawiały szczególną wartość merytoryczną.

Ogółem do opracowania włączono 33 rekomendacje z lat 2004-2019. Wszystkie odnalezione wytyczne w przedmiotowym wskazaniu powstały na podstawie przeglądów literatury oraz konsensusu eksperckiego bądź stanowią zaktualizowaną wersję poprzednich wytycznych.

Podsumowanie najważniejszych odnalezionych informacji przedstawiono w poniższych tabelach.

3.3.2. Rehabilitacja po amputacjach

Tabela 31. Rekomendacje dotyczące rehabilitacji po amputacjach.

Wytyczne	Opis wytycznych
<p>BACPAR 2016</p> <p>British Association of Chartered Physiotherapists in Amputee Rehabilitation</p> <p>Wielka Brytania</p> <p>Wytyczne dotyczące przed- i pooperacyjnej fizjoterapii u dorosłych pacjentów z amputacją dolnej kończyny</p> <p>Wytyczne opracowane na podstawie przeglądu systematycznego literatury i konsensusu eksperckiego</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 25%</p>	<p>Rola fizjoterapeuty w zespole multidyscyplinarnym:</p> <ul style="list-style-type: none"> • W ramach zespołu multidyscyplinarnego o zadań fizjoterapeuty należy terapia ćwiczeniami [B] • W ramach zespołu multidyscyplinarnego o zadań fizjoterapeuty należy ocena i leczenie z wykorzystaniem wczesnych pomocy chodu (ang. early walking aids) [B] • Fizjoterapeuta w ramach zespołu multidyscyplinarnego bierze udział w prognozowaniu dotyczącym zastosowania protezy [B] • Za opiekę fizjoterapeutyczną powinien być odpowiedzialny fizjoterapeuta specjalizujący się w rehabilitacji po amputacjach. [C] • Jeśli możliwy jest wybór poziomu amputacji, należy przeprowadzić konsultację z fizjoterapeutą w celu wyboru poziomu optymalnego pod względem funkcjonalności. [C] • Fizjoterapeuta powinien być zaangażowany w tworzenie protokołów, wg których postępuje zespół multidyscyplinarny [C] • Powinna istnieć zaaprobowana procedura komunikacji między fizjoterapeutą, a pozostałymi członkami zespołu multidyscyplinarnego [C] • Do zadań fizjoterapeuty należy terapia kompresyjna [C] • Fizjoterapeuta doświadczony w rehabilitacji po amputacjach może być odpowiedzialny za podjęcie decyzji o rozpoczęciu korzystania z wczesnych pomocy chodzenia (ang. early walking aids), w razie potrzeby współpracując z innymi członkami zespołu multidyscyplinarnego [C] • Fizjoterapeuta wraz z innymi profesjonalistami powinien uczestniczyć w procesie leczenia rany poamputacyjnej [C] • Fizjoterapeuta wraz z innymi profesjonalistami powinien uczestniczyć w kompresjoterapii [C] • Fizjoterapeuta wraz z innymi profesjonalistami powinien uczestniczyć w leczeniu rany pozostałej kończyny, jeżeli jest taka potrzeba [B] • W razie konieczności fizjoterapeuta powinien uczestniczyć w leczeniu bólu. [C] • Fizjoterapeuta powinien uczestniczyć w decyzji o skierowaniu pacjenta na wykonanie protezy [C] • Fizjoterapeuta powinien uczestniczyć w podejmowaniu decyzji odnośnie zastosowanych miar efektu [C] • Fizjoterapeuta wraz z innymi profesjonalistami powinien uczestniczyć w procesie dostosowania psychologicznego pacjenta po amputacji [C] • W razie potrzeby fizjoterapeuta powinien móc kontaktować się bezpośrednio z psychologiem [C] <p>Postępowanie przedoperacyjne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • W miarę możliwości ocena pod kątem fizjoterapii powinna zostać przeprowadzona przed zabiegiem [C] • Ustrukturyzowany program ćwiczeń powinien zostać włączony najszybciej, jak to możliwe [C] <p>Postępowanie pooperacyjne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ocena przez fizjoterapeutę oraz rehabilitacją powinny zostać rozpoczęte w pierwszej dobie po zabiegu [C] • W razie konieczności fizjoterapeuta powinien uczestniczyć w wizytach domowych [C] • W ramach kompresjoterapii preferowane jest użycie skarpety uciskowej zamiast bandaży elastycznego w celu redukcji objętości kończyny [D] • Po operacji pacjent powinien poruszać się na wózku, chyba, że występują szczególne wskazania, aby nauczyć pacjenta wykorzystania kul, szyny Zimmera lub rotatora [C] <p>Jakość dowodów:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1++ – metaanalizy wysokiej jakości, przeglądy systematyczny RCT, lub badania RCT z bardzo niskim ryzykiem błędu systematycznego • 1+ – dobrze przeprowadzone metaanalizy, przeglądy systematyczne lub badania RCT z niskim ryzykiem błędu systematycznego • 1- – metaanalizy, przeglądy systematyczne lub badania RCCT z wysokim ryzykiem błędu systematycznego • 2++ – wysokiej jakości przeglądy systematyczne badań kliniczno-kontrolnych lub kohortowych lub wysokiej jakości badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe z bardzo niskim ryzykiem błędu i wysokim prawdopodobieństwem zachodzenia relacji przyczynowo skutkowej • 2+ – dobrze przeprowadzone badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe z niskim ryzykiem błędu oraz umiarkowanym prawdopodobieństwem zachodzenia relacji przyczynowo skutkowej • 2- – badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe z wysokim ryzykiem błędu i istotnym ryzykiem braku związku przyczynowo skutkowego • 3 – badania nieanalityczne, np. opisy przypadków, serie przypadków

Wytyczne	Opis wytycznych
	<ul style="list-style-type: none"> • 4 – opinia eksperta <p>Siła rekomendacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A – musi posiadać co najmniej jedną metaanalizę lub badanie RCT lub przegląd systematyczny o jakości 1++ (), który bezpośrednio odnosi się do rozpatrywanej populacji lub materiał dowodowy o jakości 1+ () bezpośrednio związany z rozpatrywaną populacją cechujący się spójnymi wynkami • B – materiał dowodowy jakości 2++ () bezpośrednio związany z rozpatrywaną populacją cechujący się spójnością wyników lub wyniki ekstrapolowane z badań 1+ lub 1++ • C – materiał dowodowy jakości 2+ () bezpośrednio związany z rozpatrywaną populacją cechujący się spójnością wyników lub wyniki ekstrapolowane z badań 2++ • D – dowody jakości 3 lub 4 lub wyniki ekstrapolowane z badań 2+
<p>BSRM 2018</p> <p>British Society of Rehabilitation Medicine</p> <p>Wielka Brytania</p> <p>Wytyczne dotyczące rehabilitacji po amputacjach i protezowaniu.</p> <p>Wytyczne opracowane na podstawie przeglądu literatury i konsensusu eksperckiego.</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 19%</p>	<p>Amputacja kończyny dolnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program rehabilitacji powinien zostać wdrożony przed operacją, aby zapewnić podstawę do rehabilitacji pooperacyjnej i zapoznać pacjenta z fizjoterapeutą • Programy rehabilitacji prowadzone w ramach hospitalizacji dla osób po amputacji prawdopodobnie okażą się bardziej satysfakcjonujące niż długotrwała rehabilitacja ambulatoryjna pod względem przeżycia pacjenta oraz prawdopodobieństwa wypisu do domu. Dłuższe okresy rehabilitacji szpitalnej mogą być związane z poprawą funkcjonowania fizycznego. Konieczne jest rozpoznanie schematów zdrowienia w początkowych etapach i zapewnienie odpowiedniego czasu na leczenie i rehabilitację • Rekomenduje się stosowanie zwalidowanych miar efektu. BSRM aktualnie zaleca stosowanie skali mobilności SIGAM <p>Amputacja kończyny górnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • W rehabilitacji użytkowników protezy kończyny górnej kluczową rolę odgrywa terapeuta zajęciowy • Intensywna terapia zajęciowa w specjalistycznym ośrodku rehabilitacyjnym obejmująca wiele sesji w ciągu tygodnia przez okres jednego tygodnia lub dłuższy jest może być wymagana z powodu niedostępności odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty w lokalnym szpitalu <p>Zespół multidyscyplinarny:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitacja musi być prowadzona przez koordynowany zespół inter- lub multidyscyplinarny <p>Szpital ogólny:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurg-konsultant odpowiedzialny za wykonywanie amputacji w danym ośrodku • Terapeuta lub inny specjalista koordynujący prowadzenie rehabilitacji • Dostęp do terapii zajęciowej • Fizjoterapeuta • Pracownik socjalny <p>Specjalistyczny ośrodek rehabilitacji</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lekarz specjalista rehabilitacji • Protetyk • Specjalista fizjoterapii • Specjalista terapii zajęciowej • Ponadto w dostępie ortotyk, doradca, pracownik socjalny, psycholog, inżynier rehabilitacji (ang. rehabilitation engineer), podolog, pielęgniarka oraz doradca zawodowy
<p>VA/DoD 2017</p> <p>Department of Veterans Affairs Department of Defense USA</p> <p>Wytyczne dotyczące rehabilitacji po amputacji kończyny dolnej</p> <p>Wytyczne opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu eksperckiego</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 88%</p>	<p>Kluczowe rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sugeruje się rozpoczęcie treningu mobilności tak szybko, jak to możliwe po amputacji [słabe za] • Zalecane jest rozpoczęcie rehabilitacji obejmującej zarówno ćwiczenia w otwartym jak i zamkniętym łańcuchu oraz zwiększanie oporu w celu poprawy jakości chodu, mobilności, siły, wydolności sercowo-naczyniowej i sprawności w codziennych czynnościach [silne za] • Sugeruje się stosowanie kolan sterowanych mikroprocesorem w celu redukcji ryzyka upadków i maksymalizacji satysfakcji pacjenta. Brak dostatecznych dowodów aby rekomendować za lub przeciwko konkretnemu wzorowi gniazda protezy, rodzajowi protetycznej stopy, zawieszeniu lub interfejsowi [słabe za] • Rekomenduje się zastosowanie zwalidowanych wiarygodnych i responsywnych miar efektu, np. Kompleksowy Predyktor Mobilności Wysokiego Poziomu (ang. Comprehensive High-level Activity Mobility Predictor), predyktor mobilności pacjenta po amputacji (ang. Amputee Mobility Predictor) test 10-cio metrowego chodu, test 6-cio minutowego chodu [silne za]

Wytyczne	Opis wytycznych
<p>VA/DoD 2014</p> <p>Department of Veterans Affairs Department of Defense</p> <p>USA</p> <p>Wytyczne dotyczące rehabilitacji po amputacji kończyny górnej wytyczne opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu eksperckiego</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 88%</p>	<p>Kluczowe rekomendacje:</p> <p>U pacjentów podlegających amputacji kończyny górnej zalecane jest podejście multidyscyplinarne obejmujące pacjenta, rodzinę i/lub opiekunów [EO]</p> <p>Pacjenci po amputacji kończyny górnej powinni podlegać corocznej interdyscyplinarnej kontroli [EO]</p> <p>Siła rekomendacji i jakość dowodów: EO – opinia ekspercka</p>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

3.3.3. Rehabilitacja w chorobach reumatologicznych/ zapalnych/ zapalnych tkanki łącznej/zapalnych stawów/układowych tkanki łącznej

Tabela 32. Rekomendacje dotyczące zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa.

Wytyczne	Opis wytycznych
<p>CRA 2014</p> <p>Canadian Rheumatology Association</p> <p>Kanada</p> <p>Wytyczne dotyczące leczenia pacjentów z zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa.</p> <p>Zalecenia zostały opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu ekspertów</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 50%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Niefarmakologiczne leczenie ZZSK powinno obejmować: <ul style="list-style-type: none"> ○ edukację pacjentów; (I A) ○ regularne ćwiczenia (najlepiej w ośrodkach specjalistycznych lub z doświadczonymi fizjoterapeutami). (II B) • Należy rozważyć indywidualną i grupową fizjoterapię. (I A) • Przydatne mogą być stowarzyszenia pacjentów i grupy samopomocy. (IV D) <p>I – metaanalizy, przeglądy systematyczne badań RCT lub badania RCT II – metaanalizy, przeglądy systematyczne badań obserwacyjnych (kohortowe lub opisy przypadków), lub badania obserwacyjne (opisy przypadków) lub RCT z analizą podgrup/post hoc /post hoc III – badania nieanalityczne (opisy przypadków, serie przypadków) IV – opinie ekspertów NR – brak dowodów</p> <p>A – wysoka siła rekomendacja, dowody poziomu I B – umiarkowana siła rekomendacja, dowody z poziomu II lub ekstrapolowane z poziomu I C – słaba siła rekomendacji; dowody poziomu III lub ekstrapolowane poziomu II D – rekomendacje oparte na konsensusie eksperckim i bardzo małej ilości dowodów=</p>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 33. Rekomendacje dotyczące polimialgii reumatycznej.

Wytyczne	Opis wytycznych
<p>ACR 2015</p> <p>American College of Rheumatology</p> <p>USA</p> <p>Wytyczne dotyczące leczenia pacjentów z polimiaglią reumatyczną</p> <p>Zalecenia zostały opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu ekspertów</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacjenci powinni mieć dostęp do edukacji koncentrującej się na wpływie PMR na życie oraz leczeniu tej choroby (w tych choroby współistniejące) oraz do porad na temat indywidualnie dopasowanych programów ćwiczeń. • Panel warunkowo zaleca rozważenie indywidualnego programu ćwiczeń dla pacjentów z PMR ukierunkowanego na utrzymanie odpowiedniej masy ciała oraz funkcji mięśni, zmniejszenie ryzyka upadków zwłaszcza u starszych pacjentów w trakcie przewlekłej terapii glikokortykosteroidami oraz u pacjentów słabszych. <p>Uwagi Brak siły rekomendacji</p>

Wytyczne	Opis wytycznych
Ocena w domenie 3 AGREE II: 67%	

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 34. Rekomendacje dotyczące reumatoidalnego zapalenia stawów.

Wytyczne	Opis wytycznych
<p>ARRC 2018</p> <p>Amsterdam Rehabilitation Research Center</p> <p>Holandia</p> <p>Wytyczne dotyczące leczenia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów.</p> <p>Zalecenia zostały opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu ekspertów</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 81%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ogólna terapia ruchowa jest zalecana u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów zgodnie z wytycznymi KNGF dotyczących fizjoterapii u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. (1) • Terapia ruchowa specyficzna dla stopy i kostki może obejmować: <ul style="list-style-type: none"> ○ ćwiczenia wzmacniające wewnętrzne mięśnie stopy i mięsień piszczelowy tylny, ○ aktywne ćwiczenia rozciągnięcia podszewowego, ścięgna Achillesa oraz mięśnia strzałkowego ○ aktywne ćwiczenia poprawiające mobilność stawów. (4a) • Opieka podologiczna pacjentów z RZS powinna obejmować edukację pacjentów. * Edukacja może obejmować profilaktykę oraz leczenie. ** (* 1, ** 4b) • Edukacja pacjentów na temat profilaktyki problemów ze stopami związanych z RZS powinna zawierać następujące informacje: <ul style="list-style-type: none"> ○ przyczynę i przebieg RZS oraz chorób stóp związanych z RZS, ○ jak rozpoznać zagrożenia i zwiększoną aktywność choroby (ogólnoustrojową i miejscową), ○ jak pielęgnować i dbać o stopy, ○ jakiego obuwia należy używać, ○ kiedy należy konsultować się z pracownikiem opieki zdrowotnej (np. infekcje, ból, problemy ze znalezieniem odpowiedniego obuwia, nasilenie choroby, zły stan skóry i paznokci) ○ do jakiego pracownika opieki zdrowotnej należy zgłosić się w konkretnych sytuacjach. (4a) • Edukacja pacjentów na temat leczenia problemów ze stopami związanych z RZS powinna zawierać następujące informacje: <ul style="list-style-type: none"> ○ strategię leczenia (krótko- oraz długoterminowe), ○ znaczenie przestrzegania zasad leczenia, ○ oczekiwane wyniki w zależności od dolegliwości bólowych, stanu funkcjonalnego, aktywności, zaangażowania pacjenta, ○ możliwe zdarzenia niepożądane w trakcie leczenia, ○ koszty i zwroty kosztów leczenia. (4a/b) <p>Jakość metodologiczna A1 – przegląd systematyczny przynajmniej dwóch niezależnych badań poziomu A2 A2 – badanie randomizowane podwójnie zlepienie dobrej jakości oraz wystarczającego rozmiaru B – badanie kontrolne, nie ze wszystkimi cechami wymienionymi w A2 C – badania niekontrolowane D – opinie ekspertów</p> <p>Poziom dowodów 1 – dowód A1 lub co najmniej dwa dowody A2 2 – dowód A2 lub co najmniej 2 dowody B 3 – dowód B lub C 4a – opinia eksperta opisana w literaturze 4b – opinia grupy ekspertów</p>
<p>NICE 2018</p> <p>National Institute for Health and Care Excellence</p> <p>Wielka Brytania</p> <p>Wytyczne dotyczące leczenia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów</p> <p>Zalecenia zostały opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu ekspertów</p>	<p>Wytyczne obejmują diagnozowanie oraz leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów. Ich celem jest poprawa jakości życia, poprzez zapewnienie chorym odpowiedniego leczenia, a także spowolnienie postępu choroby oraz kontrola jej objawów. Chorzy, których stan się pogorszył, powinni mieć szybki dostęp do specjalistycznej opieki. (strona 5 – NICE 2018)</p> <p>Dorośli z RZS powinni mieć stały dostęp do zespołu multidyscyplinarnego. Powinni mieć zapewnioną możliwość przechodzenia okresowych ocen wpływu choroby na życie (tj. ból, zmęczenie, codzienna aktywność, mobilność, zdolność do pracy, uczestnictwo w zajęciach społecznych i rozrywkowych, jakość życia, nastrój, życie seksualne), co pozwoli na zarządzanie ich stanem.</p> <p>Chorzy powinni mieć dostęp do wyznaczonego członka zespołu multidyscyplinarnego (np. specjalistycznej pielęgniarki), który będzie odpowiedzialny za koordynację ich opieki. (strona 10 – NICE 2018)</p> <p>Zarządzanie niefarmakologiczne</p> <p>1. Fizjoterapia:</p> <p>Dorośli z RZS powinni mieć dostęp do specjalistycznej fizjoterapii, z okresową oceną, w celu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - poprawy ogólnej sprawności i zachęty do regularnych ćwiczeń

Wytyczne	Opis wytycznych
<p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 81%</p>	<p>- nauki ćwiczeń poprawiających elastyczność stawów, siły mięśni oraz zarządzania innymi zaburzeniami funkcjonalnymi</p> <p>- nauka o przyniesieniu ulgi w krótkotrwałym bólu, za pomocą takich metod jak przezskórna elektryczna stymulacja nerwów (TENS) oraz kąpiele woskowe. (strona 11 – NICE 2018)</p> <p>2. Terapia zajęciowa:</p> <p>Dorośli z RZS powinni mieć dostęp do specjalistycznej terapii zajęciowej, z okresową oceną, jeżeli mają:</p> <ul style="list-style-type: none"> - jakiegokolwiek trudności z codziennymi czynnościami, lub - problemy z funkcją ręki. (strona 11 – NICE 2018) <p>3. Program ćwiczeń ręki:</p> <p>Należy rozważyć dostosowany do indywidualnych potrzeb program ćwiczeń siłowych i rozciągających dla dorosłych z RZS z bólem i dysfunkcją dłoni lub nadgarstków, jeżeli:</p> <ul style="list-style-type: none"> - chorzy nie są oni w schemacie leczenia RZS (<i>drug regimen</i>), lub - chorzy byli stabilni w schemacie leczenia (<i>drug regimen</i>) przez co najmniej 3 miesiące. <p>Dostosowany do indywidualnych potrzeb program ćwiczeń fizycznych dla dorosłych z RZS powinien być prowadzony przez praktyka z przeszkoleniem i umiejętnościami w tym zakresie. (strona 11 – NICE 2018)</p> <p>4. Podiatria (podologia):</p> <p>Dorośli z RZS z problemami ze stopami powinni mieć dostęp do podiatry/podologa w celu oceny i okresowej oceny potrzeb zdrowych stóp.</p> <p>Jeżeli jest to wskazane, wszyscy dorośli z RZS powinni mieć dostęp do funkcyjnych wkładek do butów i obuwia terapeutycznego. (strona 12 – NICE 2018)</p> <p>5. Interwencje psychologiczne:</p> <p>Należy zaoferować interwencje psychologiczne (np. relaksację, zarządzanie stresem oraz umiejętności kognitywnych), aby pomóc chorym dorosłym z RZS, w przystosowaniu się do życia z chorobą. (strona 12 – NICE 2018)</p> <p>NICE opublikował wytyczne dotyczące depresji występującej u dorosłych z przewlekłymi problemami zdrowotnymi.</p> <p>5. Dieta i terapie uzupełniające:</p> <p>Należy poinformować dorosłych chorych z RZS, że mogą eksperymentować ze swoją dietą, ale nie ma mocnych dowodów, że przyniesie to korzyści. Można zachęcić chorych do stosowania diety śródziemnomorskiej (więcej chleba, owoców, warzyw i ryb; mniej mięsa; zastąpienie masła i sera produktami na bazie olejów roślinnych i warzywami).</p> <p>Dorosłych z RZS, chcących wypróbować terapie uzupełniające, należy poinformować, że nie ma dowodów mówiących o ich długoterminowej skuteczności.</p> <p>W przypadku chorych na RZS chcących wypróbować terapie uzupełniające, należy doradzić im:</p> <ul style="list-style-type: none"> - że terapie uzupełniające, nie powinny zastąpić leczenia konwencjonalnego - że chęć wypróbowania terapii uzupełniających nie powinna mieć wpływu na postawę członków zespołu multidyscyplinarnego oraz na oferowaną opiekę. <p>Monitorowanie</p> <p>1. Należy upewnić się, że wszyscy dorośli z RZS mają:</p> <ul style="list-style-type: none"> - szybki dostęp do opieki specjalistycznej nad zaostrzeniami - informacje, kiedy i w jaki sposób uzyskać dostęp do opieki specjalistycznej - stały monitoring leków. <p>2. Należy rozważyć przeprowadzenie okresowej oceny, która miałaby odbyć się 6 miesięcy po osiągnięciu celu leczenia (remisja lub niska aktywność choroby), w celu jego utrzymania.</p> <p>3. Należy zaoferować wszystkim dorosłym z RZS, w tym które osiągnęły cel leczenia, coroczną ocenę:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ocena aktywności choroby i uszkodzeń oraz ocena zdolności funkcjonalnej (np. za pomocą kwestionariusza oceny zdrowia - Health Assessment Questionnaire [HAQ]) - sprawdzenie rozwoju chorób współistniejących, tj. nadciśnienie, choroba niedokrwienna serca, osteoporoza, depresja - ocena objawów sugerujących powikłania, tj. zapalenie naczyń i choroby odcinek kręgosłupa szyjnego, choroby płuc czy oczu - dostarczenie odpowiednich skierowań w ramach zespołu multidyscyplinarnego - ocena potrzeby skierowania na operację - ocena wpływu choroby na życie. <p>4. Nie należy używać USG do rutynowego monitorowania aktywności choroby.</p> <p>Uwagi:</p> <p>*Siła rekomendacji interwencji była wyrażona za pomocą użytych czasowników:</p> <p>Must/must not – istnieje prawny obowiązek/zakaz zastosowania danej interwencji lub postępowanie wbrew rekomendacji niesie ze sobą skutki niezwykle poważne lub zagrażające życiu.</p> <p>Offer/refer/advise – Silna rekomendacja. Autorzy rekomendacji są pewni, że dla znacznej większości pacjentów, dana interwencja przyniesie więcej korzyści niż strat oraz jest efektywna kosztowo.</p>

Wytyczne	Opis wytycznych
	<p>Zaprzeczenia podobnych wyrażen (np. 'do not offer') stosowane są do interwencji, dla których autorzy są pewni, że nie będą one korzystne dla większości pacjentów.</p> <p>Consider – Autorzy publikacji są pewni, że dana interwencja przyniesie więcej korzyści niż szkód dla większości pacjentów i jest kosztowo efektywna, ale inne metody mogą być podobnie efektywne kosztowo. Wybór interwencji lub całkowita rezygnacja zależą bardziej od preferencji pacjenta niż od siły rekomendacji</p>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 35. Rekomendacje dotyczące luszczycowego zapalenia stawów

Wytyczne	Opis wytycznych
<p>ACR 2018</p> <p>American College of Rheumatology</p> <p>USA</p> <p>Wytyczne dotyczące leczenia pacjentów z luszczycowym zapaleniem stawów</p> <p>Zalecenia zostały opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu ekspertów</p> <p>Ocena w AGREE II w domenie 3: 67 %</p>	<ul style="list-style-type: none"> Zaleca się ćwiczenia. Rekomendacja warunkowa oparta na dowodach niskiej jakości; może rozważyć brak wysiłku fizycznego u pacjentów z uszkodzeniem mięśni/ścięgien lub z licznymi zapaleniami stawów objawiającymi się nasilonym bólem podczas wysiłku. Zaleca się ćwiczenia o niskiej intensywności (np. joga, pływanie) zamiast ćwiczeń o wysokiej intensywności (np. bieganie). Rekomendacja warunkowa oparta na dowodach bardzo niskiej jakości; można rozważyć stosowanie ćwiczenia o dużej intensywności, jeżeli pacjent takie preferuje. Zaleca się fizjoterapię. Rekomendacja warunkowa oparta na dowodach bardzo niskiej jakości; można nie brać pod uwagę fizjoterapii ze względu na preferencje pacjenta, koszty, odległość od ośrodka lub brak transportu. Zaleca się terapię zajęciową. Rekomendacja warunkowa oparta na dowodach o bardzo niskiej jakości; można nie brać pod uwagę jeżeli dla pacjenta jest to za droga interwencja. Zaleca się masaż terapeutyczny. Rekomendacja warunkowa oparta na dowodach o bardzo niskiej jakości; można nie brać pod uwagę jeżeli dla pacjenta jest to za droga interwencja. Zaleca się akupunkturę. Rekomendacja warunkowa oparta na dowodach o bardzo niskiej jakości; można nie brać pod uwagę jeżeli dla pacjenta jest to za droga interwencja.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 36. Rekomendacje dotyczące choroby zwyrodnieniowej stawów

Wytyczne	Opis wytycznych									
<p>RACGP 2018</p> <p>Royal Australian College of General Practitioners</p> <p>Australia</p> <p>Wytyczne dotyczące leczenia choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego i biodrowego.</p> <p>Zalecenia zostały opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu ekspertów</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 88%</p>	<p>The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) opracowało wytyczne przedstawiające najlepszych dostępnych, aktualne dowody naukowe dla wszystkich interwencji dotyczących choroby zwyrodnieniowej stawów (OA), poza wymianą stawu kolanowego i biodrowego. Wytyczne koncentrują się na samoleczeniu i zabiegach niechirurgicznych w celu poprawy zdrowia osób cierpiących z powodu OA kolana i/lub bioder. Podsumowanie najważniejszych zaleceń:</p> <p>1. Styl życia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regularne ćwiczenia fizyczne są ważne w celu łagodzenia bólu i poprawy funkcji u osób z OA kolana i/lub bioder. W przypadku choroby zwyrodnieniowej kolana zaleca się ćwiczenia „lądowe” (<i>land-based exercise</i>), tj. ćwiczenia wzmacniające mięśnie, chodzenie i Tai Chi. Inne ćwiczenia, które można rozważyć u chorych, obejmują jazdę na rowerze stacjonarnym i jogę Hatha. Najlepsze ćwiczenia „lądowe” dla osób z chorobą zwyrodnieniową biodra nie mogło być określone ze względu na ograniczone badania. W przypadku niektórych osób z chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego i/lub biodrowego można rozważyć ćwiczenia w wodzie (<i>aquatic exercise</i>). - Należy kontrolować wagę u osób z nadwagą lub otyłością chorujących na zwyrodnienie stawów kolana i/lub biodra. <p>2. Terapie nielekowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - terapia behawioralno-poznawcza (CBT) może być rozważna dla niektórych osób, szczególnie w połączeniu z ćwiczeniami i biorąc pod uwagę kondycję psychiczną, osobiste preferencje, koszty i dostęp - ogrzewacze (<i>hot packs</i>) lub termofory mogą być stosowane jako element samoleczenia - wykorzystanie laski lub innych urządzeń (np. chodzik, kule) mogą być właściwe dla niektórych chorych w celu zmniejszenia bólu, poprawy mobilności i równowagi - można rozważyć kurs terapii manualnej lub masażu u niektórych chorych, jako uzupełnienie zarządzania stylem życia - TENS, który można stosować w domu, może być właściwy dla niektórych chorych <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Silne zalecenia dotyczące interwencji</th> </tr> <tr> <th>Interwencja</th> <th>Zalecenie</th> <th>Siła zalecenia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ćwiczenia „lądowe” (<i>land-based exercise</i>) kolano</td> <td>1. Zdecydowanie zaleca się wykonywanie ćwiczeń „lądowych” dla wszystkich osób z OA stawu kolanowego w celu zmniejszenia bólu i poprawy funkcji, niezależnie od ich wieku, nasilenia choroby, stanu funkcjonalnego lub poziomu bólu.</td> <td>Silne zalecenie (wszystkie ćwiczenia „lądowe”, chodzenie, ćwiczenia wzmacniające mięśnie, Tai Chi)</td> </tr> </tbody> </table>	Silne zalecenia dotyczące interwencji			Interwencja	Zalecenie	Siła zalecenia	Ćwiczenia „lądowe” (<i>land-based exercise</i>) kolano	1. Zdecydowanie zaleca się wykonywanie ćwiczeń „lądowych” dla wszystkich osób z OA stawu kolanowego w celu zmniejszenia bólu i poprawy funkcji, niezależnie od ich wieku, nasilenia choroby, stanu funkcjonalnego lub poziomu bólu.	Silne zalecenie (wszystkie ćwiczenia „lądowe”, chodzenie, ćwiczenia wzmacniające mięśnie, Tai Chi)
Silne zalecenia dotyczące interwencji										
Interwencja	Zalecenie	Siła zalecenia								
Ćwiczenia „lądowe” (<i>land-based exercise</i>) kolano	1. Zdecydowanie zaleca się wykonywanie ćwiczeń „lądowych” dla wszystkich osób z OA stawu kolanowego w celu zmniejszenia bólu i poprawy funkcji, niezależnie od ich wieku, nasilenia choroby, stanu funkcjonalnego lub poziomu bólu.	Silne zalecenie (wszystkie ćwiczenia „lądowe”, chodzenie, ćwiczenia wzmacniające mięśnie, Tai Chi)								

Wytyczne	Opis wytycznych	
		<p>2. Stwierdzono, że ćwiczenia fizyczne są korzystne dla pozostałych chorób współistniejących i ogólnego stanu zdrowia.</p> <p>3. Zdecydowanie zaleca się spacer, ćwiczenia wzmacniające mięśnie, a szczególnie Tai Chi.</p> <p>4. Lekarze powinni zalecić indywidualny program ćwiczeń, uwzględniając preferencje chorego, jego możliwości oraz dostępność zasobów i lokalnych udogodnień. Należy ustalić realne cele. Dawkowanie należy zwiększać z uwzględnieniem częstotliwości, czasu trwania i intensywności sesji treningowych, liczby sesji oraz okresu, w którym sesje powinny się odbywać.</p> <p>5. Należy zwrócić uwagę na strategię mającą na celu optymalizację jej przestrzegania. Skierowanie do specjalisty ds. ćwiczeń w celu pomocy w wyborze ćwiczeń oraz zapewnienia nadzoru osobistego lub zdalnego, może być odpowiednie dla niektórych osób.</p>
	<p>Ćwiczenia „ładowe” (<i>land-based exercise</i>) biodro</p>	<p>1. Zdecydowanie zaleca się oferowanie ćwiczeń „ładowych” dla wszystkich osób z OA w celu zmniejszenia bólu i poprawy funkcji, niezależnie od ich wieku, nasilenia choroby, stanu funkcjonalnego lub poziomu bólu.</p> <p>2. Stwierdzono, że ćwiczenia fizyczne są korzystne dla pozostałych chorób współistniejących i ogólnego stanu zdrowia.</p> <p>Nie ustalono, który rodzaj ćwiczenia jest najbardziej korzystny.</p> <p>3. Lekarze powinni zalecić indywidualny program ćwiczeń, uwzględniając preferencje chorego, jego możliwości oraz dostępność zasobów i lokalnych udogodnień. Należy ustalić realne cele. Dawkowanie należy zwiększać z uwzględnieniem częstotliwości, czasu trwania i intensywności sesji treningowych, liczby sesji oraz okresu, w którym sesje powinny się odbywać.</p> <p>4. Lekarz powinien monitorować reakcję chorego na program ćwiczeń, w przypadku braku poprawy może spróbować innej formy ćwiczeń na „łędzie”. Należy zwrócić uwagę na strategię mającą na celu optymalizację przestrzegania zasad. Skierowanie do specjalisty ds. ćwiczeń w celu pomocy w wyborze ćwiczeń oraz zapewnienia nadzoru osobistego lub zdalnego, może być odpowiednie dla niektórych osób.</p>
<p>Kontrola wagi – kolano i/lub biodro</p>		<p>5. Zdecydowanie zaleca się kontrolę wagi ciała dla osób z OA kolana i/lub biodra. Dla osób z nadwagą (BMI ≥ 25 kg/m²) lub otyłych (BMI ≥ 30 kg/m²) zaleca się minimalny poziom utraty wagi w wysokości 5-7,5% masy ciała. Korzystne jest osiągnięcie większej masy ciała, biorąc pod uwagę, uwzględniając związek pomiędzy utratą wagi a korzyściami zdrowotnymi. Utrata waga powinna być połączona z ćwiczeniami w celu uzyskania większych korzyści. Dla ludzi o prawidłowej masie ciała, edukacja w zakresie utrzymania prawidłowej wagi ciała jest niezbędna.</p>
<p>Warunkowe zalecenia dotyczące interwencji</p>		
<p>Terapia behawioralno-poznawcza (CBT) – kolano i/lub biodro</p>		<p>6. Właściwe może być zaoferowanie CBT dla niektórych chorych z OA kolana i/lub biodra.</p> <p>7. Lekarze powinni rozważyć, czy CBT jest właściwa, uwzględniając współwystępowanie schorzeń psychicznych i osobiste preferencje. Powinni oni być świadomi kwestii związanych z kosztami i dostępem. Zaleca się łączenie CBT z ćwiczeniami w celu poprawy wyników. CBT może być oferowane osobiście lub za pośrednictwem programów online.</p>
<p>Jazda na rowerze stacjonarnym i joga Hatha -kolano</p>		<p>8. Dla osób z chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego właściwe może okazać się proponowanie stacjonarnej jazdy na rowerze i/lub jogi Hatha.</p> <p>9. Ćwiczenie jest korzystne również dla innych schorzeń i ogólnego stanu zdrowia.</p> <p>10. Lekarze powinni zalecić indywidualny program ćwiczeń, uwzględniając preferencje chorego, jego możliwości oraz dostępność zasobów i lokalnych udogodnień. Należy ustalić realne cele. Dawkowanie należy zwiększać z uwzględnieniem częstotliwości, czasu trwania i intensywności sesji treningowych, liczby sesji oraz okresu, w którym sesje powinny się odbywać.</p> <p>11. Należy zwrócić uwagę na strategię mającą na celu optymalizację jej przestrzegania. Skierowanie do specjalisty ds. ćwiczeń w celu pomocy w wyborze</p>

Wytyczne	Opis wytycznych		
		ćwiczeń oraz zapewnienia nadzoru osobistego lub zdalnego, może być odpowiednie dla niektórych osób.	
Ćwiczenia w wodzie/hydroterapia – kolano i/lub biodro	12. W przypadku niektórych osób, mających problemy z kolaniem i/lub biodrem, właściwe może być zaoferowanie ćwiczeń w wodzie/hydroterapii. Zależy to od osobistych preferencji i dostępności lokalnych udogodnień.	Warunkowe zalecenia	wydanie
Masaż - kolano i/lub biodro	13. Właściwym może być zaoferowanie kurs terapii manualnej lub masażu u niektórych chorych. Powinno to być traktowane jako leczenie uzupełniające, aby umożliwić zaangażowanie się w aktywne strategie zarządzania i tylko w perspektywie krótkoterminowej, uwzględniające kwestie związane z kosztami i dostępem.	Warunkowe zalecenia	wydanie
Terapia manualna (rozciąganie, mobilizacja tkanek miękkich i/lub stawów i/lub manipulacja) - kolano i/lub biodro	14. Właściwym może być zaoferowanie kurs terapii manualnej (rozciąganie, mobilizacja tkanek miękkich i/lub stawów i/lub manipulacja) u osób z OA kolana i/lub biodra. Powinno to być traktowane jako leczenie uzupełniające, aby umożliwić zaangażowanie się w aktywne strategie zarządzania i tylko w perspektywie krótkoterminowej, uwzględniające kwestie związane z kosztami i dostępem.	Warunkowe zalecenia	wydanie
Kontrola wagi plus ćwiczenia – kolano i/lub biodro	15. Zdecydowanie zaleca się kontrolę wagi ciała plus ćwiczenia dla osób z OA kolana i/lub biodra. Dla osób z nadwagą (BMI ≥ 25 kg/m ²) lub otyłych (BMI ≥ 30 kg/m ²) zaleca się minimalny poziom utraty wagi w wysokości 5-7,5% masy ciała. Korzystne jest osiągnięcie większej masy ciała, biorąc pod uwagę, uwzględniając związek pomiędzy utratą wagi a korzyściami zdrowotnymi. Utrata waga powinna być połączona z ćwiczeniami w celu uzyskania większych korzyści. Dla ludzi o prawidłowej masie ciała, edukacja w zakresie utrzymania prawidłowej wagi ciała jest niezbędna.	Warunkowe zalecenia	wydanie (kombinacja kontroli wagi i ćwiczeń)
Terapia ciepłem - kolano i/lub biodro	16. Właściwe może być zaoferowanie lokalnej terapii ciepłem (np. ogrzewacze - <i>hot packs</i>) jako samodzielne leczenie w warunkach domowych dla niektórych osób z OA kolana i/lub biodra. Powinno to być traktowane tylko jako terapia uzupełniająca.	Warunkowe zalecenia	wydanie
Urządzenie wspomagające chodzenie - kolano i/lub biodro	17. Właściwe może być zaoferowanie urządzenia wspomagającego chodzenie (np. laski) dla niektórych osób z OA kolana i/lub biodra, w zależności od preferencji i możliwości danej osoby.	Warunkowe zalecenia	wydanie
TENS - kolano i/lub biodro	18. Właściwe może być zaoferowanie TENS, który może być używany w warunkach domowych niektórych osób z OA kolana i/lub biodra. Lekarze muszą zapewnić wystarczające instrukcje dotyczące samoobsługi oraz wziąć pod uwagę indywidualną dostępność i przystępność cenową.	Warunkowe zalecenia	wydanie
Warunkowe (neutralne) zalecenia dotyczące interwencji			
Programy edukacyjne w zakresie samodzielnego leczenia, zarządzania chorobą - kolano i/lub biodro	19. Nie jesteśmy w stanie zalecić lub nie zalecić formalnego, bezpośredniego programu edukacyjnego dla osób z OA kolana i / lub biodra. 20. Lekarze powinni przekazać pacjentowi informacje o chorobie, w celu lepszego jej zrozumienia, prognozowania objawów i optymalnego leczenia.	Warunkowe zalecenie	(neutralne)
Specyficzne formy ćwiczeń „łądowych” - biodro	21. Okazało się, że ćwiczenia fizyczne są korzystne dla innych chorób współ istniejących i ogólnego stanu zdrowia. Nie jesteśmy jednak w stanie wyraźnie polecić ani przeciwwskazać jednemu rodzajowi ćwiczeń „łądowych” w OA biodra. 22. Lekarze powinni przepisać indywidualny program ćwiczeń narastających, uwzględniając preferencje danej osoby, jej możliwości i dostępność lokalnych obiektów. Należy ustalić realistyczne cele. Dawkowanie powinno być stopniowe, z pełnym uwzględnieniem częstotliwości, czasu trwania i intensywności sesji ćwiczeń, liczby sesji i okresu, w którym sesje powinny się odbyć. 23. Lekarz powinien monitorować reakcję chorego na program ćwiczeń, w przypadku braku poprawy może spróbować innej formy ćwiczeń na „łądzie”. Należy zwrócić uwagę na strategie mające na celu optymalizację przestrzegania zasad. Skierowanie do specjalisty ds. ćwiczeń w celu pomocy w wyborze ćwiczeń oraz zapewnienia nadzoru osobistego lub zdalnego, może być odpowiednie dla niektórych osób.	Warunkowe zalecenie	(neutralne)
Patellofemoral Taping - kolano	24. Nie jesteśmy w stanie polecić lub odradzić stosowania Patellofemoral Taping dla osób z OA kolana.	Warunkowe zalecenie	(neutralne)

Wytyczne	Opis wytycznych		
	Impulsowa terapia elektromagnetyczna /krótkofalowa – kolana i/lub biodra	25. Nie jesteśmy w stanie polecić lub odradzić stosowania impulsowej terapii elektromagnetycznej/krótkofalowej dla osób z OA kolana i/lub biodra.	Warunkowe zalecenie (neutralne)
Warunkowe zalecenia przeciwko interwencji			
	Terapia zimnem - kolano i/lub biodro	26. Sugerujemy, aby nie stosować lokalnych zimnych okładów – <i>cold packs</i> (np. opakowań z lodem) dla osób z OA kolana i/lub biodra.	Warunkowe zaleceniom wbrew
	Kinesiotaping – kolana i/lub biodra	27. Sugerujemy, aby nie oferować kinesiotaping dla osób z OA kolana i / lub biodra.	Warunkowe zaleceniom wbrew
	Inna elektroterapia - kolana i/lub biodra (np. fala uderzeniowa, interferencja, laser)	28. Sugerujemy, aby nie oferować metod elektroterapii falą uderzeniową, interferencyjną lub laserową dla osób z OA kolana i/lub biodra.	Warunkowe zaleceniom wbrew
	Ultradźwięki terapeutyczne - kolano i/lub biodro	29. Sugerujemy, aby nie oferować ultradźwięków terapeutycznych dla osób z OA kolana i/lub biodra.	Warunkowe zaleceniom wbrew
Siła zaleceń			
Zalecenie		Opis	
Silne zalecenie dotyczące interwencji		Grupa robocza jest przekonana, że korzyści płynące z zastosowania interwencji wyraźnie przewyższają szkody (lub odwrotnie).	
Silne zalecenie przeciwko interwencji		Grupa robocza jest przekonana, że szkody związane z zastosowaniem interwencji wyraźnie przewyższają korzyści.	
Warunkowe zalecenie dotyczące interwencji		Oznacza niepewność co do równowagi korzyści, np. gdy jakość dowodów jest niska lub bardzo niska, lub gdy oczekuje się, że osobiste preferencje lub koszty będą miały wpływ na decyzję, i jako takie odnosi się do decyzji, w przypadku których uwzględnienie osobistych preferencji jest niezbędne przy podejmowaniu decyzji.	
Warunkowe zalecenie przeciwko interwencji		Oznacza niepewność co do równowagi szkód, np. gdy jakość dowodów jest niska lub bardzo niska, lub gdy oczekuje się, że osobiste preferencje lub koszty będą miały wpływ na decyzję, i jako takie odnosi się do decyzji, w przypadku których uwzględnienie osobistych preferencji jest niezbędne przy podejmowaniu decyzji.	
Zalecenie warunkowe (neutralne)		Grupa robocza nie jest w stanie ustalić kierunku, w którym skierowane jest zalecenie.	

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 37. Rekomendacje dotyczące fibromialgii.

Wytyczne	Opis wytycznych
CRA 2012 Canadian Rheumatology Association Kanada Wytyczne dotyczące diagnostyki i postępowania w fibromialgii Wytyczne opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu eksperckiego Ocena w domenie 3 AGREE II: 63%	Wytyczne odnoszące się do rehabilitacji: Pacjenci z fibromialgią przebywający na przedłużających się zwolnieniach lekarskich powinni być zachęceni do uczestnictwa w odpowiednich programach rehabilitacji skupionych na poprawie funkcjonowania, uwzględniających w miarę możliwości powrót do pracy [poziom 5, stopień D] Poziom dowodów: Poziom 5 – opinia ekspercka Stopień rekomendacji: Stopień D – dowody 5 poziomu lub istotnie niespójne lub niekonkluzywne dowody dowolnego poziomu

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

3.3.4. Rehabilitacja pozabiegowa

Tabela 38. Wytyczne dotyczące rehabilitacji pozabiegowej.

<p>ERAS 2018</p> <p>Enhanced Recovery After Surgery</p> <p>USA</p> <p>Wytyczne dotyczące opieki okołoperacyjnej w chirurgii jelita grubego.</p> <p>Zalecenia zostały opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu ekspertów</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 46%</p>	<p>Pacjenci poddawani poważnej operacji jelita grubego powinni mieć (I) zapewnioną mechaniczną profilaktykę przeciwzakrzepową poprzez dopasowane pończochy uciskowe i / lub leczenie za pomocą przerywanego ucisku pneumatycznego aż do wypisu oraz (II) otrzymać profilaktykę farmakologiczną LMWH raz dziennie przez 28 dni po operacji. S. 678</p> <p>Silne zalecenia: Panel jest przekonany, że pożądane efekty przestrzegania zalecenia przeważają nad skutkami niepożądanymi.</p> <p>Słabe zalecenia: Pożądane efekty przestrzegania zalecenia prawdopodobnie przewyższają skutki niepożądane, ale panel jest niepewny.</p> <p>Zalecenia opierają się na jakości dowodów (wysoka, umiarkowana, niska), ale także na równowadze pomiędzy działaniem pożądanym i niepożądanym oraz na wartościach i preferencjach praktyków. W ten sposób można uzyskać silne zalecenia na podstawie danych o niskiej jakości i odwrotnie. S. 660</p>																		
<p>IACS 2016</p> <p>Institute of Health Sciences of Aragon</p> <p>Hiszpania</p> <p>Wytyczne dotyczące opieki okołoperacyjnej w chirurgii jamy brzusznej.</p> <p>Zalecenia zostały opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu ekspertów</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 81%</p>	<p>Wdrożenie planu opieki okołoperacyjnej, który sprzyja wczesnej i postępującej mobilizacji pacjenta, wyjście pacjenta z łóżka w tym samym dniu operacji i rozpoczęciu chodzenia w ciągu pierwszych 24 godzin po operacji. S.72</p> <p>Stopień rekomendacji</p> <p>A - Co najmniej jedna metaanaliza, przegląd systematyczny lub badanie kliniczne ocenione jako 1++ mające bezpośrednie zastosowanie do docelowej populacji wytycznych; lub zbiór dowodów składający się z badań ocenionych jako 1+ i wykazujących ogólną spójność wyników.</p> <p>B - Materiał dowodowy składający się z badań ocenionych jako 2+++; mający bezpośrednie zastosowanie do populacji docelowej objętej wytycznymi i wykazujący ogólną spójność wyników; lub materiał dowodowy ekstrapolowany z badań ocenionych jako 1++ lub 1+.</p> <p>C - Materiał dowodowy składający się z badań ocenionych jako 2+ mające bezpośrednie zastosowanie do populacji docelowej objętej wytycznymi i wykazujący ogólną spójność wyników; lub materiał dowodowy ekstrapolowany z badań ocenionych jako 2++.</p> <p>D - Dowody na poziomie 3 lub 4; lub dowody ekstrapolowane z badań ocenionych jako 2+.</p> <table border="1" data-bbox="470 1232 1428 1702"> <thead> <tr> <th colspan="2">Poziom dowodów</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1++</td> <td>Wysokiej jakości metaanalizy, przeglądy systematyczne badań klinicznych albo wysokiej jakości badania kliniczne z bardzo niskim ryzykiem błędu.</td> </tr> <tr> <td>1+</td> <td>Dobrze przeprowadzone metaanalizy, przeglądy systematyczne badań klinicznych albo dobrze przeprowadzone badania kliniczne z niewielkim ryzykiem błędu.</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Metaanalizy, przeglądy systematyczne badań klinicznych albo badania kliniczne z dużym ryzykiem błędu.</td> </tr> <tr> <td>2++</td> <td>Wysokiej jakości przeglądy systematyczne badań kliniczno-kontrolnych lub kohortowe lub badań. Wysokiej jakości badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe z bardzo niskim ryzykiem niepewności lub błędu i wysokim prawdopodobieństwem związku przyczynowego.</td> </tr> <tr> <td>2+</td> <td>Wysokiej jakości badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe z bardzo niskim ryzykiem niepewności lub błędu i wysokim prawdopodobieństwem związku przyczynowego.</td> </tr> <tr> <td>2-</td> <td>Badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe z wysokim ryzykiem błędu gdzie związek nie jest przyczynowy.</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Nieanalityczne badania takie jak opisy i serie przypadków.</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Opinie eksperckie.</td> </tr> </tbody> </table> <p>√ Zalecana praktyka oparta na doświadczeniu klinicznym i konsensusie zespołu redakcyjnego.</p>	Poziom dowodów		1++	Wysokiej jakości metaanalizy, przeglądy systematyczne badań klinicznych albo wysokiej jakości badania kliniczne z bardzo niskim ryzykiem błędu.	1+	Dobrze przeprowadzone metaanalizy, przeglądy systematyczne badań klinicznych albo dobrze przeprowadzone badania kliniczne z niewielkim ryzykiem błędu.	1	Metaanalizy, przeglądy systematyczne badań klinicznych albo badania kliniczne z dużym ryzykiem błędu.	2++	Wysokiej jakości przeglądy systematyczne badań kliniczno-kontrolnych lub kohortowe lub badań. Wysokiej jakości badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe z bardzo niskim ryzykiem niepewności lub błędu i wysokim prawdopodobieństwem związku przyczynowego.	2+	Wysokiej jakości badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe z bardzo niskim ryzykiem niepewności lub błędu i wysokim prawdopodobieństwem związku przyczynowego.	2-	Badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe z wysokim ryzykiem błędu gdzie związek nie jest przyczynowy.	3	Nieanalityczne badania takie jak opisy i serie przypadków.	4	Opinie eksperckie.
Poziom dowodów																			
1++	Wysokiej jakości metaanalizy, przeglądy systematyczne badań klinicznych albo wysokiej jakości badania kliniczne z bardzo niskim ryzykiem błędu.																		
1+	Dobrze przeprowadzone metaanalizy, przeglądy systematyczne badań klinicznych albo dobrze przeprowadzone badania kliniczne z niewielkim ryzykiem błędu.																		
1	Metaanalizy, przeglądy systematyczne badań klinicznych albo badania kliniczne z dużym ryzykiem błędu.																		
2++	Wysokiej jakości przeglądy systematyczne badań kliniczno-kontrolnych lub kohortowe lub badań. Wysokiej jakości badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe z bardzo niskim ryzykiem niepewności lub błędu i wysokim prawdopodobieństwem związku przyczynowego.																		
2+	Wysokiej jakości badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe z bardzo niskim ryzykiem niepewności lub błędu i wysokim prawdopodobieństwem związku przyczynowego.																		
2-	Badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe z wysokim ryzykiem błędu gdzie związek nie jest przyczynowy.																		
3	Nieanalityczne badania takie jak opisy i serie przypadków.																		
4	Opinie eksperckie.																		

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

3.3.5. Rehabilitacja ortopedyczna/traumatologiczna

Tabela 39. Rekomendacje dotyczące ortopedii i traumatologii.

Wytyczne	Opis wytycznych														
<p>ACP 2017</p> <p>American College of Physicians</p> <p>USA</p> <p>Wytyczne dotyczące nieinwazyjnego leczenia ostrego, podostrego i przewlekłego bólu dolnego odcinka kręgosłupa.</p> <p>Wytyczne opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu eksperckiego</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 71%</p>	<p>Z uwagi na to, że większość pacjentów ma ostry lub podostry ból w dole pleców poprawia się z czasem leczenia, lekarze i pacjenci powinni wybrać leczenie niefarmakologiczne z powierzchownym ogrzewaniem (dowody o umiarkowanej jakości), masaż, akupunkturę lub manipulację kręgosłupa (dowody niskiej jakości). Jeśli farmakologiczne leczenie jest pożądane, klinicyści i pacjenci powinni wybierać niesteroidowe leki przeciwzapalne lub środki zwiotczające mięśnie szkieletowe (dowody o umiarkowanej jakości). (Stopień: silne zalecenie) S. 521</p> <p>Dla pacjentów z przewlekłym bólem krzyża, klinicyści i pacjenci powinni początkowo wybrać niefarmakologiczne leczenie ćwiczeniami, rehabilitacją multidyscyplinarną, akupunkturę, redukcję stresu opartą na uważności (dowody o umiarkowanej jakości), tai chi, jogę, ćwiczenia kontroli motorycznej, progresywna relaksacja, elektromiograficzny biofeedback, niskoenergetyczna laseroterapia, terapia instrumentalna, terapia poznawczo-behawioralna lub manipulacja kręgosłupa (dowody niskiej jakości). (Stopień: silne zalecenie). S. 521</p> <p>U pacjentów z przewlekłym bólem krzyża, u których stwierdzono niewystarczającą odpowiedź na leczenie niefarmakologiczne klinicyści i pacjenci powinni rozważyć leczenie farmakologiczne niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi jako terapię pierwszego rzutu lub tramadol lub duloksetyna jako terapię drugiego rzutu. Lekarze powinni brać pod uwagę opioidy jako opcję jedynie dla pacjentów, którzy nie przeszli wyżej wymienionych terapii i tylko wtedy, gdy potencjalne korzyści przeważają nad ryzykiem dla konkretnych pacjentów oraz po omówieniu znanych zagrożeń i realistycznych korzyści dla pacjentów. (Ocena: słabe zalecenie, dowody o umiarkowanej jakości). S.523</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Jakość dowodów</th> <th colspan="2">Siła rekomendacji</th> </tr> <tr> <th>Korzyści wyraźnie przewyższają ryzyko i obciążenia albo Obciążenie wyraźnie przewyższa korzyści</th> <th>Korzyści delikatnie równoważą ryzyko i obciążenie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Wysoka</td> <td>Silna</td> <td>Słaba</td> </tr> <tr> <td>Średnia</td> <td>Silna</td> <td>Słaba</td> </tr> <tr> <td>Niska</td> <td>Silna</td> <td>Słaba</td> </tr> </tbody> </table> <p>Niewystarczające dowody do ustalenia korzyści lub ryzyka netto</p>	Jakość dowodów	Siła rekomendacji		Korzyści wyraźnie przewyższają ryzyko i obciążenia albo Obciążenie wyraźnie przewyższa korzyści	Korzyści delikatnie równoważą ryzyko i obciążenie	Wysoka	Silna	Słaba	Średnia	Silna	Słaba	Niska	Silna	Słaba
Jakość dowodów	Siła rekomendacji														
	Korzyści wyraźnie przewyższają ryzyko i obciążenia albo Obciążenie wyraźnie przewyższa korzyści	Korzyści delikatnie równoważą ryzyko i obciążenie													
Wysoka	Silna	Słaba													
Średnia	Silna	Słaba													
Niska	Silna	Słaba													
<p>APTA 2017a</p> <p>American Physical Therapy Association</p> <p>USA</p> <p>Wytyczne dotyczące rehabilitacji pacjentów z zapaleniami stawu biodrowego</p> <p>Wytyczne opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu eksperckiego</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 88%</p>	<p>Rekomendacje dotyczące rehabilitacji pacjentów z zapaleniami stawu biodrowego:</p> <p>Edukacja pacjenta Klinicyści powinni zapewnić edukację pacjentów połączoną z ćwiczeniami i/lub terapią manualną. Edukacja powinna obejmować nauczanie modyfikacji aktywności fizycznej, ćwiczenia, wspomaganie redukcji masy ciała w przypadku nadwagi oraz metody rozładowywania stawów zwyrodnieniowych. (siła rekomendacji B)</p> <p>Trening funkcjonalny, ćwiczenia chodu i równowagi Klinicyści powinni zapewnić pacjentom z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych i ograniczeniami aktywności, zaburzeniami równowagi i/lub ograniczeniami chodu ćwiczenia w tym zakresie, szczególnie gdy problemy te są obserwowane i udokumentowane w wywiadzie lub ocenie fizycznej pacjenta. (siła rekomendacji C)</p> <p>Klinicyści powinni indywidualizować przepisywanie czynności terapeutyczne w oparciu o możliwości pacjenta, uczestnictwo w życiu codziennym i potrzeby funkcjonalne. Siła rekomendacji C)</p> <p>Terapia manualna Klinicyści powinni stosować terapię manualną u pacjentów z łagodnym lub umiarkowanym zapaleniem kości i stawów biodrowych i upośledzonymi czynnościami ruchowymi stawów oraz ich bólem. Terapia manualna może obejmować ćwiczenia oporowe, nieoporowe i mobilizujące tkanki miękkie. Dawki i czas trwania mogą wynosić od 1 do 3 razy tygodniowo powyżej 6 do 12 tygodni u pacjentów z lekką lub umiarkowaną chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych. W miarę jak ruch bioder ulega poprawie, klinicyści powinni dodawać ćwiczenia, w tym ćwiczenia rozciągające, wzmacniające i podtrzymujące poprawę ruchomości i elastyczności pacjenta, i jego siły. (siła dowodów A)</p> <p>Ćwiczenia rozciągające, wzmacniające i wytrzymałościowe Klinicyści powinni stosować zindywidualizowaną elastyczność, wzmocnienie i ćwiczenia wytrzymałościowe w celu rozwiązania problemów związanych z upośledzeniami zakresu ruchu w biodrach, specyficznymi słabościami mięśni oraz ograniczoną elastycznością mięśni ud (bioder). W przypadku programów ćwiczeń grupowych należy dołożyć starań, aby dostosować ćwiczenia do najbardziej istotnych dla pacjenta upośledzeń fizycznych. Dawkowanie i czas trwania leczenia efektu powinno wynosić od 1 do 5 razy w tygodniu w ciągu 6-12 tygodni u pacjentów z łagodnym do umiarkowanego zapalenia kości i stawów biodrowych. (siła rekomendacji A)</p> <p>Modyfikacje Klinicyści mogą używać ultradźwięków (1 MHz; 1 W/cm² przez 5 minut każdy do przedniej, bocznej i tylnej części biodra w sumie 10 zabiegów w okresie 2 tygodni) oprócz ćwiczeń i gorących okładów w</p>														

Wytyczne	Opis wytycznych														
	<p>krótkoterminowym leczeniu bólu i ograniczeń aktywności u osób z chorobą zwyrodnieniową stawu biodrowego. (siła rekomendacji B)</p> <p>Usztywnianie stawu biodrowego</p> <p>Klinicyści nie powinni stosować usztywniania stawu jako pierwszej linii leczenia. Usztywnienie może być stosowane, jeśli wysiłek fizyczny lub terapia manualna nie są skuteczne w poprawie stanu funkcjonalnego pacjentów oraz ich udziału w czynnościach wymagających obracania/obracania u pacjentów z łagodnym do umiarkowanego zapalenia kości i stawów biodrowych, zwłaszcza u pacjentów z obustronnym zapaleniem kości i stawów biodrowych. (siła rekomendacji F)</p> <p>Utrata wagi</p> <p>Poza zapewnieniem interwencji ruchowej, klinicyści powinni współpracować z lekarzami lub dietetykami w celu wsparcia redukcji wagi u osób z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych, które mają nadwagę lub są otyłe. (siła rekomendacji C)</p> <p>Legenda:</p> <p>Typy rekomendacji:</p> <table border="1" data-bbox="427 633 1444 1041"> <thead> <tr> <th data-bbox="427 633 475 667">Klasyfikacja zaleceń w oparciu o:</th> <th data-bbox="475 633 831 667">Siła dowodów</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="427 667 475 723">A</td> <td data-bbox="475 667 831 723">Silny dowód</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 723 475 779">B</td> <td data-bbox="475 723 831 779">Średni dowód</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 779 475 835">C</td> <td data-bbox="475 779 831 835">Słaby dowód</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 835 475 913">D</td> <td data-bbox="475 835 831 913">Sprzeczne dowody</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 913 475 992">E</td> <td data-bbox="475 913 831 992">Dowody teoretyczne/podstawowe</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 992 475 1041">F</td> <td data-bbox="475 992 831 1041">Opinia ekspercka</td> </tr> </tbody> </table>	Klasyfikacja zaleceń w oparciu o:	Siła dowodów	A	Silny dowód	B	Średni dowód	C	Słaby dowód	D	Sprzeczne dowody	E	Dowody teoretyczne/podstawowe	F	Opinia ekspercka
Klasyfikacja zaleceń w oparciu o:	Siła dowodów														
A	Silny dowód														
B	Średni dowód														
C	Słaby dowód														
D	Sprzeczne dowody														
E	Dowody teoretyczne/podstawowe														
F	Opinia ekspercka														
<p>APTA 2017b</p> <p>American Physical Therapy Association</p> <p>USA</p> <p>Wytyczne dotyczące rehabilitacji po zabiegach rekonstrukcji stawu kolanowego</p> <p>Wytyczne opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu eksperckiego</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 88%</p>	<p>Rekomendacje dotyczące rehabilitacji po operacji rekonstrukcji stawu kolanowego:</p> <p>Ciągły ruch bierny</p> <p>Lekarze mogą stosować ciągły ruch bierny w bezpośrednim okresie pooperacyjnym, aby zmniejszyć ból pooperacyjny po rekonstrukcji stawu kolanowego. (siła rekomendacji C)</p> <p>Wczesne przenoszenie ciężaru</p> <p>Klinicyści mogą wdrożyć wczesne przenoszenie ciężaru w ciągu 1 tygodnia po operacji rekonstrukcji stawu kolanowego. (siła rekomendacji C)</p> <p>Usztywnianie stawu kolanowego</p> <p>Klinicyści powinni udokumentować preferencje pacjenta przy podejmowaniu decyzji o zastosowaniu funkcjonalnego usztywnienia stawu kolanowego po jego rekonstrukcji, ponieważ istnieją dowody zarówno za jego stosowaniem jak i przeciwko niemu. (siła rekomendacji D)</p> <p>Wczesna oraz późna mobilizacja</p> <p>Klinicyści powinni zastosować natychmiastową mobilizację (w ciągu 1 tygodnia) po rekonstrukcji stawu kolanowego w celu zwiększenia zakresu ruchu stawów, zmniejszenia bólu stawów i zmniejszenia ryzyka wystąpienia niepożądanych reakcji otaczających struktur tkanek miękkich. (siła rekomendacji B)</p> <p>Krioterapia</p> <p>Klinicyści powinni stosować krioterapię bezpośrednio po rekonstrukcji stawu kolanowego w celu zmniejszenia bólu pooperacyjnego kolana. (siła rekomendacji B)</p> <p>Rehabilitacja nadzorowana</p> <p>Klinicyści powinni stosować ćwiczenia jako część programu rehabilitacji w warunkach szpitalnych po rekonstrukcji stawu kolanowego. Powinni także zapewnić edukację w zakresie ćwiczeń domowych oraz prowadzić nadzór nad postępami w tych ćwiczeniach. (siła rekomendacji B)</p> <p>Ćwiczenia terapeutyczne</p> <p>Ćwiczenia koncentryczne i ekscentryczne tak jak obciążeniowe i nie obciążeniowe należy wykonywać w ciągu 4-6 tygodni, 2-3 razy w tygodniu przez 6-10 miesięcy w celu zwiększenia siły mięśni uda i sprawności funkcjonalnej po rekonstrukcji stawu kolanowego. (siła rekomendacji A)</p> <p>Elektryczna stymulacja nerwowo-mięśniowa</p> <p>Elektrostymulacja nerwowo-mięśniowa powinna być stosowana przez 6 do 8 tygodni w celu intensyfikacji ćwiczeń wzmacniających mięśnie u pacjentów po rekonstrukcji stawu kolanowego, aby zwiększyć siłę mięśnia czworogłowego i poprawić krótkoterminowe wyniki funkcjonalne. (siła rekomendacji A)</p> <p>Reedukacja nerwowo-mięśniowa</p> <p>Trening reedukacji nerwowo-mięśniowej powinien być połączony z ćwiczeniami wzmacniającymi mięśnie u pacjentów mających problemy ze stabilnością stawu kolanowego i zaburzeniami koordynacji ruchowej.</p> <p>Legenda:</p> <p>Typy rekomendacji:</p>														

Wytyczne	Opis wytycznych	
	Klasyfikacja zaleceń w oparciu o:	Siła dowodów
	A Silny dowód	Przeważająca część badań poziomu I i/lub poziomu II popiera zalecenie. Muszą one obejmować co najmniej 1 poziom I badania.
	B Średni dowód	Pojedyncza, wysokiej jakości randomizowana próba kontrolowana lub przewaga badań na poziomie II potwierdza to zalecenie.
	C Słaby dowód	Pojedyncze badanie poziomu II lub przewaga badań poziomu III i IV, w tym oświadczenia ekspertów ds. treści, popierają zalecenie.
	D Sprzeczne dowody	Badania wysokiej jakości przeprowadzone na ten temat nie zgadzają się z wnioskami. Zalecenie opiera się na tych sprzecznych badaniach.
	E Dowody teoretyczne/podstawowe	Przeważająca ilość dowodów pochodzących z badań na zwierzętach lub zwłokach, z modeli/zasad koncepcyjnych lub z badań podstawowych potwierdza ten wniosek.
	F Opinia ekspercka	Najlepsza praktyka oparta na doświadczeniu klinicznym zespołu opracowującego wytyczne.
<p>KNGF 2016</p> <p>The Royal Dutch Society for Physical Therapy</p> <p>Holandia</p> <p>Wytyczne dotyczące rehabilitacji więzadła krzyżowego przedniego w oparciu o systematyczny przegląd i konsensus multidyscyplinarny.</p> <p>Wytyczne opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu eksperckiego</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 77%</p>	<p><u>Rehabilitacja przedoperacyjna</u></p> <p>Wnioski dotyczące przedoperacyjnych czynników predykcyjnych dla wyniku pooperacyjnego:</p> <p>Poziom 2: niedobór przedoperacyjnego przedłużenia (brak pełnego wydłużenia) jest głównym czynnikiem ryzyka deficytu wydłużenia po ACLR (Anterior cruciate ligament reconstruction – rekonstrukcja więzadła krzyżowego przedniego).</p> <p>Poziom 2: deficyt przedoperacyjny w sile mięśnia czworogłowego na poziomie > 20% ma znaczący negatywny wpływ na samozgłaszane wyn ki 2 lata po ACLR.</p> <p>Poziom 3: rehabilitacja zapewnia lepszą samoocenę funkcji kolana do 2 lat po ACLR. S. 9</p> <p><u>Rehabilitacja pooperacyjna</u></p> <p>Efektywność fizykoterapii:</p> <p>Poziom 2: z powodu braku wysokiej jakości badań i sprzecznych wyników nie jest jasne, czy istnieje korzyść z kontrolowanej rehabilitacji w porównaniu z rehabilitacją domową, czy też brakiem rehabilitacji. Minimalnie kontrolowany program rehabilitacji może prowadzić do skutecznej rehabilitacji w określonych grupach pacjentów, którzy są wysoce zmotywowani i mieszkają z dala od dostępu do fizjoterapeuty.</p> <p>Poziom 2: przy porównaniu 19-tygodniowego programu rehabilitacyjnego z 32-tygodniowym programem nie ma różnic pod względem wiotkości, zakresem ruchu (range of motion), samozgłaszanej funkcji kolana, jednoosobnego testu skoku na odległość lub koncentracji izokinetycznej mięśnia czworogłowego oraz siły tylnej grupy mięśni uda. S. 10.</p> <p>Ćwiczenia mięśnia czworogłowego uda w otwartym lub zamkniętym łańcuchu kinetycznym:</p> <p>Poziom 1: Trening w zamkniętym łańcuchu kinetycznym (CKC – closed kinetic chain) i otwartym łańcuchu kinetycznym (OKC – open kinetic chain) może być wykorzystany do odzyskania siły mięśnia czworogłowego.</p> <p>Poziom 2: po ACLR, ćwiczenia OKC mogą być wykonywane od 4 tygodnia po operacji w pod ograniczonym zakresie ruchu 90-45°. S. 11-12</p> <p>Trening siłowy i nerwowo-mięśniowy:</p> <p>Poziom 1: rozpoczęcie ekscentrycznego treningu mięśnia czworogłowego (w CKC) od 3 tygodni po ACLR jest bezpieczne i przyczynia się do większej poprawy siły mięśnia czworogłowego niż trening koncentryczny.</p> <p>Poziom 1: trening neuromięśniowy powinien zostać dodany do treningu siłowego, aby zoptymalizować pomiary wyników zgłaszanych przez pacjentów.</p> <p>Poziom 2: ćwiczenia izometryczne mięśnia czworogłowego są bezpieczne od pierwszego tygodnia po operacji.</p> <p>Poziom 3: natychmiastowe zniesienie ciężaru nie wpływa na wiotkość kolana i powoduje zmniejszenie częstości występowania przedniego bólu kolana. S.13</p> <p>Elektrostymulacja i sprzężenie zwrotne elektromiograficzne:</p> <p>Poziom 1: elektrostymulacja, w połączeniu z konwencjonalną rehabilitacją, może być bardziej skuteczna w zwiększaniu siły mięśni do 2 miesięcy po zastosowaniu ACLR niż sama rehabilitacja konwencjonalna. Jednak wpływ jej na długotrwałą sprawność funkcjonalną i samoregulującą się funkcję kolana jest niejednoznaczny.</p> <p>Poziom 2: elektromiograficzne sprzężenie zwrotne może poprawić krótkotrwały ból pooperacyjny po ACLR. S. 14</p> <p>Krioterapia:</p> <p>Poziom 1: krioterapia skutecznie zmniejsza ból bezpośrednio po zastosowaniu do 1 tygodnia po operacji po ACLR, ale nie ma wpływu na drenaż pooperacyjny lub ROM. S.14</p> <p>Pomiary osiągnięć funkcjonalnych:</p>	

Wytyczne	Opis wytycznych																						
	<p>Poziom 2: do określenia momentu powrotu do gry powinna być zastosowane obszerne testy, jednak nie ma testów lub zestawów testowych, które zostały przetestowane pod kątem konstrukcji lub przewidywanej zasadności dla powrotu do gry.</p> <p>Poziom 3: Nie jest jasne, który punkt odcięcia LSI powinien być stosowany do badań wytrzymałościowych i skoków. S. 15</p> <p>Powrót do gry:</p> <p>Poziom 1: tempo powrotu do poziomu gry przed urazem dla (nieprofesjonalnych) sportowców uprawiających dyscypliny obciążające staw kolanowy (ang. pivoting athletes) po ACLR wynosi 65%.</p> <p>Poziom 2: Czynniki psychologiczne, takie jak skuteczność własna, miejsce kontroli i strach przed ponownym urazem mają wpływ na proces rehabilitacji i powrót do gry po ACLR. S. 15</p> <p>Tab. 3. Ocena poziomu jakości metodologicznej poszczególnych badań:</p> <table border="1" data-bbox="427 573 1442 842"> <thead> <tr> <th>Poziom dowodów</th> <th>Badania interwencyjne</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A1</td> <td>Przegląd systematyczny / metaanaliza co najmniej dwóch niezależnie przeprowadzonych badań poziomu A2</td> </tr> <tr> <td>A2</td> <td>Randomizowane, podwójnie ślepe próby z dobrymi jakościowo badaniami i odpowiednią liczbą uczestników badania</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Badanie kliniczne, ale bez wszystkich cech wymienionych dla poziomu A2 (w tym badanie kliniczno-kontrolne, badanie kohortowe)</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Badania nieporównawcze</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>Opinia ekspercka</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tab. 4. Poziom dowodów wniosków ostatecznych.</p> <table border="1" data-bbox="427 922 1442 1093"> <thead> <tr> <th>Poziom</th> <th>Wniosek oparty na dowodach</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Badanie A1 lub przynajmniej dwa niezależne badania poziomu A2 .</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Jedno badanie na poziomie A2 lub co najmniej dwa niezależne badania na poziomie B.</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Jedno badanie na poziomie B lub C</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Opinia ekspercka</td> </tr> </tbody> </table>	Poziom dowodów	Badania interwencyjne	A1	Przegląd systematyczny / metaanaliza co najmniej dwóch niezależnie przeprowadzonych badań poziomu A2	A2	Randomizowane, podwójnie ślepe próby z dobrymi jakościowo badaniami i odpowiednią liczbą uczestników badania	B	Badanie kliniczne, ale bez wszystkich cech wymienionych dla poziomu A2 (w tym badanie kliniczno-kontrolne, badanie kohortowe)	C	Badania nieporównawcze	D	Opinia ekspercka	Poziom	Wniosek oparty na dowodach	1	Badanie A1 lub przynajmniej dwa niezależne badania poziomu A2 .	2	Jedno badanie na poziomie A2 lub co najmniej dwa niezależne badania na poziomie B.	3	Jedno badanie na poziomie B lub C	4	Opinia ekspercka
Poziom dowodów	Badania interwencyjne																						
A1	Przegląd systematyczny / metaanaliza co najmniej dwóch niezależnie przeprowadzonych badań poziomu A2																						
A2	Randomizowane, podwójnie ślepe próby z dobrymi jakościowo badaniami i odpowiednią liczbą uczestników badania																						
B	Badanie kliniczne, ale bez wszystkich cech wymienionych dla poziomu A2 (w tym badanie kliniczno-kontrolne, badanie kohortowe)																						
C	Badania nieporównawcze																						
D	Opinia ekspercka																						
Poziom	Wniosek oparty na dowodach																						
1	Badanie A1 lub przynajmniej dwa niezależne badania poziomu A2 .																						
2	Jedno badanie na poziomie A2 lub co najmniej dwa niezależne badania na poziomie B.																						
3	Jedno badanie na poziomie B lub C																						
4	Opinia ekspercka																						
<p>AAOS 2014</p> <p>American Academy of Orthopedic Surgeons</p> <p>USA</p> <p>Wytyczne dotyczące leczenia złamań bioder u osób w podeszłym wieku</p> <p>Zalecenia zostały opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu ekspertów</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 90%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Umiarkowane dowody potwierdzają, że nadzorowana terapia zajęciowa oraz fizjoterapia w ramach kontynuacji opieki (w tym kontynuacji w domu) poprawia wyniki funkcjonalne i zapobiega upadkom. (siła zalecenia: umiarkowana). <p>Mocne dowody potwierdzają skuteczność fizjoterapii stosowanej po wypisie ze szpitala stosowanej w celu poprawy wyników funkcjonalnych u pacjentów ze złamanym biodrem. (siła zalecenia: wysoka)</p>																						
<p>Edwards 2014</p> <p>Rehabilitacja kliniczna po przeszczepie do stawu kolanowego autologicznych komórek chrzęstnych osadzonych na matrycy kolagenowej</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 6%</p>	<p>Rehabilitacja kliniczna po przeszczepie do stawu kolanowego autologicznych komórek chrzęstnych osadzonych na matrycy kolagenowej</p> <p>Rehabilitacja przedoperacyjna</p> <p>Cel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edukacja pacjentów w zakresie procedury chirurgicznej, dojrzewania tkanek i znaczenia dla rozwoju aktywności pooperacyjnej. • Fizyczne przygotowanie pacjenta i kolana <p><u>Rekomendowane rodzaje ćwiczeń:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ćwiczenia oporowe i ruchomości stawów w celu poprawy siły dwustronnej, mobilności, równowagi i ogólnej funkcji mięśni i tkanek łącznych, • Ćwiczenia oporowe na górne partie ciała i tułowia, wspomagające wczesne czynności pooperacyjne związane z przenoszeniem masy ciała i poruszaniem się o kulach, 																						

Wytyczne	Opis wytycznych
	<ul style="list-style-type: none"> • Ćwiczenia sercowo-naczyniowe w celu poprawy ogólnego stanu zdrowia, promowania redukcji wagi i szybszego powrotu do zdrowia po operacji. <p>Faza 1 (0-7 dni po operacji)</p> <p>Cel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unikanie nadmiernego obciążania stawu (powyżej 20% masy ciała), • Unikanie sił ścinających wytwarzanych na powierzchni stawowej, • Utrzymanie ruchomości stawów dolnych, napięcia mięśni i krążenia, • Zmniejszenie bólu i obrzęku pooperacyjnego. <p><u>Rekomendowane rodzaje ćwiczeń:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bierno i aktywne wspomagane zgięcie kolana i ćwiczenia poprawiające zakres ruchowy stawu (0°-30°), • Stały ruch bierny (CPM - continuous passive motion) (0°-30°) 12 do 24 godzin po zabiegu chirurgicznym przez co najmniej 1 godzinę dziennie, • Aktywne ćwiczenia zginania grzbietowego i podszwowej kostki, • Skurcze izometryczne mięśni czworogłowego, ścięgien, przywodzicieli i mięśni pośladków, • Instruktaż i praktyka w zakresie umiejętności chodzenia o kulach (nie obciążanie operowanej nogi siłą większą niż 20% masy ciała). <p>Faza 2 (2-3 tygodnie po zabiegu)</p> <p>Cel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wolne od bólu zginanie kolana w zakresie 90o, • Wolne od bólu rozciąganie kolana, • Skuteczny chód od pięty do stopy przy obciążeniu 30% masy ciała z 2 kulami, • Odzyskanie sprawności i kontroli w mięśni czworogłowym, • Zmniejszenie bólu i obrzęku pooperacyjnego, • Biegłość w podejmowaniu programu ćwiczeń w domu. <p><u>Rekomendowane rodzaje ćwiczeń:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontynuacja ćwiczeń fazy 1, • Mobilizacja patelarna we wszystkich kierunkach, • Ciągły ruch bierny ty ko podczas wizyt w szpitalu, • Izometryczne ćwiczenia mięśni czworogłowych z wykorzystaniem neurostymulacji NMES lub bez jej wykorzystania, • Wprowadzenie ćwiczeń SLR (straight leg raise) (zginanie, prostowanie, przywodzenie, odwodzenie), • Wprowadzenie hydroterapii: chodzenie w głębokich wodach (do przodu, do tyłu, na boki), podnoszenie pięty, przysiady, zgięcie prostej nogi, przywodzenie, odwodzenie. <p>Faza 3 (4-6 tygodni po operacji)</p> <p>Cel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bezbolesne ugięcie kolana do 125°, • Biegłość w wykonywaniu wszystkich ćwiczeń w domu, w tym SLR, • Bezbolesny chód przy użyciu 1 kuli i obciążeniu 60% masy ciała przez operowaną kończynę. <p><u>Rekomendowane rodzaje ćwiczeń:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontynuacja fazy 1 i 2 ćwiczeń, • Zwiększone zapotrzebowanie na ćwiczenia na cokole, w tym ćwiczenia SLR z zewnętrzną rotacją bioder, ćwiczenia pośladkowe w zginaniu kolan, • Wprowadzenie ćwiczeń rozciągających ścięgna kolanowe i łydkowe, • Wprowadzić ćwiczenia siedzące lub stojące na maszynie do ćwiczeń, • Wprowadzenie jazdy na rowerze stacjonarnym (tydzień 5), • Hydroterapia: kontynuować fazę 2 ćwiczeń, plus aktywne zgięcie kolana (z urządzeniami rezystancyjnymi), chodzenie po płytce wodzie (głębokość talii), unoszenie pięt, wypady, jazda na rowerze, nożyce, kopnięcia, ćwiczenie elastyczności. <p>Faza 4 (7-12 tygodni po operacji)</p> <p>Cel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bezbolesne i w pełni aktywne zginanie stawu kolanowego w granicach anatomicznych, • Bezbolesny 6-minutowy test przejścia bez bólu bez użycia pomocy w chodzeniu, • Bezbolesna jazda w pozycji pionowej na rowerze bez opaski ochronnej na kolano, • Biegłość w wykonywaniu ćwiczeń w domu i w pracy. <p><u>Rekomendowane rodzaje ćwiczeń:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontynuacja fazy 2 i 3 ćwiczeń • Dalsze zgięcie kolan dzięki intensywnemu rozciąganiu mięśni czworogłowych i pasywnych ćwiczeń na ergonometrze, • Wprowadzić ćwiczenia pomostowe i obciążeniowe zgięcie kolana (tydzień 8), • Wprowadzenie ćwiczeń proprioceptywnych obciążeniowych, • Wprowadzenie pionowej jazdy na rowerze stacjonarnym (tygodnie 9-12), • Kontynuacja fazy 2 i 3 ćwiczeń hydroterapeutycznych oraz "patter kicking" (tygodnie 11-12). <p>Faza 5 (3-6 miesięcy po operacji)</p> <p>Cel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normalny chód bez bólu, bez pomocy w chodzeniu lub aparatu na kolano, • Możliwość pokonywania schodów i łagodnych wzniesień bez bólu,

Wytyczne	Opis wytycznych
	<ul style="list-style-type: none"> • Powrót do pracy (w zależności od potrzeb zawodowych), • Biegłość w wykonywaniu wszystkich działań wzmacniających i aktywności proprioceptywnych obciążeniowych. <p><u>Rekomendowane rodzaje ćwiczeń:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontynuacja fazy 3 i 4 ćwiczeń • Wprowadzenie zmodyfikowanych ćwiczeń innych niż obciążeniowe (np. TKA - terminal leg extension), podyktowane lokalizacją i wielkością przeszczepu. • Wprowadzenie zmodyfikowanych ćwiczeń obciążeniowych (np. podnoszenie pięty jednej nogi, nacisk na nogi, przysiady, wypady, wykroki). • Zwiększenie czasu trwania i intensywności jazdy na rowerze stacjonarnym oraz intensywności jazdy na rowerze drogowym • Wprowadzenie ergometrii wioślarskiej i trenerów eliptycznych. • Hydroterapia na ogół nie jest wymagana; basen może być wykorzystywany do trwających ćwiczeń sercowo-naczyniowych. <p>Faza 6 (6-9 miesięcy po operacji)</p> <p>Cel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wzmocnienie ścięgien łydki i podkolanowych do 90% siły kończyny przeciwnej. • Zdolność pokonywania pieszo odległości większych niż 5-10 km bez odczuwania bólu, • Zdolność do skutecznego pokonywania nierówności terenu i miękkiego piasku, • Powrót do przedoperacyjnej działalności rekreacyjnej. <p><u>Rekomendowane rodzaje ćwiczeń:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontynuacja fazy 3-5 ćwiczeń, • Ciągły postęp ćwiczeń obciążeniowych i innych niż obciążeniowe w odniesieniu do czasu trwania, intensywności, aktywności proprioceptywnej i ogólnej złożoności, • Stosowane ćwiczenia powinny zacząć powielać to, co jest niezbędne do osiągnięcia indywidualnych celów ruchowych pacjenta. <p>Faza 7 (9-18 miesięcy po operacji)</p> <p>Cel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wytrzymałość mięśnia czworogłowego w obrębie 90% siły kończyny przeciwstawnej, • Zdolność do wykonywania wszystkich czynności związanych z codziennym życiem bez bólu, • Zdolność do rozpoczęcia progresywnego programu biegania około 9-12 miesiąca, • Wznowienie dynamicznej działalności rekreacyjnej i sportowej (należy jednak unikać sportów generujących duże obciążenia ściskające, ścinające i skrętne do 12-18 miesięcy po operacji). <p><u>Rekomendowane rodzaje ćwiczeń:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontynuacja fazy 3-6 ćwiczeń istotnych z punktu widzenia indywidualnych celów ruchowych pacjenta, • Ciągły postęp ćwiczeń obciążeniowych w odniesieniu do czasu trwania, intensywności, aktywności proprioceptywnej i ogólnej złożoności. • Wprowadzenie ćwiczeń zręcznościowych istotnych z punktu widzenia indywidualnych celów ruchowych pacjenta.
<p>NICE 2012</p> <p>National Institute for Clinical Excellence</p> <p>Wielka Brytania</p> <p>Wytyczne dotyczące rehabilitacji pacjentów ze złamaniami stawu biodrowego</p> <p>Wytyczne opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu eksperckiego</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 94%</p>	<p>Rekomendacje odnośnie fizjoterapii i rehabilitacji przy złamaniach stawu biodrowego</p> <p>Dorośli ze złamaniem stawu biodrowego rozpoczynają rehabilitację nie później niż dzień po operacji, i powinni ją stosować co najmniej raz dziennie.</p> <p>Wczesne przywrócenie sprawności ruchowej po operacji złamania stawu biodrowego może być korzystne dla osoby, ponieważ może skrócić czas pobytu w szpitalu i uniknąć komplikacji związanych z przedłużającym się pobytem w łóżku. Rehabilitacja przynajmniej raz dziennie może przynieść potencjalne korzyści w postaci zwiększonej mobilności, większej niezależności i zmniejszonego zapotrzebowania na opiekę instytucjonalną. Przed rozpoczęciem rehabilitacji potrzebna jest ocena fizjoterapeuty. Codziennie w szpitalu należy oferować pomoc w rehabilitacji, której mogą udzielać członkowie zespołu multidyscyplinarnego, gdy fizjoterapeuta jest nieobecny. Wsparcie to powinno być kontynuowane po wypisie ze szpitala.</p>

Wytuczne	Opis wyucznych										
<p>2011 NICE</p> <p>National Institute for Clinical Excellence</p> <p>Wielka Brytania</p> <p>Wytuczne dotyczace zarzadzania zlamaniami stawu biodrowego u osob doroslych</p> <p>Wytuczne opracowane na podstawie przegladu systematycznego i konsensusu eksperckiego</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 94%</p>	<p>Rekomendacje odnośnie fizjoterapii i rehabilitacji przy zlamaniach stawu biodrowego</p> <p>Podejścia, które zaslugują na rozwój i dalsze badania w przyszłości, obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> • progresywny trening oporowy, • progresywny trening równowagi i chodu, • wspomagany trening chodu na bieżni, • szkolenie w zakresie wykonywania podwójnych zadań oraz • trening w zakresie wykonywania codziennych czynności. <p>Optymalny moment rozpoczęcia tych interwencji wymaga wyjaśnienia. Idealny projekt badania to randomizowana, kontrolowana próba. Wstępne badania mogą koncentrować się na sprawdzeniu koncepcji i mieć na uwadze koszty. W celu określenia skuteczności klinicznej i efektywności kosztowej wymagane jest badanie z randomizacją fazy III. Idealna wielkość próbki wyniesie od 400 do 500 pacjentów, a podstawowym rezultatem powinna być funkcja fizyczna i związana ze zdrowiem jakość życia. Wyniki powinny również obejmować upadki. Należy przeprowadzić formalne obliczenie wielkości próby. Wyniki należy śledzić przez co najmniej 1 rok i porównać, jeśli to możliwe, albo krzywą powrotu do zdrowia w celu przywrócenia funkcji, a bo czas osiągnięcia celów funkcjonalnych.</p>										
<p>DOA 2011</p> <p>Dutch Orthopaedic Association</p> <p>Holandia</p> <p>Wytuczne dotyczace całkowitych protez biodrowych.</p> <p>Wytuczne opracowane na podstawie przegladu systematycznego i konsensusu eksperckiego</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 25%</p>	<p>Fizjoterapia przedoperacyjna (w tym porady i wsparcie w chodzeniu o lasce) może być rozważana tylko u starszych, zależnych osób o słabej sprawności fizycznej. Zalecana jest pooperacyjna fizjoterapia, w tym nadzorowany po wypisie (domowy) program ćwiczeń, który jest oparty na dysfunkcjach pacjenta w zakresie siły, sprawności fizycznej, i mobilności. Kompletną opiekę w całkowitej alloplastyce stawu biodrowego jest najlepiej zrealizować jako ścieżkę kliniczną z edukacją przedoperacyjną o aspektach szybkiej ścieżki, indywidualnych poradach i wsparciu oraz rehabilitacji pooperacyjnej. S. 572-573</p> <p>Poziom dowodów wniosków ostatecznych.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Poziom</th> <th>Wniosek oparty na dowodach</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Badanie A1 lub przynajmniej dwa niezależne badania poziomu A2 .</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Jedno badanie na poziomie A2 lub co najmniej dwa niezależne badania na poziomie B.</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Jedno badanie na poziomie B lub C</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Opinia ekspercka</td> </tr> </tbody> </table>	Poziom	Wniosek oparty na dowodach	1	Badanie A1 lub przynajmniej dwa niezależne badania poziomu A2 .	2	Jedno badanie na poziomie A2 lub co najmniej dwa niezależne badania na poziomie B.	3	Jedno badanie na poziomie B lub C	4	Opinia ekspercka
Poziom	Wniosek oparty na dowodach										
1	Badanie A1 lub przynajmniej dwa niezależne badania poziomu A2 .										
2	Jedno badanie na poziomie A2 lub co najmniej dwa niezależne badania na poziomie B.										
3	Jedno badanie na poziomie B lub C										
4	Opinia ekspercka										

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

3.3.6. Rehabilitacja w chorobach metabolicznych

Tabela 40. Rekomendacje dotyczące pacjentów z cukrzycą.

Wytuczne	Opis wyucznych		
<p>SIGN 2017</p> <p>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</p> <p>Szkocja</p> <p>Wytuczne dotyczace opieki i leczenia pacjentów z cukrzycą typu I oraz II.</p> <p>Zalecenia zostały opracowane na podstawie przegladu systematycznego i konsensusu ekspertów</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 56%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacjentów z cukrzycą typu 2 należy zachęcać do aktywności fizycznej oraz kompleksowych ćwiczeń w celu poprawy kontroli glikemii i obniżenie ryzyka problemów sercowo-naczyniowych (A). • Pacjentów z cukrzycą typu 2 należy zachęcać do aktywności fizycznej oraz kompleksowych ćwiczeń w celu poprawy kontroli glikemii i obniżenie ryzyka problemów sercowo-naczyniowych (B). • Trening oraz aktywność fizyczna (w tym ćwiczenia aerobowe oraz oporowe) powinny być wykonywane regularnie (D). • Wskazówki dotyczące ćwiczeń oraz aktywności fizycznej powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb i charakterystyki choroby, dodatkowo pacjent powinien wiedzieć jak kontrolować poziom glukozy oraz jak pielęgnować stopy. (D) • Pacjenci z powikłaniami cukrzycowymi powinni zasięgnąć opinii lekarza przed rozpoczęciem programu ćwiczeń. (D) • Wsparcie społeczne, zwiększenie dostępu do świadczeń osobom niepełnosprawnym, pomoc w radzeniu sobie z ograniczeniem ostrości wzroku powinny być zagwarantowane dla osób z cukrzycą oraz pogorszeniem wzroku. (D) <p><u>Uwagi</u></p> <p>Poziom dowodów:</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>1++</td> <td>Wysokiej jakości metaanalizy, systematyczne przeglądy RCT lub RCT o bardzo niskim ryzyku błędu systematycznego</td> </tr> </tbody> </table>	1++	Wysokiej jakości metaanalizy, systematyczne przeglądy RCT lub RCT o bardzo niskim ryzyku błędu systematycznego
1++	Wysokiej jakości metaanalizy, systematyczne przeglądy RCT lub RCT o bardzo niskim ryzyku błędu systematycznego		

Wytyczne	Opis wytycznych
	1+ Dobrze przeprowadzone meta-analizy, przeglądy systematyczne lub RCT o niskim ryzyku błędu systematycznego
	1- Metaanalizy, przeglądy systematyczne lub RCT o wysokim ryzyku błędu systematycznego
	2++ Wysokiej jakości systematyczne przeglądy badań kliniczno-kontrolnych lub kohortowych. Wysokiej jakości badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe z bardzo niskim ryzykiem wystąpienia błędu systematycznego oraz zakłóceń i wysokim prawdopodobieństwem wystąpienia związku przyczynowego.
	2+ Dobrze przeprowadzone badania kliniczno-kontrolne z niskim ryzykiem wystąpienia błędu statystycznego oraz zakłóceń i umiarkowanym prawdopodobieństwem wystąpienia związku przyczynowego.
	2- Badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe z wysokim ryzykiem wystąpienia błędu statystycznego oraz zakłóceń oraz znacznym ryzykiem braku związku przyczynowego.
	3 Opisy przypadków
	4 Opinie ekspertów
	<p>Siła rekomendacji:</p> <p>A – przynajmniej jedna metaanaliza, przegląd systematyczny lub RCT poziomu 1++ i bezpośrednio stosowane w populacji docelowej; materiał dowodowy składający się głównie z badań poziomu 1+, mających bezpośrednie zastosowanie w populacji docelowej i wykazujących ogólną spójność wyników;</p> <p>B – materiał dowodowy zawierający badania poziomu 2++, bezpośrednio dotyczące populacji docelowej oraz wykazujące ogólną spójność wyników; ekstrapolowany dowód z badań poziomu 1++ lub 1+;</p> <p>C – materiał dowodowy zawierający badania poziomu 2+ bezpośrednio dotyczące populacji docelowej i wykazujące ogólną spójność wyników; ekstrapolowany dowód z badań poziomu 2++;</p> <p>D – poziom dowodów 3 lub 4; Ekstrapolowany dowód z badań poziomu 2+.</p>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

3.3.7. Rehabilitacja ginekologiczna

Tabela 41. Rekomendacje dotyczące rehabilitacji w ginekologii.

Wytyczne	Opis wytycznych
<p>NICE 2019</p> <p>National Institute for Health and Care Excellence</p> <p>Wielka Brytania</p> <p>Wytyczne dotyczące postępowania w nietrzymaniu moczu i wypadaniu narządów miednicy u kobiet.</p> <p>Zalecenia zostały opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu ekspertów</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 33%</p>	<p>Regionalne MDT, które zajmują się złożoną dysfunkcją dna miednicy i problemami związanymi z terapią przeciwrzostową, powinny obejmować:</p> <ul style="list-style-type: none"> - specjalistę w dziedzinie uroginekologii - urologa posiadającego doświadczenie w urologii kobiet - pielęgniarkę specjalizującą się w uroginekologii/ urologii - fizjoterapeutę specjalizującego się w obszarze dna miednicy - radiologa z doświadczeniem w obrazowaniu dna miednicy - chirurga kolorektalnego z wiedzą fachową w zakresie problemów dna miednicy - specjalistę ds. bólu z doświadczeniem w leczeniu bólu miednicy <p>a także obejmować:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pracownika służby zdrowia przeszkolony w zakresie biofeedbacku jelitowego i transanalnej irygacji - psychologa klinicznego - członka zespołu ds. opieki nad osobami starszymi - terapeutę zajęciowego - chirurga posiadającego specjalizującego się w operacjach w tym zakresie - chirurga plastycznego. S. 7 <p>Terapie fizyczne:</p> <p>1. Trening mięśni dna miednicy</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zaproponowanie nadzorowanego treningu mięśni dna miednicy trwającego co najmniej 3 miesiące, jako leczenie pierwszego rzutu dla kobiet z wysiłkowym lub mieszanym nietrzymaniem moczu. - Programy treningu mięśni dna miednicy powinny obejmować co najmniej 8 skurczów, wykonywane 3 razy dziennie. - Nie należy stosować perineometrii lub elektromiografii dna miednicy jako biofeedbacku jako rutynową część treningu mięśni dna miednicy. - Należy kontynuować program ćwiczeń, jeśli trening mięśni dna miednicy przynosi korzyści. S. 13-14 <p>Stymulacja elektryczna:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nie należy rutynowo stosować stymulacji elektrycznej w leczeniu kobiet, u których występuje nadreaktywny pęcherz. - Nie należy rutynowo stosować stymulacji elektrycznej w połączeniu z treningiem mięśni dna miednicy. - Stymulacja elektryczna i/lub biofeedback powinny być brane pod uwagę w przypadku kobiet, które nie mogą aktywnie kurczyć mięśni dna miednicy, aby wspomóc motywację i przyzwyczajenie do terapii. S. 14

Wytyczne	Opis wytycznych
	<p>Terapie behawioralne:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zaproponowanie treningu pęcherza trwającego minimum 6 tygodni, jako leczenie pierwszego rzutu dla kobiet z nagłym parciem na pęcherz lub mieszanym nietrzymaniem moczu. - Jeżeli kobiety nie osiągną zadowalających korzyści z programów treningowych, należy rozważyć połączenie leczenia nadreaktywnego pęcherza z treningiem pęcherza moczowego jeśli częstotliwość jest uciążliwym objawem. S. 14 <p>Neurostymulacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nie należy oferować przezskórnej stymulacji nerwów krzyżowych (elektrody powierzchniowe umieszczone powyżej kości krzyżowej, często nazywanego przezskórną elektryczną stymulacją nerwów [TENS]) w leczeniu nadreaktywnego pęcherza u kobiet. - Nie należy oferować przezskórnej stymulacji tylnego nerwu piszczelowego w przypadku nadreaktywnego pęcherza. - Nie należy stosować przezskórnej stymulacji tylnego nerwu piszczelowego (igły wkłuwane do kości piszczelowej w pobliżu tylnego nerwu piszczelowego) w przypadku nadreaktywnego pęcherza, chyba że: <ul style="list-style-type: none"> a. przeprowadzono lokalny przegląd MDT oraz b. postępowanie niechirurgiczne, w tym leczenie nadreaktywnego pęcherza moczowego, nie przyniosło korzyści c. pacjentka nie chce toksyny botulinowej typu A lub przezskórnej stymulacji nerwów krzyżowych. S. 14-15 <p>Dla kobiet, które cierpią z powodu bólu lub bolesnego stosunku płciowego, co do którego istnieje podejrzenie, że jest związany z poprzednią terapią przeciwrostową</p> <ul style="list-style-type: none"> - jeżeli ocena specjalistyczna wskazuje na powikłanie związane z terapią przeciwrostową, należy zwrócić się o poradę do regionalnego MDT; - jeżeli ocena i badanie nie wykażą nieprawidłowości w membranie przeciwrostowej, takiej jak pochwowa ekstruzja, ekspozycja lub infekcja, należy rozważyć leczenie niechirurgiczne, takie jak postępowanie przeciwbólowe, estrogen pochwy, rozszerzacze, doradztwo (w tym psychoseksualne) i fizjoterapia - jeśli ból nie odpowiada początkowemu leczeniu, należy zwrócić się o poradę do regionalnego MDT. s. 43 <p>Istnieją trzy poziomy pewności rekomendacji:</p> <p>zalecenia dotyczące interwencji, które muszą (lub nie mogą) być stosowane</p> <p>zalecenia dotyczące interwencji, które powinny (lub nie powinny) być stosowane</p> <p>zalecenia dotyczące interwencji, które mogłyby zostać wykorzystane.</p> <p>(National Institute for Health and Clinical Excellence (November 2012) The guidelines manual. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Available from: www.nice.org.uk)</p>
<p>SOGC 2018</p> <p>Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada</p> <p>Kanada</p> <p>Wytyczne dotyczące aktywności fizycznej podczas ciąży.</p> <p>Zalecenia zostały opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu ekspertów</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 38%</p>	<p>Kobiety będące w ciąży, które doświadczyły rozejścia mięśni brzucha (tzw. diastasis recti), powinny być skonsultowane i powinny otrzymać poradę fizjoterapeutyczną oraz unikać ćwiczeń na rozciąganie mięśni brzucha (np. brzusków), gdyż to może pogorszyć ich stan¹ i prawdopodobieństwo ich naprawy po porodzie. S. 1344</p> <p>S. 1340:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wszystkie kobiety bez przeciwwskazań powinny być fizycznie aktywne przez cały okres ciąży. <i>Strong recommendation, moderate- quality evidence.</i> Zbadano konkretne podgrupy: <ul style="list-style-type: none"> ►► Kobiety, które były wcześniej nieaktywne. <i>Strong recommendation, moderate-quality evidence.</i> ►► Kobiety z rozpoznaną cukrzycą ciążową. <i>Weak recommendation, low-quality evidence.</i> ►► Kobiety sklasyfikowane jako z nadwagą lub otyłe (ciężowy wskaźnik masy ciała ≥ 25 kg / m²). <i>Strong recommendationii, low-quality evidence.</i> 2. Kobiety w ciąży, każdego tygodnia powinny mieć co najmniej 150 minut aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności, aby osiągnąć klinicznie znaczące zmniejszenie powikłań ciąży. <i>Strong recommendation, moderate- quality evidence.</i> 3. Aktywność fizyczna powinna być prowadzona powyżej minimum 3 dni w tygodniu; jednak zachęca się do bycia aktywnym każdego dnia. <i>Strong recommendation, moderate-quality evidence</i> 4. Kobiety w ciąży powinny wykonywać różnorodne ćwiczenia aerobowe i programy ćwiczeń na wytrzymałość, aby osiągnąć większe korzyści. Dodanie jogi i / lub delikatnego rozciągania może być również korzystne. <i>Strong recommendation, high-quality evidence.</i>

Wytyczne	Opis wytycznych																																										
	<p>5. PFMT (Pelvic floor muscle training) (np. ćwiczenia mięśni Kegla) mogą być wykonywane codziennie aby zmniejszyć prawdopodobieństwo nietrzymania moczu. Instrukcja na temat poprawnej techniki ćwiczeń jest zalecana w celu uzyskania optymalnych korzyści. <i>Weak recommendationiv, low-quality evidence</i></p> <p>6. Kobiety w ciąży, które doświadczają zawrotów głowy, nudności lub źle się czują, gdy ćwiczą płasko na plecach, należy zmodyfikować dla nich pozycje ćwiczeń, aby uniknąć pozycji na wznak. <i>Weak recommendationv, very-low quality evidence.</i></p> <p><u>Siła rekomendacji:</u> Silna rekomendacja - Większość lub wszystkie kobiety w ciąży będą najlepiej prowadzone przez zalecany tryb postępowania. Słaba rekomendacja - Nie wszystkie kobiety w ciąży będą najlepiej prowadzone przez rekomendowane kierunki działania; istnieje potrzeba uwzględnienia innych czynników, takich jak okoliczności, preferencje, wartości, dostępne zasoby lub otoczenie. W podejmowaniu decyzji mogą pomóc konsultacje z opiekunem położniczym.</p> <p><u>Jakość dowodów:</u> Wysoka jakość - Panel Konsensusu Wytycznych jest bardzo pewny, że szacowany wpływ aktywności fizycznej na wynik zdrowotny jest bliski rzeczywistemu efektowi. Umiarkowana jakość - Panel Konsensusu Wytycznych jest umiarkowanie pewny co do szacowanego wpływu aktywności fizycznej na wynik zdrowotny; szacunkowy wpływ może być bliski rzeczywistemu efektowi, ale istnieje możliwość, że jest on zasadniczo inny. Niska jakość - zaufanie Panelu Konsensusu do szacowanego wpływu aktywności fizycznej na wynik zdrowotny jest ograniczone; szacunkowy wpływ może znacznie różnić się od rzeczywistego wpływu. Bardzo niska jakość - Panel Konsensusu Wytycznych ma bardzo małe zaufanie do szacowanego wpływu aktywności fizycznej na wynik zdrowotny; szacunkowy wpływ może się znacznie różnić od rzeczywistego wpływu.</p>																																										
<p>MHSSE 2014</p> <p>Ministry of Health, Social Services and Equality</p> <p>Hiszpania</p> <p>Wytyczne dotyczące opieki podczas ciąży i porodu</p> <p>Zalecenia zostały opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu ekspertów</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 69%</p>	<p>Korzyści z rehabilitacji mięśni dna miednicy:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sugerowane jest, iż kobiety rozpoczynające ćwiczenia mięśni dna miednicy przed porodem, mogą mieć niższe ryzyko nietrzymania moczu po urodzeniu dziecka. (weak) s.33 Sugerowane jest prowadzenie programu treningowego mięśni dna miednicy, u kobiet z problemem nietrzymania moczu lub kału po urodzeniu dziecka. (weak) s.33 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Ocena jakości dowodów w systemie oceny GRADE</th> </tr> <tr> <th>Jakość dowodów naukowych</th> <th>Rodzaj badania</th> <th>Obniżona jakość jeśli</th> <th>Podwyższona jakość jeśli</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Wysoka</td> <td>RCT</td> <td rowspan="2">W zakresie projektowania badania: Istotne (1), bardzo istotne (-2), niespójność (-1)</td> <td rowspan="2">Asocjacje: Silne dowody naukowe o silnej asocjacji (RR>2 do <0.5 oparte na pewnych badaniach obserwacyjnych) (+1) Dowody naukowe o silnych asocjacjach (RR>5 lub <0.2 oparte na obiektywnej analizie) (+2) Krzywa dawka-reakcja (+1) Wszystkie potencjalnie niepewne czynniki mogą obniżyć zaobserwowany efekt (+1)</td> </tr> <tr> <td>Średnia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Niska</td> <td>Badania obserwacyjne</td> <td rowspan="2">Dowody bezpośrednie: pewien stopień niepewności (-1), wysoki stopień niepewności dowodów (-2) Nieścisłość danych (-1) Odnotowanie błędów: wysokie prawdopodobieństwo (-1)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bardzo niska</td> <td>Metaanalizy, inne badania</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Implikacje siły zaleceń w systemie oceniania GRADE</th> </tr> <tr> <th colspan="3">Implikacje silnego zalecenia</th> </tr> <tr> <th>Kobiety</th> <th>Klinicyści</th> <th>Kierownictwo/Organizatorzy</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zdecydowana większość ludzi zgadza się z zalecanym działaniem i tylko niewielka część z nich nie zgodziłaby się na to.</td> <td>Większość kobiet powinna otrzymać rekomendowaną interwencję.</td> <td>Rekomendacje mogą zostać przyjęte jako polityka zdrowotna w większości sytuacji.</td> </tr> <tr> <th colspan="3">Implikacje słabego zalecenia</th> </tr> <tr> <th>Kobiety</th> <th>Klinicyści</th> <th>Kierownictwo/Organizatorzy</th> </tr> <tr> <td>Większość ludzi zgadzałaby się z rekomendowanym postępowaniem, ale znacząca liczba osób nie zgadza się.</td> <td>Dostrzega się i różne opcje będą odpowiednie dla różnych kobiet i lekarz powinien pomóc w wyborze najlepszej opcji zgodnie z wartościami i preferencjami pacjentki.</td> <td>Istotna potrzeba debaty i uczestnictwa grup interesantów.</td> </tr> </tbody> </table>	Ocena jakości dowodów w systemie oceny GRADE				Jakość dowodów naukowych	Rodzaj badania	Obniżona jakość jeśli	Podwyższona jakość jeśli	Wysoka	RCT	W zakresie projektowania badania: Istotne (1), bardzo istotne (-2), niespójność (-1)	Asocjacje: Silne dowody naukowe o silnej asocjacji (RR>2 do <0.5 oparte na pewnych badaniach obserwacyjnych) (+1) Dowody naukowe o silnych asocjacjach (RR>5 lub <0.2 oparte na obiektywnej analizie) (+2) Krzywa dawka-reakcja (+1) Wszystkie potencjalnie niepewne czynniki mogą obniżyć zaobserwowany efekt (+1)	Średnia		Niska	Badania obserwacyjne	Dowody bezpośrednie: pewien stopień niepewności (-1), wysoki stopień niepewności dowodów (-2) Nieścisłość danych (-1) Odnotowanie błędów: wysokie prawdopodobieństwo (-1)		Bardzo niska	Metaanalizy, inne badania		Implikacje siły zaleceń w systemie oceniania GRADE			Implikacje silnego zalecenia			Kobiety	Klinicyści	Kierownictwo/Organizatorzy	Zdecydowana większość ludzi zgadza się z zalecanym działaniem i tylko niewielka część z nich nie zgodziłaby się na to.	Większość kobiet powinna otrzymać rekomendowaną interwencję.	Rekomendacje mogą zostać przyjęte jako polityka zdrowotna w większości sytuacji.	Implikacje słabego zalecenia			Kobiety	Klinicyści	Kierownictwo/Organizatorzy	Większość ludzi zgadzałaby się z rekomendowanym postępowaniem, ale znacząca liczba osób nie zgadza się.	Dostrzega się i różne opcje będą odpowiednie dla różnych kobiet i lekarz powinien pomóc w wyborze najlepszej opcji zgodnie z wartościami i preferencjami pacjentki.	Istotna potrzeba debaty i uczestnictwa grup interesantów.
Ocena jakości dowodów w systemie oceny GRADE																																											
Jakość dowodów naukowych	Rodzaj badania	Obniżona jakość jeśli	Podwyższona jakość jeśli																																								
Wysoka	RCT	W zakresie projektowania badania: Istotne (1), bardzo istotne (-2), niespójność (-1)	Asocjacje: Silne dowody naukowe o silnej asocjacji (RR>2 do <0.5 oparte na pewnych badaniach obserwacyjnych) (+1) Dowody naukowe o silnych asocjacjach (RR>5 lub <0.2 oparte na obiektywnej analizie) (+2) Krzywa dawka-reakcja (+1) Wszystkie potencjalnie niepewne czynniki mogą obniżyć zaobserwowany efekt (+1)																																								
Średnia																																											
Niska	Badania obserwacyjne	Dowody bezpośrednie: pewien stopień niepewności (-1), wysoki stopień niepewności dowodów (-2) Nieścisłość danych (-1) Odnotowanie błędów: wysokie prawdopodobieństwo (-1)																																									
Bardzo niska	Metaanalizy, inne badania																																										
Implikacje siły zaleceń w systemie oceniania GRADE																																											
Implikacje silnego zalecenia																																											
Kobiety	Klinicyści	Kierownictwo/Organizatorzy																																									
Zdecydowana większość ludzi zgadza się z zalecanym działaniem i tylko niewielka część z nich nie zgodziłaby się na to.	Większość kobiet powinna otrzymać rekomendowaną interwencję.	Rekomendacje mogą zostać przyjęte jako polityka zdrowotna w większości sytuacji.																																									
Implikacje słabego zalecenia																																											
Kobiety	Klinicyści	Kierownictwo/Organizatorzy																																									
Większość ludzi zgadzałaby się z rekomendowanym postępowaniem, ale znacząca liczba osób nie zgadza się.	Dostrzega się i różne opcje będą odpowiednie dla różnych kobiet i lekarz powinien pomóc w wyborze najlepszej opcji zgodnie z wartościami i preferencjami pacjentki.	Istotna potrzeba debaty i uczestnictwa grup interesantów.																																									

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

3.3.8. Rehabilitacja geriatryczna

Tabela 42. Rekomendacje dotyczące opieki nad osobami w podeszłym wieku

Wytyczne	Opis wytycznych
<p>WHO 2017</p> <p>World Health Organization</p> <p>Wytyczne dotyczące opieki nad osobami w podeszłym wieku.</p> <p>Zalecenia zostały opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu ekspertów</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 75%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • W przypadku osób starszych z obniżającą się sprawnością fizyczną, mierzoną przez szybkość chodu, siłę uścisku ręki i inne miary sprawności fizycznej, zaleca się wykonywanie treningu multimodalnego w tym ćwiczeń wytrzymałościowych progresywnych, ćwiczeń na równowagę, ćwiczeń poprawiających elastyczność oraz trening aerobowy. Jakość dowodów: umiarkowana Siła zalecenia: wysoka • Rehabilitację funkcji poznawczych można zaoferować osobom starszym z zaburzeniami funkcji poznawczych z formalną diagnozą lub bez. Jakość dowodów: niska Siła zalecenia: warunkowa • Starszym osobom, u których występują objawy depresji można zaproponować krótkie, ustrukturyzowane interwencje psychologiczne (zgodnie z wytycznymi mhGAP WHO), dostarczane przez pracowników opieki zdrowotnej doświadczonych w zakresie zdrowia psychicznego u osób starszych. Jakość dowodów: bardzo niska Siła zalecenia: warunkowa • Trening mięśni dna miednicy (PFMT), strategie radzenia sobie z nietrzymaniem moczu i nauka samokontroli są zalecane w przypadku starszych kobiet z nietrzymaniem moczu. Jakość dowodów: umiarkowana Siła zalecenia: wysoka • W przypadku osób starszych z zaburzeniami równowagi zalecany jest trening multimodalny (równowaga, elastyczność oraz trening funkcjonalny). Jakość dowodów: umiarkowana Siła zalecenia: wysoka • Interwencje psychologiczne, treningi oraz wsparcie powinny być oferowane członkom rodziny/opiekunom osób starszych, zwłaszcza jeżeli wymagana opieka jest złożona i/lub obciążająca opiekuna. Jakość dowodów: niska Siła zalecenia: wysoka • Osobom starszym które mają upośledzone funkcje poznawcze można zaoferować leczenie nietrzymania moczu polegające na przypominaniu o konieczności oddawania moczu. Jakość dowodów: umiarkowana Siła zalecenia: warunkowa • Starszym kobietom, które mają problem z nietrzymaniem moczu powinno zalecać się trening mięśni dna miednicy, sam lub w połączeniu ze strategiami kontroli pęcherza. Jakość dowodów: umiarkowana Siła zalecenia: wysoka • Osobom starszym u których występuje ryzyko upadku zaleca się wykonywanie ćwiczeń multimodalnych, poprawiających siłę, równowagę elastyczność oraz stan funkcjonalny. Jakość dowodów: umiarkowana Siła zalecenia: wysoka • Po ocenie specjalistycznej zaleca się modyfikację domu poprzez usunięcie zagrożeń mogących spowodować upadki. Jakość dowodów: umiarkowana Siła rekomendacji: wysoka • W celu zmniejszenia ryzyka i częstości upadków wśród osób starszych można zapewnić wieloczynnikowe interwencje, indywidualnie dopasowane do pacjenta po jego ocenie. Jakość dowodów: niska Siła zalecenia: warunkowa • Członkom rodziny/opiekunom osób starszych należy zaoferować interwencje psychologiczne, szczególnie jeżeli ta opieka jest złożona i/lub znacznie obciąża członka rodziny/opiekuna). Jakość dowodów: umiarkowana Siła rekomendacji: wysoka
<p>NICE 2013</p> <p>National Institute for Health and Care Excellence</p> <p>Wielka Brytania</p>	<p>Profilaktyka upadków u osób starszych</p> <ul style="list-style-type: none"> • Starsze osoby powinny być rutynowo pytane, czy upadły w ciągu ostatniego roku, jaka była częstotliwość i okoliczności upadków. • Wieloczynnikowa ocena ryzyka upadków powinna być zastosowana w przypadku osób starszych zgłaszających się do szpitala po upadku lub u których przez ostatni rok występowały nawracające upadki. Ocena powinna być przeprowadzona przez pracownika opieki zdrowotnej

Wytyczne	Opis wytycznych
<p>Wytyczne dotyczące opieki nas osobami w podeszłym wieku.</p> <p>Zalecenia zostały opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu ekspertów</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 81%</p>	<p>odpowiedni przeszkolonego i doświadczonego w tej dziedzinie. Ocena powinna być częścią zindywidualizowanej, wieloczynnikowej interwencji.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wszystkie starsze osoby u których powtarzają się upadki lub oceniane jako osoby o podwyższonym ryzyku powinni być kandydatami do indywidualnych wieloczynnikowej terapii. W przypadku udanych treningów występują następujące wspólne elementy: <ul style="list-style-type: none"> ○ trening siłowy i równowagi; ○ ocena zagrożeń występujących w domu, działania zapobiegające; ○ ocena wzroku i skierowanie na konsultacje. • Trening siłowy i równowagi jest rekomendowany w przypadku osób starszych. Najbardziej korzystne są w przypadku osób, które nie są w szpitalu, u których potarżają się upadki i/lub problemy z chodzeniem. Terapia powinna być opracowana indywidualnie dla pacjenta oraz monitorowany przez odpowiednio wyszkolonego specjalistę. • Wieloczynnikowa terapia w skład której wchodzić ćwiczenia jest zalecana dla osób starszych będących w placówkach opieki, które narażone są na upadki. • W celu promocji udziału osób starszych w programach zapobiegania upadków należy: <ul style="list-style-type: none"> ○ omówić zmiany, które dana osoba jest w stanie podjąć, aby zapobiegać wypadkom, ○ przekazać informacje w sposób dostosowany do stanu pacjenta, ○ uwzględnić w programie potencjalne bariery takie jak strach przed upadkiem, niska samowystarczalność ○ zachęcać do zmiany aktywności oraz negocjować z uczestnikiem. • Pracownicy opracowujący programy zapobiegające upadkom powinni zapewni wystarczającą elastyczność do różnych potrzeb i preferencji uczestników oraz promować społeczną wartość takich programów. • Pacjenci z ryzykiem upadków oraz ich rodzina/opiekunowie powinni otrzymywać informacje (ustnie i pisemnie) odnośnie: <ul style="list-style-type: none"> ○ zapobiegania przyszłym upadkom, ○ utrzymania motywacji w trakcie interwencji zapobiegającej upadkom w tym ćwiczeń siłowych i poprawiających równowagę, ○ zapobiegano charakteru niektórych upadków, ○ fizycznych i psychicznych korzyści modyfikacji ryzyka upadków ○ miejsc, gdzie pacjenci mogą szukać dalszych porad i pomocy, ○ radzenia sobie z upadkiem, jak wezwać pomoc i unikać okłamywania innych na temat swojego stanu. <p>Profilaktyka upadków u osób starszych w trakcie hospitalizacji</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nie należy używać narzędzi przewidywania ryzyka upadku (fall risk prediction tools) w ocenie pacjenta w trakcie hospitalizacji. • W grupie ryzyka wśród pacjentów hospitalizowanych są: <ul style="list-style-type: none"> ○ wszyscy pacjenci w wieku 65 lat lub starsi ○ pacjenci w wieku 50-64 lat uznani przez lekarza za bardziej narażonych z powodu choroby podstawowej. • Należy zagwarantować środowisko szpitalne minimalizujące ryzyko upadku, systematycznie identyfikować i rozwiązywać problemy. • Należy rozważyć ocenę oraz interwencje wieloczynnikowe. • Należy upewnić się, że każda wieloczynnikowa ocena identyfikuje indywidualne czynniki ryzyka u pacjenta, które mogą być leczone i neutralizowane. • Nie należy oferować interwencji zapobiegającym upadkom, jeżeli nie są one dopasowane do indywidualnych potrzeb i ryzyka pacjenta. • Jeżeli pacjent wyrazi zgodę, należy zapewnić niezbędne informacje (ustnie i/lub pisemnie) pacjentom członkom rodziny i/lub opiekunom. Należy wciąć pod uwagę zdolności pacjenta do przyswajania informacji. Informacje powinny zawierać: <ul style="list-style-type: none"> ○ wyjaśnienie indywidualnych czynników ryzyka upadków w szpitalu, ○ zachętę do korzystania z systemu wezwania pielęgniarki oraz wytłumaczenie jak go używać, ○ instruktaż dla rodziny/opiekuna jak pomagać osoby starszej wstać z łóżka, ○ wyjaśnienie w jakich sytuacjach powinien prosić o pomoc w poruszaniu się, ○ pomoc pacjentowi w zaangażowanie się w wieloczynnikowe interwencje dotyczące indywidualnych czynników ryzyka. <p><u>Uwagi:</u></p> <p>*Siła rekomendacji interwencji była wyrażona za pomocą użytych czasowników:</p> <p>Must/must not – istnieje prawny obowiązek/zakaz zastosowania danej interwencji lub postępowanie wbrew rekomendacji niesie ze sobą skutki niezwykle poważne lub zagrażające życiu.</p> <p>Offer/refer/advise – Silna rekomendacja. Autorzy rekomendacji są pewni, że dla znacznej większości pacjentów, dana interwencja przyniesie więcej korzyści niż strat oraz jest efektywna kosztowo.</p>

Wytyczne	Opis wytycznych
	<p>Zaprzeczenia podobnych wyrażen (np. 'do not offer') stosowane są do interwencji, dla których autorzy są pewni, że nie będą one korzystne dla większości pacjentów.</p> <p>Consider – Autorzy publikacji są pewni, że dana interwencja przyniesie więcej korzyści niż szkód dla większości pacjentów i jest kosztowo efektywna, ale inne metody mogą być podobnie efektywne kosztowo. Wybór interwencji lub całkowita rezygnacja zależą bardziej od preferencji pacjenta niż od siły rekomendacji</p>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

3.3.9. Rehabilitacja onkologiczna

Tabela 43. Rekomendacje dotyczące rehabilitacji w onkologii.

Wytyczne	Opis wytycznych
<p>CCO 2017</p> <p>Cancer Care Ontario</p> <p>Kanada</p> <p>Wytyczne dotyczące ćwiczeń fizycznych dla osób chorych na raka</p> <p>Wytyczne opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu ekspertów</p> <p>Ocena w 3 domenie AGREE II: 42%</p>	<p>Rekomendacje:</p> <p>Osoby chorujące na raka będące w trakcie aktywnego leczenia lub po jego ukończeniu mogą bezpiecznie wykonywać umiarkowaną ilość ćwiczeń fizycznych</p> <p>Umiarkowana ilość ćwiczeń jest zalecana pacjentom onkologicznym w celu poprawy jakości życia oraz sprawności fizycznej</p> <p>Klinicyści powinni zalecać pacjentom podejmowanie ćwiczeń:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Docelowo 150 minut ćwiczeń aerobowych o umiarkowanej intensywności w ciągu 3- dni oraz co najmniej 2 dni w tygodniu trening oporowy o Sesja treningu oporowego powinna obejmować główne grupy mięśniowe przez 2-3 dni w tygodniu (8-10 grup mięśniowych, 8-10 powtórzeń, 2 serie) o Każda sesja powinna obejmować rozgrzewkę i schłodzenie <p>Przed rozpoczęciem treningów u wszystkich pacjentów onkologicznych zalecana jest ocena skutków choroby, leczenia oraz chorób współistniejących</p> <p>Zaleca się, aby w miarę możliwości osoby chore na raka ćwiczyły w grupach lub pod nadzorem, ponieważ takie warunki umożliwiają lepsze efekty w zakresie jakości życia i ogólnej sprawności</p> <p>Zaleca się w miarę możliwości wykonywanie ćwiczeń o umiarkowanej intensywności (3-6-krotność stanu spoczynkowego) regularnie w celu utrzymania poprawy jakości życia i sprawności w dłuższym okresie</p>
<p>NICE 2004</p> <p>The National Institute for Health and Care Excellence</p> <p>Wielka Brytania</p> <p>Wytyczne dotyczące świadczeń z zakresu leczenia wspomagającego i opieki paliatywnej u dorosłych pacjentów chorych na raka.</p> <p>Wytyczne opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu ekspertów.</p> <p>Ocena w 3 domenie AGREE II: 81%</p>	<p>Podsumowanie rekomendacji odnoszących się do rehabilitacji:</p> <p>Potrzeby rehabilitacyjne pacjentów powinny zostać ocenione w kluczowych punktach ścieżki pacjenta przy pomocy narzędzi oceny zaaprobowanych w obrębie sieci onkologicznej (ang. Cancer Network).</p> <p>Organizacja rehabilitacji powinna zapewniać dostęp do szerokiego zakresu wiedzy specjalistycznej oraz tworzyć warunki dla bliskiej współpracy z zespołami multidyscyplinarnymi odpowiednimi dla danego nowotworu, specjalistami opieki paliatywnej oraz podstawową opieką zdrowotną.</p> <p>Dostępność pomocniczego personelu medycznego (ang. allied health professionals) powinna być jasno zdefiniowana dla każdego etapu ścieżki postępowania poprzez kryteria skierowania oraz leczenia, z uwzględnieniem dostępu przez samoskierowanie pacjenta</p> <p>Należy zapewnić dostęp do programów edukacyjnych i szkoleniowych</p> <p>Wszyscy świadczeniodawcy rehabilitacji w ramach sieci onkologicznej (ang. Cancer Network) powinni opracować i wdrożyć wytyczne oparte na dowodach naukowych umożliwiające audytowanie praktyk.</p> <p>Omówienie dowodów naukowych (tylko wnioski z randomizowanych badań klinicznych (RCT) lub przeglądów systematycznych badań randomizowanych:</p> <p>Interwencje edukacyjne na ogół okazywały się skuteczne. Badania sugerują, że ogólny program szkoleniowy zapewniający informacje na temat ćwiczeń fizycznych i umiejętności radzenia sobie mogą poprawić samopoczucie fizyczne i emocjonalne pacjentów</p> <p>Specjalne programy szkoleniowe dotyczące na przykład zmęczenia związanego z rakiem i duszności mogą spowodować znaczną poprawę funkcjonowania.</p> <p>Dwa badania oceniające wpływ ćwiczeń marszowych u pacjentów z chorobą nowotworową otrzymujących odpowiednio chemioterapię neoadjuwantową i radioterapię wykazały poprawę sprawności fizycznej i obniżenie poziomu zmęczenia i stresu emocjonalnego</p> <p>Stwierdzono, że program ukierunkowany na zwiększenie stosowania się do zaleceń lekarskich w zakresie rozszerzania pochwy wśród kobiet z rakiem ginekologicznym jest skuteczny oraz zmniejsza obawy dotyczące sfery seksualnej po chorobie.</p> <p>Badania pokazują również, że samoedukacja w zakresie radzenia sobie stresem dla pacjentów rozpoczynających chemioterapię jest szczególnie skuteczne przy znacznie niższych kosztach niż szkolenia prowadzone przez profesjonalistów</p>

Wytyczne	Opis wytycznych
	<p>Stosowanie podejścia samopomocy wydaje się przynosić pozytywne wyniki w zakresie samoopieki, dostosowania psychologicznego i zaufania do własnej wiedzy na temat raka, niezależnie od zaradności wyjściowej</p> <p>Zaangażowanie diety w celu uniknięcia niepożądanego przyrostu masy ciała wśród kobiet otrzymujących chemioterapię adjuwantową, spowodował niewie kie, ale nieistotne statystycznie zmniejszenie zarówno spożycia kalorii, jak i przyrostu masy ciała</p> <p>stwierdzono, że kompleksowa interwencja dla kobiet z rakiem piersi z objawami menopauzy, polegająca na ustrukturyzowanej ocenie, po której wdrażany jest indywidualny plan edukacji, poradnictwa, interwencji farmakologicznych i behawioralnych, wsparcia i skierowań, doprowadziła do poprawy kontroli objawów i funkcjonowania seksualnego</p>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

3.3.10. Rehabilitacja w obręku limfatycznym

Tabela 44. Rekomendacje dotyczące obręku limfatycznego.

Wytyczne	Opis wytycznych
<p>KIF 2017</p> <p>Krajowa Izba Fizjoterapeutów</p> <p>Polska</p> <p>Wytyczne dotyczące procedur fizjoterapeutycznych w leczeniu obręku limfatycznego</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: %</p>	<p>Wytyczne Krajowej Izby Fizjoterapeutów odnośnie</p> <p>Przerywana kompresja pneumatyczna</p> <p>Wszystkie doniesienia naukowe świadczą, iż przerywana kompresja pneumatyczna winna być elementem kompleksowego postępowania przeciwobrzękowego. Jako pojedynczy zabieg w trakcie leczenia nie okaże się skuteczna.</p> <p><u>Siła dowodu naukowego: A/B (pomiędzy A i B)</u></p> <p><u>Rekomendacja: wykonuj (silna rekomendacja dla danej procedury)</u></p> <p>Manualny drenaż limfatyczny</p> <p>Najnowsze metaanalizy i przeglądy systematyczne podkreślają, że manualny drenaż limfatyczny powinien stanowić składową kompleksowego postępowania przeciwobrzękowego, lecz opieranie procesu leczniczego jedynie na tym zabiegu jest błędne i nieskuteczne. Mimo stosunkowo jednolitych rezultatów wciąż przydatna byłaby intensyfikacja działań na rzecz prowadzenia randomizowanych badań klinicznych o wysokich walorach metodologicznych, co pozwoliłoby w przyszłości na włączenie do metaanaliz większej liczby prac.</p> <p><u>Siła dowodu naukowego: B</u></p> <p><u>Rekomendacja: wykonuj (silna rekomendacja dla danej procedury)</u></p> <p>Kompresjoterapia (bandażowanie wielowarstwowe i odzież uciskowa)</p> <p>Publikacje świadczą, iż kompresjoterapia powinna być istotnym elementem kompleksowego postępowania przeciwobrzękowego, lecz należy pamiętać, że jako pojedynczy zabieg (monoterapia) w trakcie leczenia może okazać się nieefektywna.</p> <p><u>Siła dowodu naukowego: A</u></p> <p><u>Rekomendacja: wykonuj (silna rekomendacja dla danej procedury)</u></p> <p>Specjalistyczna kinezyterapia</p> <p>Doniesienia potwierdzają, iż ukierunkowana kinezyterapia winna stanowić ważny składnik kompleksowego postępowania przeciwobrzękowego, aczkolwiek stosowanie jej jako tzw. monoterapii w przypadkach limfatycznych jest bezcelowe.</p> <p><u>Siła dowodu naukowego: A</u></p> <p><u>Rekomendacja: wykonuj (silna rekomendacja dla danej procedury)</u></p> <p>Kinesiotaping (KT)</p> <p>Stosowanie plastrowania dynamicznego można jedynie rozważyć jako terapię uzupełniającą i wspomagającą w stadiach wczesnych i niepowikłanych obręku chłonnego, w których głównym celem jest profilaktyka przeciw powstawianiu zrostów i zwłóknień podskórnych oraz rozluźnienie tkanek miękkich, stabilizacja struktur okołostawowych i mięśniowo-więzadłowych podczas usprawniania ruchowego i oddziaływanie wspomagające w utrzymaniu mobilności w stawach. Metoda ta jednak nie ma wiarygodnych i jednoznacznych wskazań w zakresie redukcji obręku limfatycznego i nie może być jakkolwiek alternatywą dla kompresjoterapii. Tym samym zaleca się poszukiwanie zastosowań aplikacji limfatycznych w niwelowaniu głównie obręków pourazowych (krwiak podskórny), gdzie mechanizmy terapeutyczne są w stanie wytrzymać standardy Evidence Based Medicine, a nie w przypadkach obręków chłonnych.</p> <p><u>Siła dowodu naukowego: B</u></p> <p><u>Rekomendacja: brak jakiegokolwiek rekomendacji</u></p> <p>Nordic Walking</p> <p>Wykorzystanie Nordic Walking w niwelowaniu obręku limfatycznego wydaje się nieskuteczne, jednak można rozważyć stosowanie metody jako terapii uzupełniającej i wspomagającej, jeśli głównym celem terapeutycznym jest oddziaływanie przeciwbólowe, próba zmniejszenia uczucia ciężkości kończyny, dyskomfortu lub zwiększenie siły mięśniowej, czyli gdy najistotniejsze są aspekty poprawy wskaźń ków</p>

Wytyczne	Opis wytycznych
	<p>jakości życia pacjenta oraz jego wydolności motorycznej i krążeniowo-oddechowej. Należy prowadzić dalsze randomizowane badania kliniczne, gdyż liczba publikacji jest niewystarczająca.</p> <p><u>Siła dowodu naukowego: C (zbyt mała liczba prac)</u></p> <p><u>Rekomendacja: Brak jakiegokolwiek rekomendacji</u></p> <p>Ćwiczenia w wodzie, masaż wirowy i zabiegi wodolecznicze</p> <p>Stosowanie ćwiczeń w wodzie i zabiegów z zakresu hydroterapii w redukcji obrzęku limfatycznego nie jest poparte jasnymi przesłankami naukowymi. Można jedynie rozważyć wykorzystanie środowiska wodnego jako terapii uzupełniającej i wspomagającej, jeśli głównym celem terapeutycznym jest oddziaływanie przeciwbólowe, próba zmniejszenia uczucia ciężkości kończyny, dyskomfortu lub poprawy wskaźników jakości życia pacjenta. Należy prowadzić dalsze randomizowane badania kliniczne, gdyż liczba publikacji jest niewystarczająca.</p> <p><u>Siła dowodu naukowego: C (zbyt mała liczba prac)</u></p> <p><u>Rekomendacja: Brak jakiegokolwiek rekomendacji</u></p> <p>Inne formy masażu (aquavibron, automasaż)</p> <p>Niniejsza tematyka nie istnieje w zasobach Evidence Based Medicine i ocena przydatności tych metod w leczeniu obrzęków limfatycznych nie jest możliwa.</p> <p><u>Siła dowodu naukowego: C (brak publikacji w ogóle)</u></p> <p><u>Rekomendacja: Brak jakiegokolwiek rekomendacji</u></p> <p>Fala uderzeniowa</p> <p>Wydaje się, że aplikacja fali uderzeniowej w redukcji obrzęku chłonnego ma silne podstawy na poziomie in vitro i eksperymentów zwierzęcych, a nieliczne próby z udziałem ludzi wykazują obiecujące rezultaty. Mimo że nie odnotowano żadnego doniesienia krytycznego, trzeba prowadzić dalsze randomizowane badania kliniczne, gdyż liczba publikacji jest niewystarczająca.</p> <p><u>Siła dowodu naukowego: C (zbyt mała liczba prac)</u></p> <p><u>Rekomendacja: Raczej wykonuj, lecz bardziej jako terapię alternatywną i/lub wspomagającą</u></p> <p>Laseroterapia</p> <p>piśmiennictwie występuje wiele opracowań świadczących pozytywnie na rzecz wykorzystania laseroterapii w leczeniu przeciwobrzękowym. Niestety istnieją również (w mniejszej liczbie niż prace pozytywne) doniesienia krytyczne, które wykazują większe zaawansowanie metodologiczne (głównie zastosowanie placebo lub quasi-laseroterapii) i negują korzystny wpływ naświetlań. Stwierdza się nagłą potrzebę prowadzenia randomizowanych badań klinicznych o dużej referencyjności.</p> <p><u>Siła dowodu naukowego: B</u></p> <p><u>Rekomendacja: Raczej wykonuj, lecz bardziej jako terapię alternatywną i/lub wspomagającą</u></p> <p>Głęboka oscylacja</p> <p>Należy prowadzić dalsze randomizowane badania kliniczne. Ponadto trzeba przyznać, iż nie do końca są przejrzyste mechanizmy lecznicze tej metody w przypadkach obrzęku chłonnego.</p> <p><u>Siła dowodu naukowego: C (zbyt mała liczba prac)</u></p> <p><u>Rekomendacja: Brak jakiegokolwiek rekomendacji</u></p> <p>Podsumowanie rekomendacji:</p> <p>Z opracowania wynika, że skutecznym postępowaniem w leczeniu obrzęków limfatycznych o różnej etiologii jest kompleksowa fizjoterapia (stosowanie tyko jednego elementu z całości lub innego środka zastępczego w postaci monoterapii jest błędem), w skład której zgodnie z zaleceniami Evidence Based Medicine powinny wchodzić i być wykonywane kolejno:</p> <p>1. Przerwana kompresja pneumatyczna</p> <p>W przypadkach obrzęku żylnych-chłonnego kończyny dolnej można stosować następujące parametry zabiegowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> -czas trwania pojedynczego zabiegu 45 minut -ciśnienie 80-120 mmHg (należy kilka pierwszych zabiegów rozpocząć od wartości 60-80 mmHg i jeśli to możliwe stopniowo zwiększać ciśnienie w kolejnych dniach/tygodniach osiągając zakres 80-120 mmHg) -liczba komór w rękawie 10-12 -czas napełniania komory 3-50 sekund (czas: w zależności od konsystencji obrzęku, cykl pracy: kiedy następuje pompowanie powietrzem kolejnej komory, poprzednie nie podlegają deflacji czyli muszą utrzymywać pełne ciśnienie) -5 zabiegów tygodniowo (raz dziennie) lub co najmniej 3 razy na tydzień <p>Z kolei w przypadkach obrzęku chłonnego kończyny górnej można stosować następujące parametry zabiegowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> -czas trwania pojedynczego zabiegu 50-60 minut -ciśnienie 60-90 mmHg (należy kilka pierwszych zabiegów rozpocząć od wartości 50-60 mmHg i jeśli to możliwe stopniowo zwiększać ciśnienie w kolejnych dniach/tygodniach osiągając zakres 60-90 mmHg) -liczba komór w rękawie 5-12 (najlepiej 8-12) -czas napełniania komory 3-50 sekund (czas: w zależności od konsystencji obrzęku, cykl pracy: kiedy następuje pompowanie powietrzem kolejnej komory, poprzednie nie podlegają deflacji, czyli muszą utrzymywać pełne ciśnienie)

Wytyczne	Opis wytycznych														
	<p>-5 zabiegów tygodniowo (raz dziennie) lub co najmniej 3 razy na tydzień</p> <p>Natomiast w przypadkach obrzęku chłonnego kończyny dolnej można stosować następujące parametry zabiegowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> -czas trwania pojedynczego zabiegu 50-60 minut -ciśnienie 90-130 mmHg (należy ki ka pierwszych zabiegów rozpocząć od wartości 70-90 mmHg i jeśli to możliwe stopniowo zwiększać ciśnienie w kolejnych dniach/tygodniach osiągając 90-130 mmHg) - liczba komór w rękawie 12 -czas napełniania komory 3-50 sekund (czas: w zależności od konsystencji obrzęku, cykl pracy: kiedy następuje pompowanie powietrzem kolejnej komory, poprzednie nie podlegają deflacji, czyli muszą utrzymywać pełne ciśnienie) <p>-5 zabiegów tygodniowo (raz dziennie) lub co najmniej 3 razy na tydzień</p> <p><u>2. Manualny drenaż limfatyczny</u></p> <p>Czas drenażu limfatycznego może wynosić w zależności od przypadku klinicznego od 50 do nawet 90 minut. Drenaż powinien wykonywać terapeuta po certyfikowanym kształceniu z zakresu kompleksowej terapii przeciwobrzękowej (na przykład według koncepcji niemieckiej szkoły Földiego lub Asdonka – 180 godzin: 63 godziny teoretyczne i 117 godzin praktycznych oraz pracy z pacjentem, albo inne równoważne kursy).</p> <p><u>3. Kompresjoterapia</u></p> <p>Zabezpieczenie opracowanego odcinka za pomocą bandażowania wielowarstwowego lub szytej na miarę i certyfikowanej odzieży uciskowej</p> <p><u>4. Kinezyterapia</u></p> <p>Ćwiczenia fizyczne mają być przede wszystkim ukierunkowane na pobudzenie pompy mięśniowej – mięśnia dwugłowego ramienia (w przypadku obrzęku kończyny górnej) i brzuchatego łydki (w przypadku obrzęku kończyny dolnej). Pacjenci muszą wykonywać aktywność ruchową mając zabezpieczony odcinek kompresjoterapia. Czas trwania treningu 45–60 minut.</p> <p>Legenda:</p> <p><u>Siła dowodu naukowego:</u></p> <table border="1" data-bbox="472 999 1433 1267"> <tbody> <tr> <td data-bbox="472 999 536 1093">A</td> <td data-bbox="536 999 1433 1093">Zalecenia/rekomendacje są oparte na wiarygodnych przesłankach i jednoznacznych wnioskach wpływających z metaanaliz (zwłaszcza opracowanych przez Cochrane), przeglądów systematycznych oraz randomizowanych badań klinicznych o wysokich walorach metodologicznych (wymagany jest poziom 1 dowodu naukowego)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 1093 536 1187">B</td> <td data-bbox="536 1093 1433 1187">Zalecenia/rekomendacje są oparte na stosunkowo wiarygodnych przesłankach i dość jednoznacznych wnioskach wpływających z randomizowanych badań klinicznych o niskich i średnich walorach metodologicznych, nierandomizowanych badań klinicznych, badań przedklinicznych, opracowań retrospektywnych (publikacje z poziomów dowodu naukowego 2, 3, 4)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 1187 536 1267">C</td> <td data-bbox="536 1187 1433 1267">Zalecenia/rekomendacje są oparte na niejasnych przesłankach i niejednoznacznych wnioskach wpływających jedynie z opisów przypadków (prace kazuistyczne), prób in vitro i eksperymentów zwierzęcych, komentarzy i opinii eksperckich</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Typy rekomendacji:</u></p> <table border="1" data-bbox="472 1335 1433 1693"> <tbody> <tr> <td data-bbox="472 1335 951 1393">Wykonuj! (silna rekomendacja dla danej procedury)</td> <td data-bbox="951 1335 1433 1393" rowspan="2">Wnioski płynące z analiz oraz wyniki prac są jednolite i jednoznaczne</td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 1393 951 1451">Nie wykonuj! (silna rekomendacja przeciw danej procedurze)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 1451 951 1532">Raczej wykonuj, lecz bardziej jako terapię alternatywną i/lub wspomagającą (słaba rekomendacja dla danej procedury)</td> <td data-bbox="951 1451 1433 1617" rowspan="2">Większość wniosków płynących z analiz oraz wyników prac jest jednolitych i jednoznacznych, lecz można doszukać się nielicznych doniesień stojących w sprzeczności</td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 1532 951 1617">Raczej nie wykonuj, ewentualnie jedynie na własną odpowiedzialność (słaba rekomendacja przeciw danej procedurze)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 1617 951 1693">Brak jakiegokolwiek rekomendacji</td> <td data-bbox="951 1617 1433 1693">Wnioski są niejasne i kontrowersyjne, ponieważ wyniki publikacji wykluczają się wzajemnie w równym stopniu</td> </tr> </tbody> </table>	A	Zalecenia/rekomendacje są oparte na wiarygodnych przesłankach i jednoznacznych wnioskach wpływających z metaanaliz (zwłaszcza opracowanych przez Cochrane), przeglądów systematycznych oraz randomizowanych badań klinicznych o wysokich walorach metodologicznych (wymagany jest poziom 1 dowodu naukowego)	B	Zalecenia/rekomendacje są oparte na stosunkowo wiarygodnych przesłankach i dość jednoznacznych wnioskach wpływających z randomizowanych badań klinicznych o niskich i średnich walorach metodologicznych, nierandomizowanych badań klinicznych, badań przedklinicznych, opracowań retrospektywnych (publikacje z poziomów dowodu naukowego 2, 3, 4)	C	Zalecenia/rekomendacje są oparte na niejasnych przesłankach i niejednoznacznych wnioskach wpływających jedynie z opisów przypadków (prace kazuistyczne), prób in vitro i eksperymentów zwierzęcych, komentarzy i opinii eksperckich	Wykonuj! (silna rekomendacja dla danej procedury)	Wnioski płynące z analiz oraz wyniki prac są jednolite i jednoznaczne	Nie wykonuj! (silna rekomendacja przeciw danej procedurze)	Raczej wykonuj, lecz bardziej jako terapię alternatywną i/lub wspomagającą (słaba rekomendacja dla danej procedury)	Większość wniosków płynących z analiz oraz wyników prac jest jednolitych i jednoznacznych, lecz można doszukać się nielicznych doniesień stojących w sprzeczności	Raczej nie wykonuj, ewentualnie jedynie na własną odpowiedzialność (słaba rekomendacja przeciw danej procedurze)	Brak jakiegokolwiek rekomendacji	Wnioski są niejasne i kontrowersyjne, ponieważ wyniki publikacji wykluczają się wzajemnie w równym stopniu
A	Zalecenia/rekomendacje są oparte na wiarygodnych przesłankach i jednoznacznych wnioskach wpływających z metaanaliz (zwłaszcza opracowanych przez Cochrane), przeglądów systematycznych oraz randomizowanych badań klinicznych o wysokich walorach metodologicznych (wymagany jest poziom 1 dowodu naukowego)														
B	Zalecenia/rekomendacje są oparte na stosunkowo wiarygodnych przesłankach i dość jednoznacznych wnioskach wpływających z randomizowanych badań klinicznych o niskich i średnich walorach metodologicznych, nierandomizowanych badań klinicznych, badań przedklinicznych, opracowań retrospektywnych (publikacje z poziomów dowodu naukowego 2, 3, 4)														
C	Zalecenia/rekomendacje są oparte na niejasnych przesłankach i niejednoznacznych wnioskach wpływających jedynie z opisów przypadków (prace kazuistyczne), prób in vitro i eksperymentów zwierzęcych, komentarzy i opinii eksperckich														
Wykonuj! (silna rekomendacja dla danej procedury)	Wnioski płynące z analiz oraz wyniki prac są jednolite i jednoznaczne														
Nie wykonuj! (silna rekomendacja przeciw danej procedurze)															
Raczej wykonuj, lecz bardziej jako terapię alternatywną i/lub wspomagającą (słaba rekomendacja dla danej procedury)	Większość wniosków płynących z analiz oraz wyników prac jest jednolitych i jednoznacznych, lecz można doszukać się nielicznych doniesień stojących w sprzeczności														
Raczej nie wykonuj, ewentualnie jedynie na własną odpowiedzialność (słaba rekomendacja przeciw danej procedurze)															
Brak jakiegokolwiek rekomendacji	Wnioski są niejasne i kontrowersyjne, ponieważ wyniki publikacji wykluczają się wzajemnie w równym stopniu														
<p>QH 2014</p> <p>Queensland Health</p> <p>Australia</p> <p>Wytyczne dotyczące postępowania w przypadku występującego obrzęku limfatycznego.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Stosowanie kompresyjnego bandażowania w miejscu obrzęku limfatycznego w ramach połączonych programów leczenia, w celu zmniejszenia obrzęku jest bardziej skuteczne niż: <ul style="list-style-type: none"> ○ stosowanie odzieży kompresyjnej, ○ stosowanie taśm kinetycznych, ○ „zwykłe” bandażowanie, unoszenie miejsca z obrzękiem oraz ćwiczenia. • Nie stwierdza się znaczącej różnicy w zmniejszeniu objętości obrzęku związanego z rakiem piersi pomiędzy stosowaniem kompresyjnego bandażowania z wysokim i niskim ciśnieniem. Jednak bandażowanie z niskim ciśnieniem (20-30 mmHg) może być lepiej tolerowane niż bandażowanie z wysokim ciśnieniem (44-58 mmHg). <p>Uwagi: Brak siły rekomendacji.</p>														

Wytyczne	Opis wytycznych
<p>Zalecenia zostały opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu ekspertów</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 42%</p>	
<p>ONS 2012</p> <p>Oncology Nursing Society</p> <p>Europa</p> <p>Wytyczne dotyczące postępowania w przypadku występującego obrzęku limfatycznego w trakcie nowotworów.</p> <p>Zalecenia zostały opracowane na podstawie przeglądu systematycznego i konsensusu ekspertów</p> <p>Ocena w domenie 3 AGREE II: 17%</p>	<p>Interwencje rekomendowane do praktykowania:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompresyjne bandażowanie • Odzież uciskowa <p>Interwencje prawdopodobnie użyteczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ćwiczenia ogólne • Podnoszenie ciężarów • Wczesna i zapobiegawcza fizjoterapia • Utrzymywanie optymalnej masy ciała • Edukacja jak ograniczać ryzyko • Pielęgnacja skóry <p>Korzyści interwencji zrównoważone ze szkodą:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquaterapia • Ograniczenie aktywności <p>Interwencje o nieustalonej efektywności</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stymulacja elektrostatyczna o niskiej intensywności • Laseroterapia niskoenergetyczna • Kompresjoterapia • Prosty drenaż limfatyczny <p>Uwagi:</p> <p>Rekomendowane do praktykowania - interwencje, dla których skuteczność została wykazana przez mocne dowody z rygorystycznie zaprojektowanych badań, metaanalizy lub systematycznych przeglądów, i dla których oczekiwanie szkody jest niewielkie w porównaniu z korzyściami.</p> <p>Prawdopodobnie użyteczne – interwencje których skuteczność została potwierdzona w jednym rygorystycznie przeprowadzonym badaniu kontrolnym, oparta na spójnych dowodach z dobrze zaprojektowanych badań kontrolnych na małej populacji lub zalecenia opracowane na podstawie dowodów i oparte opiniami ekspertów.</p> <p>Korzyść zrównoważona ze szkodą – interwencje dla których potencjalne korzyści i szkody powinny być określone dla indywidualnych przypadków.</p> <p>Nieustalona efektywność – interwencje dla których obecnie nie istnieją wystarczające dowody, lub dowody są nieodpowiedniej jakości, ale nie skazano wyraźnie potencjalnej szkody użycia tych interwencji.</p>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

3.3.11. Podsumowanie

Rehabilitacja po amputacjach:

Odnalezione wytyczne z zakresu amputacji obejmują postępowanie w przypadku amputacji kończyny górnej i kończyny dolnej. Wytyczne podkreślają znaczenie multidyscyplinarnej opieki w ramach rehabilitacji. Postępowanie rehabilitacyjne powinno zostać rozpoczęte przed zbiegiem operacyjnym oraz jak najszybciej po zabiegu.

W ramach rehabilitacji po amputacji kończyny dolnej zalecane jest rozpoczęcie rehabilitacji obejmującej zarówno ćwiczenia w otwartym jak i zamkniętym łańcuchu oraz zwiększanie oporu. Programy rehabilitacji prowadzone w ramach hospitalizacji dla osób po amputacji prawdopodobnie okażą się bardziej satysfakcjonujące niż długotrwała rehabilitacja ambulatoryjna. Rekomenduje się zastosowanie zwalidowanych wiarygodnych i responsywnych miar efektu, np. Kompleksowy Predyktor Mobilności Wysokiego Poziomu (ang. Comprehensive High-level Activity Mobility Predictor), predyktor mobilności pacjenta po amputacji (ang. Amputee Mobility Predictor) test 10-cio metrowego chodu, test 6-cio minutowego chodu.

W ramach rehabilitacji kończyny górnej podkreślono kluczowe znaczenie terapii zajęciowej.

Rehabilitacja z chorobami reumatologicznymi/zapalnymi/zapalnymi tkanki łącznej/zapalnymi stawów/układowymi tkanki łącznej:

W przypadku zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa ważna jest edukacja pacjentów oraz regularna aktywność fizyczna w tym fizjoterapia prowadzona w specjalistycznych ośrodkach. (CRA 2014).

Odnalezione zalecenia, dotyczące reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) oraz choroby zwyrodnieniowej stawów (kolana i biodra), wskazują na korzystne efekty interwencji niechirurgicznych i nefarmakologicznych w zakresie poprawy jakości życia chorych. Wszystkie interwencje zapewniają chorym uzyskanie odpowiedniego leczenia, możliwość spowolnienia postępu choroby oraz kontrolę jej objawów.

Według zaleceń NICE_2018 pacjenci z RZS powinni mieć zapewniony dostęp do zespołu multidyscyplinarnego, który w zależności od stadium choroby, zapewni im leczenie zgodne z indywidualnymi potrzebami i preferencjami oraz zapewni dostęp do szerokiego grona specjalistów, a także monitorowanie i kontrolę choroby oraz zapewni dobre samopoczucie psychiczne.

Pomimo stosowania leczenia farmakologicznego RZS wielu pacjentów cierpi z powodu deficytów funkcjonalnych. Pomocna może okazać się fizjoterapia, której celem jest zmniejszenie bólu i sztywności stawów, zapobieganie deformacjom, maksymalizacja funkcji, niezależności i jakości życia. Osiągnięcie tych celów wspierane jest przez różnorodne interwencje. Kluczowe znaczenie mają edukacja i ćwiczenia. Badania wykazują, że chorzy z RZS pozbawieni aktywności ruchowej są bardziej narażeni na choroby układu krążenia i złamania osteoporotyczne, niż pacjenci z populacji zdrowej. W skład interwencji fizjoterapeutycznych wchodzi:

- terapia ruchowa na „ładzie” i w wodzie (hydroterapia/fizjoterapia w wodzie) i obejmuje ćwiczenia aerobowe i wzmacniające mięśnie, podstawowe ćwiczenie stabilizacyjne, rehabilitację zaburzeń równowagi, promocję aktywnego fizycznie stylu życia
- edukację pacjentów i samozarządzanie leczeniem – wspólne strategie zabezpieczania, zarządzanie zmęczeniem/zachowania energii, trening w zakresie higieny snu, strategie dotyczące łagodzenia bólu, trening relaksacyjny, zalecenia związane z ćwiczeniami i aktywnością fizyczną.
- termoterapia – ogrzewacze/zimne okłady (*hot/cold packs*), kąpiele parafinowe/woskowe, podcierwień
- elektroterapia – TENS, ultradźwięki, PEME, IFT i laser
- zagwarantowanie i edukacja w zakresie korzystają z urządzeń wspomagających – pomoce do chodzenia, szyny, ortezy, wkładki
- terapia manualna – obejmuje mobilizację, manipulację, uwalnianie mięśniowo-powięziowe, terapię punktu spustowego, akupunkturę i masaż
- ćwiczenia aerobowe - poprawiają sprawność fizyczną, poprawiają stan psychiczny, zmniejszają ból i zmęczenie oraz mają pozytywny wpływ na wydolność oraz brak zaostrzeń choroby oraz zwalniają uszkodzenie stawów
- ćwiczenia w wodzie zapewniają podobne korzyści fizyczne jak te wykonywane poza nią, ale mogą mieć dodatkowy korzystny wpływ psychologiczny

Stosowanie regularnej aktywności fizycznej i strategii ćwiczeń jest bardziej skuteczne, gdy odbywa się w nadzorze sprawowanym przez specjalistę orz w grupie

Kompleksowy pakiet opieki, dostarczony w grupie oraz zaspokojenie specyficznych potrzeb pacjentów poprzez edukację, ćwiczenia i środki przeciwbólowe przynosi długofalowe korzyści w zakresie samozarządzania chorobą przez pacjenta

W przypadku reumatoidalnego zapalenia stawów:

- zalecana jest ogólna terapia ruchowa, ćwiczenia rozciągające oraz poprawiające mobilność stawów; (ARRC 2018, NICE 2018)
- zalecana jest terapia zajęciowa; (NICE 2018)
- interwencje należy dopasować indywidualnie do pacjenta; (NICE 2018)
- należy zapewnić opiekę przez przeszkolonych specjalistów; (NICE 2018)
- należy objąć pacjenta opieką podologiczną; (ACCR 2018)
- należy wdrożyć interwencje psychologiczne, jeżeli jest taka potrzeba; (NICE 2018)
- ważna jest edukacja pacjentów oraz ich rodzin/opiekunów. (ARRC 2018)

W przypadku polimialgii reumatycznej należy rozważyć indywidualny program ćwiczeń dla ukierunkowanego na utrzymanie odpowiedniej masy ciała oraz funkcji mięśni, zmniejszenie ryzyka upadków zwłaszcza u starszych pacjentów. (ACR 2015)

W przypadku reumatoidalnego zapalenia stawów

- zalecana jest ogólna terapia ruchowa, ćwiczenia rozciągające oraz poprawiające mobilność stawów; (ARRC 2018, NICE 2018)
- zalecana jest terapia zajęciowa; (NICE 2018)
- interwencje należy dopasować indywidualnie do pacjenta; (NICE 2018)
- należy zapewnić opiekę przez przeszkolonych specjalistów; (NICE 2018)
- należy objąć pacjenta opieką podologiczną; (ACCR 2018)
- należy wdrożyć interwencje psychologiczne, jeżeli jest taka potrzeba; (NICA 2018)
- ważna jest edukacja pacjentów oraz ich rodzin/opiekunów. (ARRC 2018)

W przypadku łuszczykowego zapalenia stawów warunkowo zalecane są ćwiczenia, fizjoterapia, terapia zajęciowa, masaż terapeutyczny oraz akupunktura, jednak interwencje należy dobierać indywidualnie do pacjentów oraz ich preferencji. (ACR 2018)

Rehabilitacja pozabiegowa:

Odnaleziono wytyczne dotyczące chirurgii jamy brzusznej oraz specyficzne dla chirurgii jelita grubego.

W ramach odnalezionych wytycznych zidentyfikowano zalecenia dotyczące:

- wczesnej mobilizacji pacjenta po zabiegu operacyjnym (IACS 2016)
- mechanicznej profilaktyki przeciwzakrzepowej (dopasowane pończochy uciskowe i / lub leczenie za pomocą przerywanego ucisku pneumatycznego) (ERAS 2018 Colorectal)

Rehabilitacja ortopedyczna/traumatologiczna:

- Odnalezione wytyczne z zakresu ortopedii i traumatologii obejmują postępowanie w przypadku złamań stawu biodrowego, zapaleń stawu biodrowego, po zabiegach rekonstrukcji stawu kolanowego oraz po przeszczepie do stawu kolanowego autologicznych komórek chrzęstnych osadzonych na matrycy kolagenowej. W ramach odnalezionych wytycznych zidentyfikowano następujące zalecenia dotyczące poszczególnych interwencji oraz warunków realizacji:
- Dla pacjentów z zapaleniami stawu biodrowego zaleca się interwencje z zakresu edukacji pacjenta, treningu funkcjonalnego, ćwiczeń chodu i równowagi, ćwiczeń rozciągających, wzmacniających i odpornościowych. Ponadto zaleca się łączenie interwencji dla uzyskania lepszego efektu np. łączenie ćwiczeń z użyciem ultradźwięków. Dla pacjentów z zapaleniami stawu biodrowego, którzy są otyli bądź mają nadwagę zaleca się również utratę masy ciała poprzez zmianę nawyków żywieniowych we współpracy z dietetykiem.
- Dla pacjentów po rekonstrukcji stawu kolanowego zaleca się interwencje z zakresu ćwiczeń fizycznych w warunkach szpitalnych np. wczesne przenoszenie ciężaru (zaleca się rozpoczęcie tych ćwiczeń w ciągu 1 tygodnia od operacji), wczesna oraz późna mobilizacja (również zaleca się rozpoczęcie tych ćwiczeń około 1 tygodnia od operacji), elektryczna stymulacja nerwowo-mięśniowa, reedukacja nerwowo-mięśniowa, ćwiczenia ciągłego ruchu biernego (zaleca się zastosowanie tej interwencji jak najszybciej po zabiegu w celu zmniejszenia bólu pooperacyjnego).
- Dla pacjentów po przeszczepie autologicznych komórek chrzęstnych do stawu kolanowego zaleca się ćwiczenia bierne oraz aktywne w warunkach szpitalnych jak i domowych. W pierwszych fazach po operacji zaleca się wykonywanie w warunkach szpitalnych ćwiczeń biernych takich jak ciągły ruch bierny bądź skurcze izometryczne mięśnia czworogłowego uda w celu utrzymania ruchomości stawów, napięcia mięśni i krążenia. Zaleca się również z upływem czasu wprowadzanie ćwiczeń zarówno rozciągających jak i obciążeniowych w warunkach szpitalnych oraz domowych. Ponadto zaleca się nadzorowanie pacjentów pod kątem ich samodzielnego wykonywania ćwiczeń. Wytyczne wskazują na połączenie ćwiczeń fizycznych z neurostymulacją NMES jeśli zaistnieje taka potrzeba.
- Rehabilitacja może przynieść korzyści po urazie więzadła krzyżowego przedniego (RCOC 2016)
- Sprężenie zwrotne elektromiograficzne może poprawiać krótkotrwały ból po operacji ACLR (RCOC 2016)

- Leczenie ostrego lub podostrego przewlekłego bólu dolnego odcinka pleców powinno obejmować opcje niefarmakologiczne np. ćwiczenia, masaż. W przypadku wyboru opcji farmakologicznej rekomendowane są środki zwiotczające mięśnie szkieletowe lub niesteroidowe leki przeciwzapalne. (ACP 2017)
- Dla pacjentów z przewlekłym bólem odcinka krzyżowego, pierwszą opcją powinno być leczenie niefarmakologiczne. Zaleca się rehabilitację multidyscyplinarną, ćwiczenia kontroli motorycznej, joga, ćwiczenia relaksujące. (ACP 2017)
- Dla pacjentów z przewlekłym bólem odcinka krzyżowego u których leczenie niefarmakologiczne nie przynosi korzyści zdrowotnych, zaleca się niesteroidowe leki przeciwzapalne jako leczenie 1 rzutu, oraz tramadol lub duloksetyna jako terapia 2 rzędu. (ACP 2017)
- Fizjoterapia przed operacją wszczęcia protezy biodrowej może być rozważana u osób w podeszłym wieku. (DOA 2011)
- Rekomenduje się pooperacyjną fizjoterapię także po wypisie do domu po operacji stawu biodrowego. Fizjoterapia powinna być nadzorowana i dostosowana do ogólnego stanu zdrowia pacjenta i jego możliwości fizycznych. (DOA 2011)

Rehabilitacja w chorobach metabolicznych:

W przypadku cukrzycy typu I oraz II należy zachęcać pacjentów do aktywności fizycznej oraz kompleksowych ćwiczeń w celu poprawy kontroli glikemii i obniżenie ryzyka problemów sercowo-naczyniowych. (SIGN 2017).

Rehabilitacja ginekologiczna:

Odnalezione wytyczne z zakresu ginekologii obejmują postępowanie w populacji kobiet w okresie ciąży i połogu oraz u pacjentek z nietrzymaniem moczu i wypadaniem narządów miednicy. W ramach odnalezionych wytycznych zidentyfikowano następujące zalecenia dotyczące poszczególnych interwencji oraz warunków realizacji:

Interwencje:

- Zaleca się trening mięśni dna miednicy dla kobiet mających problemy z nietrzymaniem moczu lub wypadaniem narządów miednicy. Trening należy kontynuować jeśli przynosi korzyści. (Canada 2018)
- Neurostymulacja jest odpowiednia tylko dla wybranych pacjentek z problemem nietrzymania moczu. (NICE 2019)
- U kobiet, które doświadczyły rozejścia mięśni brzucha po porodzie zaleca się konsultację fizjoterapeutyczną (AHTA 2014)
- Zaleca się trening mięśni Kegla w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa nietrzymania moczu w przyszłości. (AHTA 2014)
- Dla ćwiczących kobiet w ciąży odczuwających dolegliwości typu nudności lub zawroty głowy powinno się zmodyfikować technikę ćwiczeń. (Canada 2018)
- Trening siłowy i nerwowo-mięśniowy:
- Elektrostymulacja i sprzężenie zwrotne elektromiograficzne (NICE 2019)

Warunki realizacji:

- Zaleca się 150 minut każdego tygodnia aktywności fizycznej dla kobiet w ciąży. Ćwiczenia powinny obejmować trening aerobowy, wytrzymałościowy a także korzystne jest dodanie jogi lub ćwiczeń rozciągających. (Canada 2018)
- Trening kobiet w ciąży powinien odbywać się minimum 3 dni w tygodniu. (Canada 2018)
- Regionalne zespoły multidyscyplinarne, które zajmują się złożoną dysfunkcją dna miednicy i problemami związanymi z terapią przeciwwzrostową, powinny obejmować m.in. fizjoterapeutę specjalizującego się w obszarze dna miednicy, członka zespołu ds. opieki nad osobami starszymi, terapeutę zajęciowego. (NICE 2019)

Rehabilitacja geriatryczna:

W przypadku opieki nad osobami starszymi:

- interwencje muszą być dobierane indywidualnie do każdego pacjenta; (WHO 2017, NICE 2013)
- należy ocenić ryzyko upadków i potencjalne zaburzenia równowagi; (WHO 2017, NICE 2013)
- należy wprowadzać strategie zmniejszające ryzyko i częstość upadków; (WHO 2017, NICE 2013)

- zalecane są ćwiczenia poprawiające równowagę oraz elastyczność oraz stan funkcjonalny; (WHO 2017, NICE 2013)
- rehabilitację funkcji poznawczych można zaoferować osobom starszym z zaburzeniami funkcji poznawczych; (WHO 2017, NICE 2013)
- w przypadku stanów depresyjnych należy zapewnić interwencje psychologiczne; (WHO 2017, NICE 2013)
- osobom, które mają problem z nietrzymaniem moczu zaleca się strategię kontroli pęcherza, w przypadku kobiet dodatkowo trening mięśni dna miednicy; (WHO 2017, NICE 2013)
- ważna jest edukacja pacjentów oraz ich rodzin/opiekunów; (NICE 2013)
- opieką należy objąć również członków rodziny/opiekunów osób starszych. (WHO 2017, NICE 2013)

Rehabilitacja onkologiczna:

Odnalezione wytyczne z zakresu onkologii odnoszą się do świadczeń z zakresu leczenia wspomagającego oraz ćwiczeń fizycznych w populacji pacjentów onkologicznych. Wykazano skuteczność edukacji dotyczącej ćwiczeń i umiejętności radzenia sobie w zakresie poprawy samopoczucia fizycznego i emocjonalnego pacjentów. U pacjentów rozpoczynających chemioterapię samoedukacja w zakresie radzenia sobie ze stresem jest skuteczna i znacznie mniej kosztowna niż edukacja prowadzona przez profesjonalistów (NICE 2004).

Wykonywanie umiarkowanej ilości ćwiczeń fizycznych jest bezpieczne u pacjentów onkologicznych w trakcie aktywnego leczenia lub po jego ukończeniu i zalecane w celu poprawy jakości życia sprawności fizycznej. Zwrócono uwagę na potrzebę regularnego wykonywania ćwiczeń oraz ćwiczenia w grupach lub pod nadzorem (CCO 2017).

W wytycznych NICE 2004 stwierdzono skuteczność następujących interwencji:

- Edukacja dotycząca ćwiczeń fizycznych, zmęczenia duszności lub stosowania się do zaleceń lekarskich
- Ćwiczenia marszowe
- Samoedukacja w zakresie radzenia sobie ze stresem, a także prawdopodobnie w zakresie samoopieki, dostosowania psychologicznego i zaufania do własnej wiedzy na temat raka
- kompleksowa interwencja dla kobiet z rakiem piersi z objawami menopauzy, polegająca na ustrukturyzowanej ocenie, po której wdrażany jest indywidualny plan edukacji, poradnictwa, interwencji farmakologicznych i behawioralnych, wsparcia i skierowań

W wytycznych CCO 2017 stwierdzono skuteczność następujących interwencji:

Ćwiczenia fizyczne u chorych na raka

Rehabilitacja w obrzęku limfatycznym:

W przypadku występowania obrzęku limfatycznego najbardziej skuteczną interwencją wydaje się być bandażowanie kompresyjne. (QH 2014, ONS 2012).

W wytycznych KIF 2017 zidentyfikowano następujące zalecenia dotyczące procedur fizjoterapeutycznych dotyczących leczenia obrzęku limfatycznego. Zaleca się wykonywanie zabiegów przerywanej kompresji pneumatycznej bądź kompresjoterapii. Zaleca się także wykonywanie specjalistycznych zabiegów kinezyterapii pod nadzorem certyfikowanego terapeuty. Oraz manualnego drenażu limfatycznego jako istotnego elementu zmniejszającego obrzęki limfatyczne. Należy jednak podkreślić, że autor wytycznych wszystkie te formy leczenia rekomenduje wykonywać w ścisłej korelacji ze sobą, gdyż wykonywane oddzielnie mogą być nieskuteczne. Zaleca się przeprowadzanie opisanych procedur w warunkach ambulatoryjnych bądź jak w przypadku przerywanej kompresji w warunkach domowych po fazie intensywnej leczenia obrzęku chłonnego w ambulatorium. Ponadto wśród rekomendacji znalazły się interwencje takie jak kinesiotaping (KT), Nordic Walking, zabiegi fali uderzeniowej, laseroterapii czy ćwiczenia w wodzie i inne formy masażu (automasaż, aquavibron).

4. Charakterystyka rehabilitacji ogólnoustrojowej w systemie ochrony zdrowia w Polsce - stan obecny

4.1. Regulacje formalno-prawne

W Rozporządzeniu w sprawie rehabilitacji leczniczej zostały określone minimalne wymagania jakie musi spełnić świadczeniodawca, aby w ramach umowy z NFZ realizować rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach oddziału/ośrodka dziennego lub w warunkach stacjonarnych.

Świadczenia z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej obejmują:

- 1) Rehabilitację ogólnoustrojową, w tym rehabilitację dla określonej grupy pacjentów, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu realizowaną w oddziale/ośrodku dziennym,
- 2) Rehabilitację ogólnoustrojową realizowaną w warunkach stacjonarnych.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa realizowana w oddziale/ośrodku dziennym zdefiniowana jest jedynie poprzez warunki realizacji świadczeń. Czas trwania rehabilitacji u każdego świadczeniobiorcy wynosi od 15 do 30 dni zabiegowych, w tym średnio 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie. W przypadku pacjentów z obrzękiem limfatycznym czas trwania rehabilitacji wynosi do 40 dni zabiegowych w roku kalendarzowym. Dodatkowo jednemu świadczeniobiorcy przysługuje do 20 zabiegów w kriokomorze w ciągu roku kalendarzowego.

Minimalne wymagania dotyczące personelu lekarskiego w oddziale/ośrodku dziennym obejmują:

- 1) lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
- 2) lekarza ze specjalizacją i stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub
- 3) lekarza, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej.

Minimalne wymagania dla pozostałego personelu zapewniają obecnie pacjentowi korzystanie ze świadczeń z zakresu fizjoterapii. Dodatkowo dopuszcza się realizowanie świadczeń przy udziale:

- 1) terapeuty zajęciowego,
- 2) psychologa lub psychologa klinicznego.

W przypadku rehabilitacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym świadczenie realizuje następujący personel:

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej,
- 2) specjalista w dziedzinie fizjoterapii,
- 3) fizjoterapeuta lub masażysta,
- 4) psycholog lub psycholog kliniczny.

W poniższej tabeli przedstawione zostały minimalne wymagania dotyczące sprzętu jakie świadczeniodawca musi spełnić chcąc udzielać świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej oraz świadczeń z zakresu rehabilitacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym.

Tabela 45. Minimalne wymagania dotyczące wyposażenia w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w oddziale/ośrodku dziennym.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa	Rehabilitacja ogólnoustrojowa pacjentów z obrzękiem limfatycznym
<ol style="list-style-type: none">1) Sala dla świadczeniobiorców do wypoczynku pomiędzy zabiegami w lokalizacji, jako wydzielone pomieszczenie zamknięte;2) Gabinet kinezyterapii - wymagany w lokalizacji:	<ol style="list-style-type: none">1) Sala do ćwiczeń z zakresu kinezyterapii - materace, łaski do ćwiczeń, piłki lekkie,2) Aparatura do prowadzenia terapii obrzęku - aparat do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy,

Rehabilitacja ogólnoustrojowa	Rehabilitacja ogólnoustrojowa pacjentów z obrzękiem limfatycznym
<ul style="list-style-type: none"> a) wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii, b) rotory do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych, c) Uniwersalny Gabinet Usprawniania Leczniczego (UGUL) lub inny system spełniający jego rolę, d) stół lub tablica do ćwiczeń manualnych (ręki); 3) Gabinet fizykoterapii - wymagany w lokalizacji: <ul style="list-style-type: none"> a) zestaw do elektroterapii z osprzętem, b) lampa do naświetlań promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym, c) zestaw do magnetoterapii, d) zestaw do terapii falą ultradźwiękową (z wyłączeniem w przypadku ośrodka dla dzieci do ukończenia 18. roku życia), e) zestaw do biostymulacji laserowej; 4) Wymagane wyposażenie do zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej w lokalizacji, jeżeli dane świadczenie jest realizowane: <ul style="list-style-type: none"> a) wieloosobowa komora kriogeniczna niskotemperaturowa, zakres uzyskiwanych temperatur od -120°C do -150°C, z możliwością obserwacji świadczeniobiorcy w trakcie zabiegu, b) gabinet wyposażony w zestaw do udzielania pierwszej pomocy, c) wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii w miejscu udzielania świadczenia, d) cykloergometr - nie mniej niż 2 stanowiska. 5) Wymagane wyposażenie, jeżeli dane świadczenie jest udzielane w miejscu: <ul style="list-style-type: none"> a) wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, b) zestaw do krostymulacji parami azotu, c) urządzenie wywarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości. 	<ul style="list-style-type: none"> 3) Aparat do elektrostymulacji (parametry terapeutyczne dla zdrowych mięśni), 4) Stół lub łóżko do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją, 5) Wanny do masażu wirowego, 6) Urządzenie do masażu wibracyjnego - wymagane w miejscu udzielania świadczeń.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie Rozporządzenia w sprawie rehabilitacji leczniczej

Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową dzienną wystawiane może być przez lekarza oddziału: urazowo-ortopedycznego, chirurgicznego, neurochirurgicznego, neurologicznego, reumatologicznego, chorób wewnętrznych, onkologicznego, urologicznego, pediatrii, endokrynologii dziecięcej, diabetologii dziecięcej, rehabilitacji ogólnoustrojowej, neurologicznej, pulmonologicznej, kardiologicznej, ginekologicznego lub lekarza poradni rehabilitacyjnej, urazowo-ortopedycznej neurologicznej, reumatologicznej, poradni wad postawy, endokrynologii dziecięcej, diabetologii dziecięcej lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych.

Czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego, gdzie realizowana jest rehabilitacja ogólnoustrojowa musi być czynny nie mniej niż 5 dni w tygodniu oraz nie krócej niż 8 godzin dziennie bez przerwy. Co najmniej 2 razy w tygodniu dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych musi być możliwy w przedziale czasowym od 10.00 do 19.00 godziny.

W przypadku świadczeniodawców, którzy udzielają świadczeń dla określonej grupy świadczeniobiorców (w szczególności pacjentów po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu), Rozporządzenie w sprawie rehabilitacji leczniczej określa wymóg wykazania następujących informacji:

- 1) wskazanie medyczne według klasyfikacji ICD-10 kwalifikujące do rehabilitacji,
- 2) zakres, rodzaj, częstotliwość planowanych do realizacji świadczeń rehabilitacyjnych,
- 3) czas trwania rehabilitacji,
- 4) kryteria oceny zakończenia rehabilitacji,
- 5) metody oceny skuteczności rehabilitacji,
- 6) szczegółowy rachunek kosztów osobodnia.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna również zdefiniowana jest poprzez warunki realizacji świadczeń określone w Rozporządzeniu w sprawie rehabilitacji leczniczej. Czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej dla jednego świadczeniobiorcy wynosi do 6 tygodni, średnio 5 zabiegów dziennie. Dodatkowo jednemu świadczeniobiorcy przysługuje do 20 zabiegów w ciągu roku kalendarzowego.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa, podobnie jak w przypadku pozostałych zakresów rehabilitacji stacjonarnej, przeznaczona jest dla pacjentów, którzy ze względu na kontynuację leczenia, wymagają stosowania kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego. W związku z tym, świadczeniodawca musi zapewnić pacjentom realizującym rehabilitację na oddziale rehabilitacji pomoc lekarza w przypadku nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych (na wezwanie pielęgniarki).

Rehabilitacja pacjenta powinna odbywać się przez 6 dni w tygodniu w cyklach przed- i popołudniowych, w tym średnio 5 zabiegów dziennie dla każdego świadczeniobiorcy.

Wymagania dotyczące personelu obejmują:

- 7) lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
- 8) lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub
- 9) lekarza specjalistę w dziedzinie reumatologii, lub
- 10) lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub
- 11) lekarza specjalistę w dziedzinie pediatrii (w przypadku oddziałów dziecięcych),
- 12) fizjoterapeutę.

Dotkowo w Rozporządzeniu w sprawie rehabilitacji leczniczej określony jest personel uprawniony do udzielania świadczeń po spełnieniu wymaganych warunków:

- 1) lekarz ze specjalizacją i stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii;
- 2) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej.

Świadczeniodawca udzielający rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej zobowiązany jest zapewnić całodobową opiekę pielęgniarską (w zakresie nieuregulowanym w Rozporządzeniu w sprawie rehabilitacji leczniczej następuje z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych, ustalonej na podstawie przepisów o działalności leczniczej) oraz personel udzielających zabiegów masażu (fizjoterapeuta lub masażysta).

W poniższej tabeli zestawione zostały wymagania dotyczące wyposażenia w lokalizacji, do zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej (jeżeli dane świadczenie jest realizowane) oraz inne wyposażenie, jeśli dane świadczenie udzielane jest w miejscu.

Tabela 46. Wymagane wyposażenie w lokalizacji, do zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej oraz inne wyposażenie, jeśli dane świadczenie udzielane jest w miejscu.

Wymagane wyposażenie		
W lokalizacji	Do zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej	Inne wyposażenie
a) stół do pionizacji, b) balkonik rehabilitacyjny, c) kule i laski rehabilitacyjne, d) przenośny zestaw do elektroterapii;	a) wieloosobowa komora kriogeniczna niskotemperaturowa, zakres uzyskiwanych temperatur od -120°C do -150°C, z możliwością obserwacji świadczeniobiorcy w trakcie zabiegu, b) gabinet wyposażony w zestaw do udzielania pierwszej pomocy, c) wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii w miejscu udzielania świadczenia, d) cykloergometr - nie mniej niż 2 stanowiska.	a) wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, b) zestaw do kriostymulacji parami azotu, c) urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie Rozporządzenia w sprawie rehabilitacji leczniczej

Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową stacjonarną może być wystawiane przez lekarzy oddziałów urazowo-ortopedycznych, chirurgicznych, neurochirurgicznych, neurologicznych, reumatologicznych, chorób wewnętrznych, onkologicznych, ginekologicznych, urologicznych, pediatrycznych, kardiologicznych i geriatrycznych lub w przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych przez lekarza poradni rehabilitacyjnej, urazowo-ortopedycznej, neurologicznej i reumatologicznej.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa realizowana w warunkach stacjonarnych rozliczana jest w ramach JGP, zgodnie z załącznikiem 1r do Zarządzenie Prezesa NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Wyróżniamy 13 produktów rozliczeniowych:

- 1) Rehabilitacja ogólnoustrojowa pourazowa ciężka w szpitalu
- 2) Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu operacyjnym z chorobami współistniejącymi w szpitalu,
- 3) Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu operacyjnym bez chorób współistniejących w szpitalu,
- 4) Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu zachowawczym z chorobami współistniejącymi w szpitalu,
- 5) Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu zachowawczym bez chorób współistniejących w szpitalu,
- 6) Rehabilitacja ogólnoustrojowa przewlekła w szpitalu,
- 7) Rehabilitacja ogólnoustrojowa w chorobach demielinizacyjnych i reumatoidalnych w szpitalu,
- 8) Rehabilitacja ogólnoustrojowa zaburzeń funkcji ośrodkowego układu nerwowego w szpitalu,
- 9) Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu zachowawczym z chorobami współistniejącymi w zakładzie rehabilitacji leczniczej,
- 10) Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu zachowawczym bez chorób współistniejących w zakładzie rehabilitacji leczniczej,
- 11) Rehabilitacja ogólnoustrojowa przewlekła w zakładzie rehabilitacji leczniczej,
- 12) Rehabilitacja ogólnoustrojowa w chorobach demielinizacyjnych i reumatoidalnych w zakładzie rehabilitacji leczniczej,
- 13) Rehabilitacja ogólnoustrojowa zaburzeń funkcji ośrodkowego układu nerwowego w zakładzie rehabilitacji leczniczej.

Zestawienie JGP w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej przedstawia tabela poniżej.

Tabela 47. Jednorodne grupy pacjentów w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.

kod grupy/produktu rozliczeniowego	kod produktu rozliczeniowego		nazwa grupy/produktu rozliczeniowego*(**)	pkt/osobodzień	
	w warunkach szpitalnych*	w zakładzie rehabilitacji leczniczej**		w warunkach szpitalnych	w zakładzie rehabilitacji leczniczej
ROC01	5.11.02.9100058	x	Rehabilitacja ogólnoustrojowa pourazowa ciężka w szpitalu	240	x
ROO01	5.11.02.9100059	x	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu operacyjnym z chorobami współistniejącymi w szpitalu	200	x
ROZS02	5.11.02.9100060	x	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu operacyjnym bez chorób współistniejących w szpitalu	160	x
ROZS01	5.11.02.9100061	x	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu zachowawczym z chorobami współistniejącymi w szpitalu	140	x
ROZS02	5.11.02.9100062	x	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu zachowawczym bez chorób współistniejących w szpitalu	110	x
ROPS01	5.11.02.9100063	x	Rehabilitacja ogólnoustrojowa przewlekła w szpitalu	100	x
RODRS01	5.11.02.9100074	x	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w chorobach demielinizacyjnych i reumatoidalnych w szpitalu	110	x
RONs01	5.11.02.9100076	x	Rehabilitacja ogólnoustrojowa zaburzeń funkcji ośrodkowego układu nerwowego w szpitalu	170	x
ROZZ01	x	5.11.02.9100064	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu zachowawczym z chorobami	x	110

kod grupy/produktu rozliczeniowego	kod produktu rozliczeniowego		nazwa grupy/produktu rozliczeniowego*(**)	pkt/osobodzień	
	w warunkach szpitalnych*	w zakładzie rehabilitacji leczniczej**		w warunkach szpitalnych	w zakładzie rehabilitacji leczniczej
			współistniejącymi w zakładzie rehabilitacji leczniczej		
ROZZ02	x	5.11.02.9100065	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu zachowawczym bez chorób współistniejących w zakładzie rehabilitacji leczniczej	x	80
ROPZ01	x	5.11.02.9100066	Rehabilitacja ogólnoustrojowa przewlekła w zakładzie rehabilitacji leczniczej	x	70
RODRZ01	x	5.11.02.9100075	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w chorobach demielinizacyjnych i reumatoidalnych w zakładzie rehabilitacji leczniczej	x	80
RONZ01	x	5.11.02.9100077	Rehabilitacja ogólnoustrojowa zaburzeń funkcji ośrodkowego układu nerwowego w zakładzie rehabilitacji leczniczej	x	140

* szpital w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.), art. 2 ust. 1 pkt 9

** zakład rehabilitacji leczniczej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.) art. 12 ust. 1 pkt 3 oraz art. 18 ustawy, w którym świadczeniobiorca ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania

Źródło: Zarządzenie Prezesa NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza

Charakterystyka grup JGP zawarta jest w załączniku nr 5 do Zarządzenia Prezesa NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w którym określone zostały wymagania dotyczące procedur ICD-9 oraz rozpoznań ICD-10, które należy wykazać w celu rozliczenia poszczególnych grup JGP.

W przypadku rozliczania niektórych JGP wymagana jest ponadto ocena ciężkości stanu klinicznego pacjenta oraz spełnienie dodatkowych warunków rozliczania, co prezentuje tabela poniżej.

Tabela 48. Ocena ciężkości stanu klinicznego pacjenta/warunki rozliczania

Kod grupy	Ocena ciężkości stanu klinicznego pacjenta/warunki rozliczania
ROC01	1. Czynności dnia codziennego wg skali Barthel ADL index - stan pacjenta bardzo ciężki i średnio ciężki; liczba punktów poniżej 15 i Skala Rankina - 4 lub 5 lub 2. Oparzenia II st. ekstremalne i ciężkie termicznie, chemiczne i elektryczne - powyżej 25% powierzchni ciała u dorosłych, lub 3. Oparzenia II st. ekstremalne i ciężkie termicznie, chemiczne i elektryczne - powyżej 20% powierzchni ciała u dzieci, lub 4. Oparzenia III st. ekstremalne i ciężkie termicznie, chemiczne i elektryczne - powyżej 10% powierzchni ciała niezależnie od wieku oraz skala Barthel liczba punktów poniżej 15 i skala Rankina - 4 lub 5
ROO01	Stan po zabiegu operacyjnym zrealizowanym w rodzaju leczenie szpitalne i opisanym procedurami medycznymi ICD-9 (zgodnie z załącznikiem nr 3a)
ROO02	
ROZS01 ROZZ01	Rozliczenie następuje w przypadku rozpoczęcia rehabilitacji w terminie do 6 miesięcy od zakończenia hospitalizacji, zakończonej wypisem z rozpoznaniem wskazanym w załączniku nr 3b (w innym przypadku rozliczenie następuje zgodnie z grupami ROP) - nie dotyczy rehabilitacji osób < 18 lat
ROZS02 ROZZ02	
RONZ01 RONZ01	Rozliczenie następuje w przypadku rozpoczęcia rehabilitacji w terminie do 12 miesięcy od zakończenia hospitalizacji, podczas której była leczona ostra faza choroby, oraz pacjent nie odbył wczesnej rehabilitacji neurologicznej rozliczonej grupami: RNM, RNR, RNO.

Źródło: Zarządzenie Prezesa NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza

Produktem rozliczeniowym rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach oddziału/ośrodka dziennego jest osobodzień (kod produktu rozliczeniowego – 05.2300.022.02).

Zgodnie z załącznikiem 1n Zarządzenia Prezesa NFZ, w ramach zakresów świadczeń rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna oraz rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna występują trzy produkty rozliczeniowe.

W poniższej tabeli zawarte zostały informacje dotyczące produktów rozliczeniowych w poszczególnych zakresach świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej.

Tabela 49. Katalog zakresów świadczeń.

Nazwa zakresu świadczeń	Kod zakresu świadczeń	Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod produktu rozliczeniowego	Jednostka rozliczeniowa zakresu świadczeń
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym	05.2300.022.02	krioterapia – zabieg w kriokomorze	5.11.01.0000055	punkt
		osobodzień w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym	5.11.02.9000020	punkt
		osobodzień w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym	5.11.02.9000018	punkt
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	05.4300.300.02	krioterapia - zabieg w kriokomorze	5.11.01.0000055	punkt
		osobodzień wg Katalogu JGP w stacjonarnej rehabilitacji leczniczej w szpitalu**	kody produktów wg Katalogu JGP w stacjonarnej rehabilitacji leczniczej	punkt
		osobodzień wg Katalogu JGP w stacjonarnej rehabilitacji leczniczej w zakładzie rehabilitacji leczniczej***		

** szpital w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.), art. 2 ust. 1 pkt 9

***zakład rehabilitacji leczniczej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.), art. 12 ust. 1 pkt 3 oraz art. 18 ustawy, w którym świadczeniobiorca ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania

Źródło: Zarządzenie Prezesa NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza

Świadczenia rehabilitacyjne realizowane w warunkach ambulatoryjnych przeznaczone są dla wszystkich grup pacjentów, których stan medyczny i funkcjonalny pozwala na dotarcie do świadczeniodawców udzielających świadczeń gwarantowanych.

Świadczenia ambulatoryjne obejmują:

- 1) lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną, realizowaną przez poradę lekarską rehabilitacyjną,
- 2) fizjoterapię ambulatoryjną realizowaną przez:
 - a) wizytę fizjoterapeutyczną,
 - b) zabieg fizjoterapeutyczny.

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. W przypadku usprawniania dzieci z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego do ukończenia 18-ego roku życia w formie ambulatoryjnej (w gabinecie, zakładzie rehabilitacji lub fizjoterapii) może odbywać się na podstawie jednego w roku kalendarzowym skierowania z poradni specjalistycznej, w którym zlecony cykl terapeutyczny nie może przekroczyć 120 dni zabiegowych i 5 zabiegów dziennie. Świadczenia udzielane w fizjoterapii ambulatoryjnej, z wyjątkiem masażu, muszą odbywać się pod nadzorem osoby wykonującej zawód fizjoterapeuty.

Minimalne wymagania dotyczące personelu udzielającego zabiegów fizjoterapeutycznych określają konieczność zapewnienia obecności:

- 1) fizjoterapeuty wykonującego zabieg fizjoterapeutyczny,
- 2) personelu realizującego zabiegi masażu: fizjoterapeuta lub osoba, która uzyskała dyplom technika masażysty po ukończeniu technikum lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej,
- 3) personelu realizującego zabiegi krioterapii ogólnoustrojowej: lekarz oraz fizjoterapeuta

Zabiegi fizjoterapeutyczne obejmują świadczenia z obszaru kinezyterapii, fizykoterapii i masażu. Rozporządzenie w sprawie rehabilitacji leczniczej określa również minimalne wymagania dotyczące sprzętu, pomieszczeń, a także zakresu wykonywanych zabiegów.

Rehabilitacja realizowana w warunkach domowych obejmuje następujące świadczenia:

- 1) poradę lekarską rehabilitacyjną,
- 2) fizjoterapię domową:
 - a) wizytę fizjoterapeutyczną.
 - b) zabieg fizjoterapeutyczny.

Świadczenia realizowane w warunkach domowych również obejmują zabiegi z obszaru kinezyterapii, fizykoterapii i masażu. Udzielane są wszystkim świadczeniobiorcom, którzy ze względu na brak możliwości samodzielnego poruszania się nie mogą dotrzeć do świadczeniodawców udzielających świadczeń gwarantowanych, a wymagają rehabilitacji leczniczej. Świadczenia udzielane mogą być przez fizjoterapeutę lub w przypadku zabiegów masażu, również przez masażystę.

Wyposażenie świadczeniodawcy powinno obejmować:

- 1) przenośny zestaw do elektroterapii z osprzętem,
- 2) przenośny zestaw do biostymulacji laserowej,
- 3) pomieszczenie biurowe z telefonem, sekretarką automatyczną i faksem,
- 4) pomieszczenie magazynowe na leki i sprzęt medyczny.

Czas trwania rehabilitacji realizowanej w warunkach domowych dla jednego świadczeniobiorcy wynosi do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym oraz nie obejmuje więcej niż 5 zabiegów dziennie.

Rozliczanie świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych i domowych następuje zgodnie z katalogiem zabiegów fizjoterapeutycznych (załącznik 1m Zarządzenia Prezesa NFZ). Jednostką rozliczeniową w przypadku obu wymienionych zakresów jest punkt.

4.2. Analiza kolejek

Zgodnie z art. 20 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.) świadczenia w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia. Wobec powyższego zapisu przyjęto założenie, że pacjenci, którym udzielone zostanie świadczenie z zakresu rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych na oddziałach rehabilitacji ogólnoustrojowej są przyjmowani według kolejności zgłoszenia. Oznacza to, że w przypadku, kiedy pacjent nie może zostać przyjęty w dniu stawienia się w oddziale rehabilitacji ogólnoustrojowej powinien zostać wpisany na listę oczekujących. Świadczeniodawca prowadzi listę oczekujących w podziale na odrębne kolejki zgodne z kryteriami medycznymi tj. przypadek pilny i przypadek stabilny. Zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2005 r. Nr 200 poz. 1661), przypadek pilny występuje jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia. Przypadek stabilny występuje, jeżeli nie jest to stan nagły ani przypadek, który zalicza się do kategorii „pilny”. Jednocześnie zgodnie z § 3 tego rozporządzenia, pacjenta zakwalifikowanego do kategorii medycznej „przypadek pilny” umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „przypadek stabilny”. Obowiązek wpisywania pacjentów na listę oczekujących nie dotyczy m.in. kontynuacji leczenia, gdy wymagane są okresowe, w ściśle ustalonym terminie kolejne wizyty albo porady. Według rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2016 r. poz. 192 z późn. zm.), w kolejce na wykonanie świadczenia nie oczekują pacjenci, którym przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością. Są to m.in.: osoby posiadające tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi lub Honorowego Dawcy Przeszczepu, kobiety w ciąży, inwalidzi wojenni i wojskowi, kombatanci, uprawnieni żołnierze i pracownicy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, weterani poszkodowani w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Według przytoczonego wyżej rozporządzenia, średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia oblicza się odrębnie dla każdej grupy osób wpisanych na listę w poszczególnej komórce organizacyjnej lub na poszczególnej procedurę medyczną, lub świadczenia w określonym zakresie, z wyłączeniem listy dla świadczeniobiorców

objętych diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym, dla których świadczeniodawca prowadzi odrębną listę oczekujących.

Przyczyny skreślenia z listy oczekujących mogą być następujące: wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę, powiadomienie o rezygnacji przez osobę wpisaną na listę oczekujących, zaprzestanie wykonywania świadczenia danego rodzaju przez danego świadczeniodawcę, przeniesienie osoby wpisanej na listę oczekujących na inną listę oczekujących u danego świadczeniodawcy, zgon osoby wpisanej na listę oczekujących, informacja potwierdzona przez Fundusz, że osoba znajduje się na liście oczekujących na to samo świadczenie u innego świadczeniodawcy, niezgłoszenie się przez osobę wpisaną na listę oczekujących w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, niedostarczenie oryginału skierowania w ciągu 14 dni od dnia wpisania na listę oczekujących, inna przyczyna.

Z danych otrzymanych z bazy Informator o *Terminach Leczenia* z dnia 31.05.2019 r. (patrz tabela poniżej) do analizy średniego czasu oczekiwania włączono 5,5 tys. miejsc udzielania świadczeń, które stanowiły prawie 77% ogólnej liczby MUS-ów. Byli to świadczeniodawcy, którzy przekazali dane możliwe do dalszej analizy. Wyodrębniona grupa świadczeniodawców obejmowała prawie 1,4 mln pacjentów zapisanych na listę oczekujących (99% ogólnej liczby pacjentów) i prawie 207 tys. osób skreślonych z listy oczekujących (99% ogólnej liczby osób skreślonych).

W przypadku 1,6 tys. miejsc udzielania świadczeń (23% ogólnej liczby MUS-ów) nie była możliwa interpretacja danych. Dotyczyło to dwóch grup MUS-ów, gdzie liczba osób oczekujących w kolejce wynosiła 0 przy czasie oczekiwania większym od 0 lub liczba osób oczekujących w kolejce była większa od 0 przy czasie oczekiwania równym 0. Tabela poniżej przedstawi sumarycznie przedmiotowe informacje.

Tabela 50. Podstawowe informacje o MUS-ach przekazujących dane o liczbie osób oczekujących.

	Liczba MUS	Udział % MUS	Liczba osób oczekujących	Udział % osób oczekujących	Liczba osób skreślonych	Udział % osób skreślonych	Dane analizowane przez AOTMiT
Świadczeniodawca nie sprawozdał listy oczekujących	62	1%	310	0%	0	0%	nie
Pacjenci przyjmowani są na bieżąco lub w okresie ostatnich 6 miesięcy żadnej z osób oczekujących nie zostało udzielone świadczenie	1 072	15%	0	0%	0	0%	nie
Przekazane dane są niemożliwe w interpretacji	465	7%	18 372	1%	674	0,3%	nie
Pacjenci zapisani na listę oczekujących	5 507	77%	1 368 539	99%	206 889	99,7%	tak
Ogółem	7 106	100%	1 387 221	100%	207 563	100%	-

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ.

Spośród wyodrębnionych w pierwszym etapie analizy miejsc udzielania świadczeń, do wyliczenia średniego czasu oczekiwania populacji pacjentów wzięto pod uwagę dane dotyczące: działu (pracowni) fizjoterapii, oddziału rehabilitacji narządu ruchu, oddziału rehabilitacyjnego, zakładu rehabilitacji leczniczej, zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej, zespołu rehabilitacji domowej. Każda komórka organizacyjna została podzielona na kategorie medyczne, czyli odrębnie dla przypadku pilnego i stabilnego. Obliczono średni ważony czas oczekiwania i średni arytmetyczny czas oczekiwania. Do obliczenia średnich czasów oczekiwania wybrano tych świadczeniodawców, dla których zaraportowany przez nich do NFZ średni czas oczekiwania oraz liczba osób oczekujących były większe od 0.

Średnia arytmetyczna czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia została wyliczona na podstawie średnich długości czasu oczekiwania na świadczenia dla poszczególnych MUS-ów. Natomiast średni ważony czas oczekiwania na udzielenie świadczenia został obliczony przy uwzględnieniu wagi jaką stanowił odsetek liczby osób oczekujących na uzyskanie świadczenia danego świadczeniodawcy (MUS) do sumy osób w kolejce dla

MUS-ów zawierających tę samą komórkę organizacyjną. Średni ważony czas oczekiwania obliczono zatem zgodnie z następującym wzorem:

$T_{\text{średni ważony}} = W_{\text{MUS1}} \cdot T_{\text{MUS1}} + W_{\text{MUS2}} \cdot T_{\text{MUS2}} + \dots + W_{\text{MUSn}} \cdot T_{\text{MUSn}}$, gdzie:

$T_{\text{średni ważony}}$ – średni czas ważony dla danej jednorodnej grupy MUS

T_{MUS1} – średni czas oczekiwania dla danego MUS

W_{MUS1} – waga dla danego MUS1 tj. iloraz liczby osób w kolejce dla danego MUS przez sumę osób w kolejce dla danej grupy MUS (tj. grupa tych samych komórek organizacyjnych).

W Polsce w 2019 r. były prawie 6,4 tys. miejsc udzielania świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej, w podziale na grupy zakresów, w tym: 4 473 działów (pracowni) fizjoterapii, 33 oddziałów rehabilitacji narządu ruchu, prawie 500 oddziałów rehabilitacji, 17 zakładów rehabilitacji leczniczej, 3 zakłady/ośrodki rehabilitacji leczniczej, 875 zakłady/ośrodki rehabilitacji leczniczej dziennej, 484 zespoły rehabilitacji domowej. Różnice między średnią ważoną a średnią arytmetyczną dla danej grupy MUS występują w sytuacji, gdy istnieją różnice pomiędzy średnimi czasami oczekiwania dla miejsc udzielania świadczenia o różnej długości kolejki. Jeżeli w analizowanej grupie MUS średni czas oczekiwania, u tych z nich, którzy mają najdłuższe kolejki jest większy od średniej arytmetycznej dla całej grupy, wtedy średni ważony czas oczekiwania jest większy od średniej arytmetycznej czasów oczekiwania, w przeciwnym przypadku jest on od niej mniejszy. Średnie czasy dla populacji pacjentów oczekujących na świadczenia w dziale (pracownia) fizjoterapii, oddział rehabilitacji narządu ruchu, oddział rehabilitacyjny, zakład rehabilitacji leczniczej, zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej, zespół rehabilitacji domowej przedstawia tabela poniżej.

Tabela 51. Średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej w podziale na zakresy w 2019 r.

Kategoria medyczna	PRZYPADK PILNY			PRZYPADK STABILNY			Liczba MUS
	Nazwa komórek organizacyjnych	Liczba osób oczekujących	Średni ważony czas oczekiwania	Średni arytmetyczny czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Średni ważony czas oczekiwania	
Dział (pracownia) fizjoterapii	117 719	108	71	991 029	172	136	4 473
Oddział rehabilitacji narządu ruchu	3 936	271	141	9 597	950	646	33
Oddział rehabilitacyjny	35 805	248	105	192 405	1 092	633	497
Zakład rehabilitacji leczniczej	676	252	238	9 675	754	633	17
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej	419	416	225	829	1 027	1 027	3
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	17 775	180	84	82 274	326	185	875
Zespół rehabilitacji domowej	901	67	55	5 548	99	77	484

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ.

Dla przypadku pilnego na obszarze Mazowieckiego OW NFZ była największa liczba osób oczekujących (19,1 tys.) do działu (pracowni) fizjoterapii. Średni ważony czas oczekiwania wyniósł ponad 118 dni. Natomiast dla przypadku stabilnego największa liczba osób oczekujących (145,0 tys.) była do działu (pracowni) fizjoterapii na obszarze Śląskiego OW NFZ przy średnim ważonym czasie oczekiwania 222 dni.

Najdłuższy czas oczekiwania w Polsce odnotowano na obszarze Dolnośląskiego OW NFZ, tj. 2 174 dni według średniego ważonego czasu oczekiwania. Tabela 52 prezentuje omawiane dane.

Tabela 52. Średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej w 2019 r. w podziale na OW NFZ.

OW NFZ/Nazwa komórek organizacyjnych	PRZYPADEK PILNY			PRZYPADEK STABILNY		
	Średni ważony czas oczekiwania	Średni arytmetyczny czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Średni ważony czas oczekiwania	Średni arytmetyczny czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących
Dolnośląskie						
Dział (pracownia) fizjoterapii	141	91	6 257	207	208	81 943
Oddział rehabilitacji narządu ruchu	298	298	50	2 174	2 174	1 646
Oddział rehabilitacyjny	195	127	4 277	1 115	867	34 978
Zakład rehabilitacji leczniczej	144	144	50	600	600	1 723
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	157	57	338	345	219	1 649
Zespół rehabilitacji domowej	75	71	133	124	103	507
Kujawsko-Pomorskie						
Dział (pracownia) fizjoterapii	89	56	8 243	163	124	54 151
Oddział rehabilitacji narządu ruchu	39	33	56	257	112	391
Oddział rehabilitacyjny	279	119	1 192	1 086	672	7 138
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	147	182	316	806	213	1 255
Zespół rehabilitacji domowej	143	111	11	103	86	83
Lubelskie						
Dział (pracownia) fizjoterapii	69	55	3 605	108	99	46 214
Oddział rehabilitacyjny	183	87	1 091	455	378	4 445
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	53	49	450	175	139	6 960
Zespół rehabilitacji domowej	33	31	21	74	47	362
Lubuskie						
Dział (pracownia) fizjoterapii	81	50	3 051	145	99	20 117
Oddział rehabilitacji narządu ruchu	95	95	585	640	640	564
Oddział rehabilitacyjny	56	45	336	715	633	1 346
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	200	248	120	306	218	280
Zespół rehabilitacji domowej	77	60	8	109	84	70
Łódzkie						
Dział (pracownia) fizjoterapii	81	65	7 937	165	135	78 264
Oddział rehabilitacyjny	189	120	1 070	579	555	6 328

OW NFZ/Nazwa komórek organizacyjnych	PRZYPADK PILNY			PRZYPADK STABILNY		
	Średni ważony czas oczekiwania	Średni arytmetyczny czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Średni ważony czas oczekiwania	Średni arytmetyczny czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	96	81	772	227	168	3 424
Zespół rehabilitacji domowej	33	29	30	42	43	221
Małopolskie						
Dział (pracownia) fizjoterapii	115	75	16 122	182	140	100 595
Oddział rehabilitacyjny	178	111	3 101	1 370	756	29 178
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	158	90	2 994	360	223	14 679
Zespół rehabilitacji domowej	57	53	87	60	53	715
Mazowieckie						
Dział (pracownia) fizjoterapii	118	82	19 068	171	134	98 511
Oddział rehabilitacji narządu ruchu	152	139	440	847	811	720
Oddział rehabilitacyjny	148	78	3 727	804	570	16 120
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	166	67	5 900	292	139	18 770
Zespół rehabilitacji domowej	55	40	159	73	45	568
Opolskie						
Dział (pracownia) fizjoterapii	94	71	1 840	160	136	27 004
Oddział rehabilitacji narządu ruchu	114	114	515	522	522	2 157
Oddział rehabilitacyjny	103	74	356	703	375	3 182
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	151	108	426	252	187	2 692
Zespół rehabilitacji domowej	15	13	43	39	30	223
Podkarpackie						
Dział (pracownia) fizjoterapii	95	65	8 946	138	109	81 187
Oddział rehabilitacyjny	193	106	374	862	375	3 425
Zakład rehabilitacji leczniczej				93	93	394
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	134	105	926	209	145	5 631
Zespół rehabilitacji domowej	66	62	104	89	88	648
Podlaskie						
Dział (pracownia) fizjoterapii	156	83	5 294	201	134	12 292
Oddział rehabilitacyjny	53	40	139	294	239	1 293

OW NFZ/Nazwa komórek organizacyjnych	PRZYPADK PILNY			PRZYPADK STABILNY		
	Średni ważony czas oczekiwania	Średni arytmetyczny czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Średni ważony czas oczekiwania	Średni arytmetyczny czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	259	155	776	422	243	1 732
Zespół rehabilitacji domowej	82	74	54	141	135	114
Pomorskie						
Dział (pracownia) fizjoterapii	104	78	5 385	162	145	67 421
Oddział rehabilitacyjny	82	67	268	602	525	2 801
Zakład rehabilitacji leczniczej	66	66	266	328	217	3 655
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	146	105	194	218	140	1 165
Zespół rehabilitacji domowej	22	20	6	17	14	55
Śląskie						
Dział (pracownia) fizjoterapii	133	98	15 286	222	202	145 039
Oddział rehabilitacji narządu ruchu	393	271	2 194	895	836	3 031
Oddział rehabilitacyjny	150	107	3 468	1 604	895	37 871
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej	416	225	419	1 027	1 027	829
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	116	90	601	394	238	4 232
Zespół rehabilitacji domowej	105	91	144	190	197	976
Świętokrzyskie						
Dział (pracownia) fizjoterapii	98	63	3 599	156	109	33 219
Oddział rehabilitacji narządu ruchu	72	72	67	273	273	218
Oddział rehabilitacyjny	383	265	13 818	961	707	15 853
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	372	115	2 378	427	289	4 173
Zespół rehabilitacji domowej	16	31	13	46	45	193
Warmińsko-Mazurskie						
Dział (pracownia) fizjoterapii	83	56	2 933	136	95	28 836
Oddział rehabilitacyjny	64	53	406	261	266	1 426
Zakład rehabilitacji leczniczej				15	15	49
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	118	71	735	306	259	2 115
Zespół rehabilitacji domowej	34	34	5	55	50	74

OW NFZ/Nazwa komórek organizacyjnych	PRZYPADK PILNY			PRZYPADK STABILNY		
	Średni ważony czas oczekiwania	Średni arytmetyczny czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Średni ważony czas oczekiwania	Średni arytmetyczny czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących
Wielkopolskie						
Dział (pracownia) fizjoterapii	69	53	6 121	137	108	78 633
Oddział rehabilitacji narządu ruchu	11	11	17	663	663	531
Oddział rehabilitacyjny	98	80	1 196	647	655	14 573
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	68	61	523	357	232	9 276
Zespół rehabilitacji domowej	68	63	83	95	94	739
Zachodniopomorskie						
Dział (pracownia) fizjoterapii	107	67	4 032	213	185	37 603
Oddział rehabilitacji narządu ruchu	37	37	12	643	643	339
Oddział rehabilitacyjny	114	100	986	861	802	12 448
Zakład rehabilitacji leczniczej	405	304	360	1 304	1 120	3 854
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	89	83	326	502	176	4 241

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ.

4.3. Analiza liczby i rodzaju udzielonych świadczeń

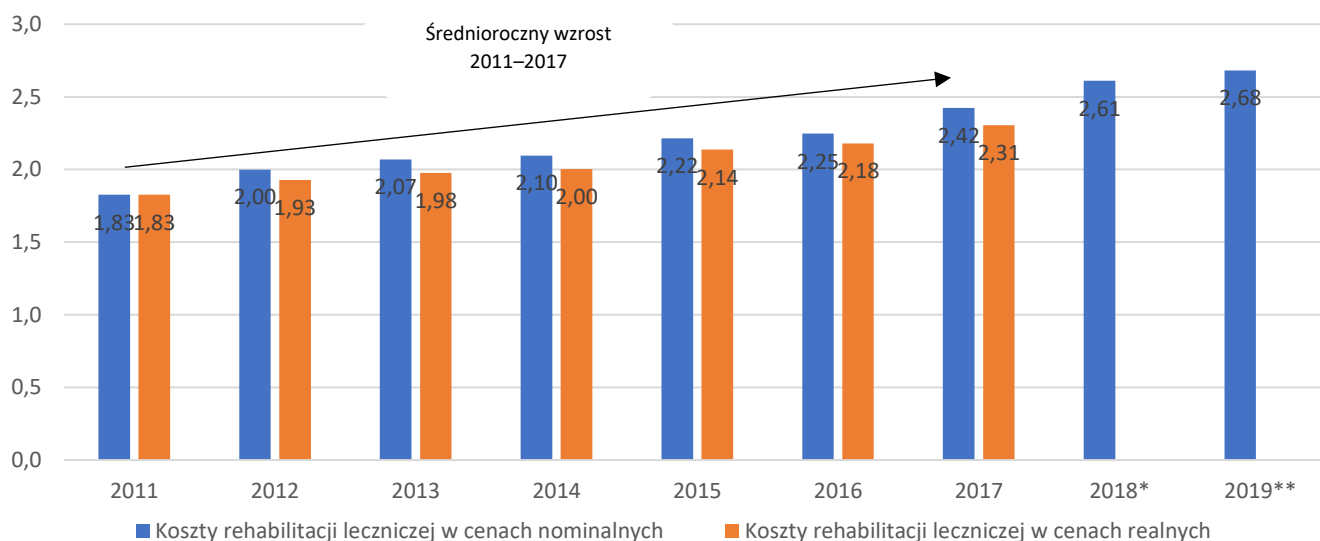
4.3.1. Koszt rehabilitacji leczniczej na tle kosztu świadczeń opieki zdrowotnej

Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na rehabilitację leczniczą (w rozumieniu wartości świadczeń udzielonych) w latach 2011–2017 wykazywały stały trend rosnący utrzymujący się w ramach planu finansowego na lata 2018 i 2019. W 2017 roku wydatki te wyniosły ponad 2,4 mld zł, co oznacza, iż w porównaniu z rokiem 2011 wzrosły o prawie 600 mln zł, czyli 32,7%. Średnioroczny wzrost w latach 2011–2017 wyniósł 4,8% i był porównywalny ze średniorocznym wzrostem kosztu świadczeń opieki zdrowotnej ogółem (pozycja B2 planu finansowego NFZ), który wyniósł 4,9%. Powyższe informacje dotyczą kosztów wyrażonych w wartościach nominalnych, tj. nieuwzględniających inflacji. Jeżeli wziąć pod uwagę spadek wartości pieniądza w czasie i koszty wyrażone w wartości realnej względem 2011 r. (wg wartości pieniądza z 2011 r.), to podana wcześniej średnioroczna dynamika wydatków na rehabilitację w latach 2011–2017 wyniosłaby 4,0% (zamiast 4,8% w wartości nominalnej), natomiast wzrost nakładów wyniosłby 480 mln zł (zamiast 600 mln w wartości nominalnej)². Przewiduje się, iż w 2018 r. koszt rehabilitacji leczniczej osiągnie poziom 2,6 mld zł, czyli o 190 mln zł więcej niż w roku 2017. Byłaby to najwyższa kwota wzrostu rdr w analizowanym okresie.

Wykres 2 przedstawia koszty rehabilitacji leczniczej w omawianych latach.

² W wyliczeniach posłużono się wskaźnikami inflacji rocznej CPI podanej przez GUS.

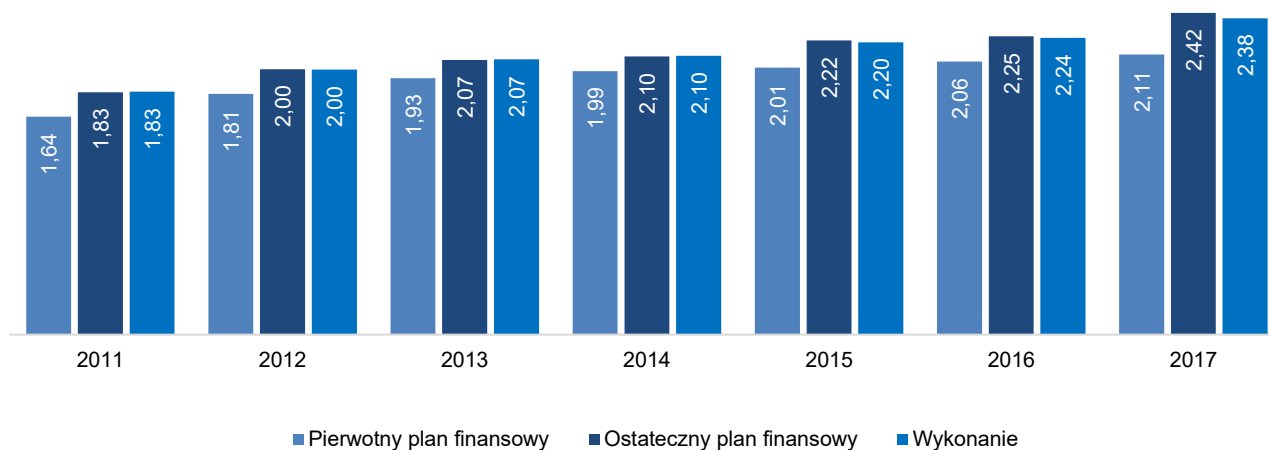
Wykres 2. Koszt rehabilitacji leczniczej w latach 2011–2019 (mld zł) według planu finansowego NFZ.



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie ostatecznego planu finansowego NFZ w latach 2011–2017. [* Wg planu finansowego na 2018 r. z dnia 4 września 2018 r. |** Wg planu finansowego na 2019 r. z dnia 12 września 2018 r. | Dane z pozycji B2.5 planu finansowego NFZ (z uwzględnieniem środków z rezerwy migracyjnej).

Opublikowany pierwotny plan finansowy na 2019 r. zakłada wyższy niż w 2018 r. koszt rehabilitacji leczniczej. Analizując koszt rehabilitacji w latach 2011–2017 zauważalna jest zmiana kosztów rehabilitacji leczniczej względem pierwotnego planu finansowego, co prezentuje wykres poniżej.

Wykres 3. Zmiana kosztu rehabilitacji leczniczej w ciągu roku w latach 2011–2017 (mld zł).



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie planów finansowych oraz sprawozdań finansowych NFZ w latach 2011–2017 | posłużono się danymi z pozycji B2.5 planu finansowego NFZ.

Koszty rehabilitacji leczniczej stanowią element wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia. Udział kosztów rehabilitacji leczniczej w całkowitych kosztach świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2011–2019 utrzymywał się na zbliżonym poziomie. Najwyższy udział był w latach 2012 i 2013 i wyniósł 3,30%. Kolejne lata przyniosły spadek udziału o 0,15 p.p. do poziomu 3,15% w 2017 r. (tabel 53 i 54).

Tabela 53. Udział kosztu rehabilitacji leczniczej w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej.

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	2019**
3,15%	3,30%	3,30%	3,29%	3,26%	3,17%	3,15%	3,24%	3,25%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie ostatecznego planu finansowego NFZ w latach 2011–2017. |* Wg planu finansowego na 2018 r. z dnia 4 września 2018 r. |** Wg planu finansowego na 2019 r. z dnia 12 września 2018 r.

Tabela 54. Zmiana wartości rozliczonych świadczeń w wybranych zakresach rehabilitacji leczniczej w latach 2017-2016.

Zakresy świadczeń	Wartość rozliczona (mln zł)		Zmiana 2017 vs. 2016	
	2016	2017	zł	%
Fizjoterapia ambulatoryjna	811,35	838,06	26,71	3,30%
Fizjoterapia domowa	12,49	18,85	6,36	50,90%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym	201,38	210,24	8,86	4,40%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	406,7	452,9	46,2	11,40%
Razem rehabilitacja lecznicza całość	2 127,63	2 258,48	130,85	6,20%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Jak wynika z powyższej tabeli największy % wzrost kosztów wśród analizowanych świadczeń nastąpił w zakresie fizjoterapii domowej i rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, co stanowi 2- oraz 9-krotny wzrost w porównaniu do zmiany obejmujący całość rehabilitacji leczniczej (6,2%).

Zmianę wartości rozliczonych świadczeń przedstawi wykres poniżej.

Wykres 4. Zmiana wartości rozliczonych świadczeń w wybranych zakresach rehabilitacji leczniczej w latach 2017-2016.



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie planów finansowych oraz sprawozdań finansowych NFZ w latach 2011–2017 | posłużono się danymi z pozycji B2.5 planu finansowego NFZ.

4.3.2. Analiza miejsc udzielania świadczeń (MUS) w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej i dziennej, fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej

Liczba MUS, w których realizowane są świadczenia na rzecz pacjentów ze schorzeniami układu szkieletowo-mięśniowego i tkanki łącznej wyniosła 4 113, co stanowi ok. 65% sumarycznej liczby wszystkich MUS. Odpowiednio dla liczby świadczeniodawców wynosi 3 456 oraz 63%. Przy czym ograniczeniem tej analizy jest

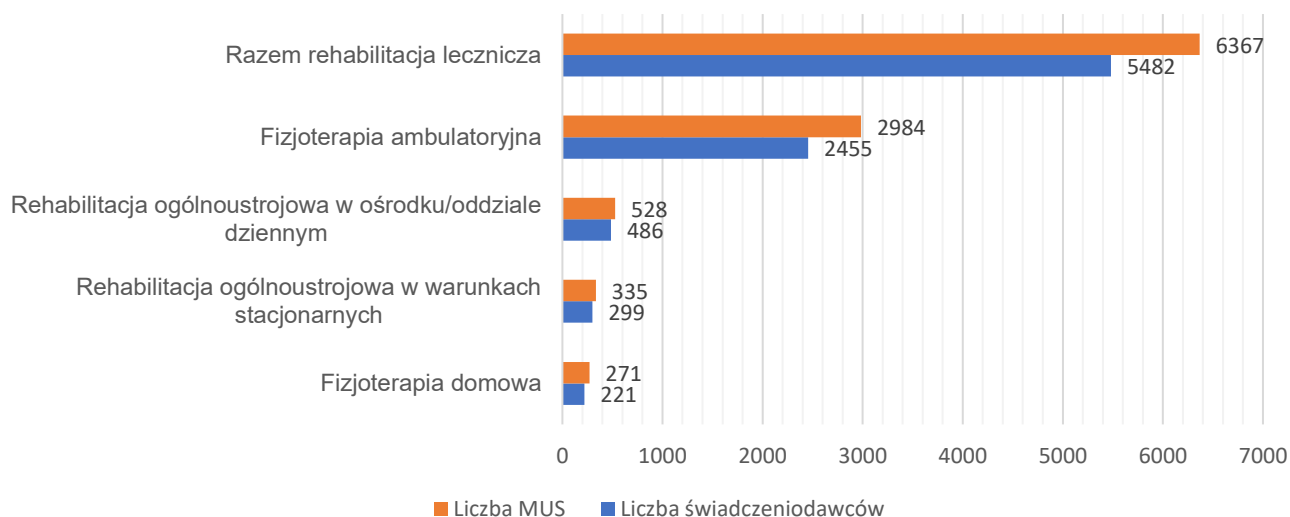
fakt, iż w każdym z wybranych zakresów, mogą być udzielane świadczenia pacjentom z innymi schorzeniami np. neurologicznymi itp. Ogólne informacje o świadczeniodawcach zawiera tabela i wykres poniżej.

Tabela 55. Ogólne dane dotyczące świadczeniodawców w analizowanych zakresach świadczeń w 2017 r.

Grupy zakresów/ zakresy	Liczba świadczeniodawców	Liczba MUS	Liczba pacjentów	% udział w liczbie wszystkich pacjentów	Wartość zrealizowana (zł)	% udział w wartości zrealizowanej
Rehabilitacja razem	5 482	6 367	4 459 051	100,0%	2 382 304 153	100,0%
Fizjoterapia ambulatoryjna	2 450	2 979	2 591 487	58,1%	904 006 000	37,9%
Fizjoterapia domowa	221	271	8 646	0,2%	20 650 566	0,9%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym	486	528	167 503	3,8%	223 971 799	9,4%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	299	335	134 488	3,0%	471 751 883	19,8%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Wykres 5. Liczba MUS i świadczeniodawców w wybranych zakresach świadczeń rehabilitacji leczniczej w 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Największa dostępność do świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej, rozumiana jako najmniejsza liczba ludności przypadająca na jeden MUS, jest w województwie podkarpackim, gdzie jest 5 390 osób/MUS. Najwięcej mieszkańców na MUS przypada w województwie podlaskim, w którym 5-krotnie więcej osób niż na Podkarpaciu.

W czterech województwach w 2017 r. nie było zakontraktowanych świadczeń fizjoterapii domowej, a największą dostępność ponownie odnotowano w województwie podkarpackim (ok. 24 tys. osób na MUS). Natomiast w województwie wielkopolskim liczba mieszkańców na MUS w fizjoterapii domowej wyniosła 1,7 mln osób.

Na Podkarpaciu również w rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej przypada najmniejsza liczba mieszkańców na jeden MUS - 42 583, najwięcej powyżej 250 tys. w województwie Lubuskim i Kujawsko-Pomorskim.

Dla stacjonarnej rehabilitacji ogólnoustrojowej – najmniej 73 tys. mieszkańców na MUS w Świętokrzyskim oraz najwięcej 250 tys. w Opolskim.

Jak wynika z poniższych danych najlepsza dostępność do świadczeń jest w województwie podkarpackim, w którym w trzech z czterech analizowanych zakresów świadczeń przypada najmniejsza liczba mieszkańców na MUS (tabela 56).

Tabela 56. Liczba pacjentów i ludności na MUS w wybranych zakresach świadczeń w podziale na OW NFZ w 2017 r.

OW NFZ	Liczba pacjentów/MUS				Liczba ludności/MUS			
	fizjoterapia ambulatoryjna	fizjoterapia domowa	rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna	rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna	fizjoterapia ambulatoryjna	fizjoterapia domowa	rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna	rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna
Dolnośląski	906	23	91	428	15 277	126 198	103 662	82 930
Kujawsko-Pomorski	953		194	265	11 702		260 368	115 719
Lubelski	1 015	12	347	297	13 897	96 651	45 241	92 449
Lubuski	1 019	15	148	343	13 558	203 366	254 208	112 981
Łódzki	837	20	180	309	10 861	88 440	63 495	99 053
Małopolski	815	31	357	450	12 199	339 138	56 523	125 607
Mazowiecki	1 038	44	511	386	15 341	122 378	46 022	134 615
Opolski	454		235	899	7 675		52 109	247 517
Podkarpacki	523	20	198	345	5 390	23 923	42 583	133 071
Podlaski	1 616	60	344	391	28 204	131 616	84 611	148 069
Pomorski	1 273		190	491	17 217		136 721	136 721
Śląski	936	105	241	451	15 738	216 580	197 747	101 071
Świętokrzyski	817	65	346	602	11 343	415 911	54 249	73 396
Warmińsko-Mazurski	833	9	316	431	13 401	95 596	75 471	130 359
Wielkopolski	887	49	265	419	15 439	1 744 605	81 144	134 200
Zachodniopomorski	913		301	436	18 339		100 325	121 824

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

4.3.3. Analiza świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej i dziennej, fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej

Rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna i stacjonarna

Największy procentowy udział w świadczeniach rehabilitacji ogólnoustrojowej mieli pacjenci z rozpoznaniem wg ICD-10 z grupy M - Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, powyżej 70% zarówno w warunkach dziennych jak i stacjonarnych. Następne pod względem liczebności grupy schorzeń układają się podobnie w warunkach dziennych i stacjonarnych - G - choroby układu nerwowego (13 % i 11%) i T - oparzenia, inne skutki działania czynników zewnętrznych (5% i 6%). W oddziale dziennym kolejną grupę rozpoznaw stanowią urazy oraz nowotwory złośliwe, które w ujęciu krotności sprawozdanych rozpoznaw wyniosły odpowiednio ok. 70- i 60 tys. Nowotwory złośliwe w oddziale stacjonarnym stanowiły 0,6 % wszystkich sprawozdanych rozpoznaw. Ok. 3% wszystkich rozpoznaw w oddziale dziennym i stacjonarnych stanowiły kod z grupy S- urazy.

Szczegółowy rozkład grup rozpoznaw pod względem krotności ich sprawozdania przedstawia tabela i wykres poniżej.

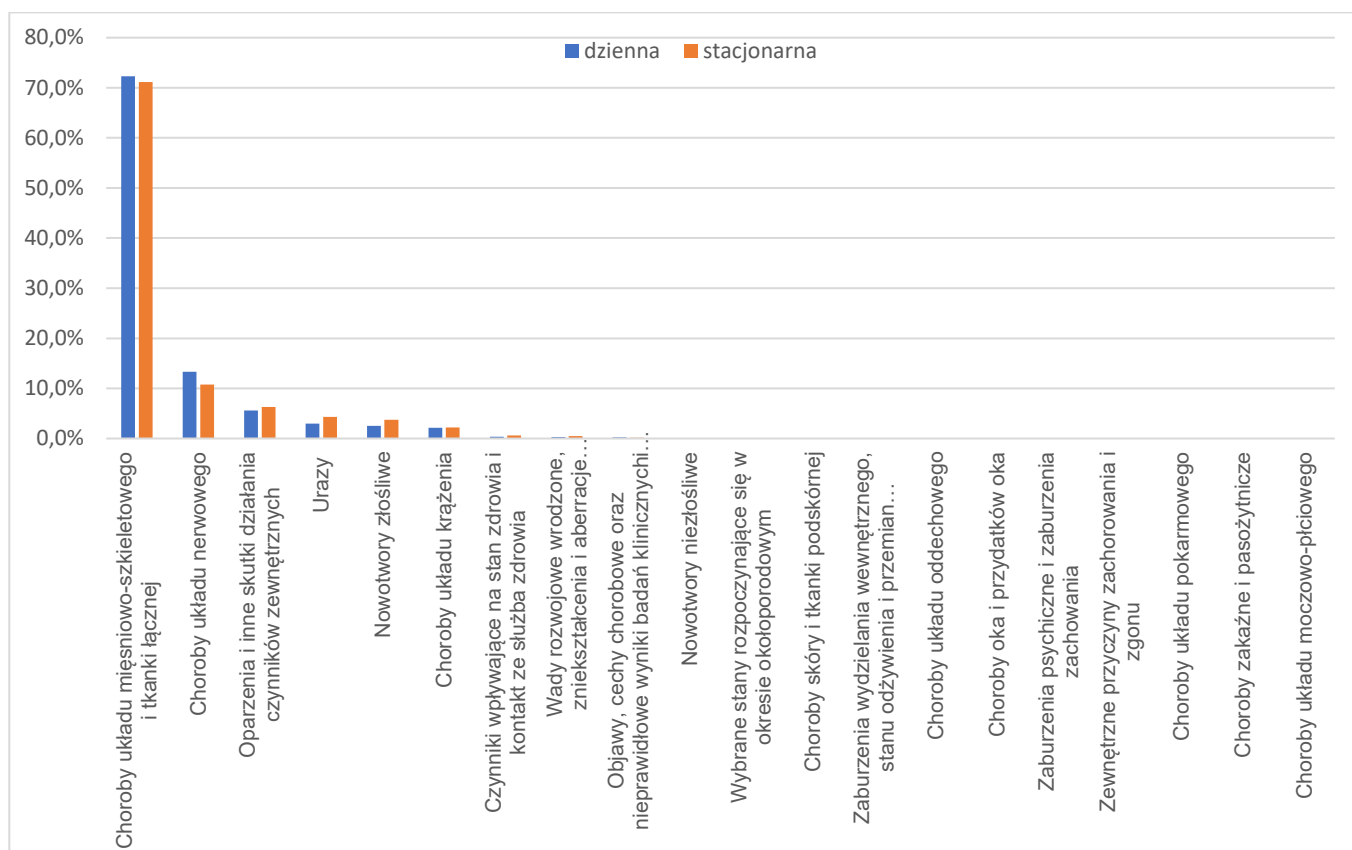
Tabela 57. Grupy rozpoznaw wg ICD-10 w rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej i stacjonarnej w ujęciu krotności sprawozdawania w 2016 r.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna				Rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna			
Grupy rozpoznaw wg ICD-10		Krotności	% udział	Grupy rozpoznaw wg ICD-10		Krotności	% udział
M	Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	1 711 595	72,3%	M	Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	156 674	71,2%
G	Choroby układu nerwowego	315 146	13,3%	G	Choroby układu nerwowego	23 736	10,8%
T	Oparzenia i inne skutki działania czynników zewnętrznych	132 356	5,6%	T	Oparzenia i inne skutki działania czynników zewnętrznych	13 814	6,3%

Rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna				Rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna			
Grupy rozpoznań wg ICD-10		Krotności	% udział	Grupy rozpoznań wg ICD-10		Krotności	% udział
S	Urazy	70 385	3,0%	Z	Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia	9 505	4,3%
C	Nowotwory złośliwe	59 696	2,5%	S	Urazy	8 216	3,7%
I	Choroby układu krążenia	50 646	2,1%	I	Choroby układu krążenia	4 878	2,2%
Z	Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia	8 297	0,4%	C	Nowotwory złośliwe	1 334	0,6%
Q	Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe	7 303	0,3%	Q	Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe	1 006	0,5%
R	Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej	4 856	0,2%	R	Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej	369	0,2%
D	Nowotwory niezłośliwe	2 577	0,1%	L	Choroby skóry i tkanki podskórnej	177	0,1%
P	Wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	1 039	0,0%	P	Wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	155	0,1%
L	Choroby skóry i tkanki podskórnej	1 027	0,0%	E	Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych	127	0,1%
E	Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych	769	0,0%	D	Nowotwory niezłośliwe	64	0,0%
J	Choroby układu oddechowego	663	0,0%	F	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	48	0,0%
H	Choroby oka i przydatków oka	490	0,0%	J	Choroby układu oddechowego	22	0,0%
F	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	371	0,0%	Y, V, W	Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	13	0,0%
Y, V, W	Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	202	0,0%	A, B	Choroby zakaźne i pasożytnicze	5	0,0%
K	Choroby układu pokarmowego	144	0,0%	N	Choroby układu moczowo-płciowego	4	0,0%
A, B	Choroby zakaźne i pasożytnicze	126	0,0%	K	Choroby układu pokarmowego	2	0,0%
N	Choroby układu moczowo-płciowego	104	0,0%	H	Choroby oka i przydatków oka		0,0%
Razem rehabilitacja dzienna		2 367 792	100%	Razem rehabilitacja stacjonarna		220 149	100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Wykres 6. Grupy rozpoznaw wg ICD-10 w rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej i stacjonarnej w ujęciu procentowym w 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Poniższa tabela prezentuje wyniki dotyczące najczęściej sprawozdanych kodów ICD-10 w poszczególnych grupach rozpoznaw.

W grupie M dominują choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa i krążków międzykręgowych, następnie zwyrodnienia stawów (dzienna rehabilitacja) oraz koksartroza i gonartroza (stacjonarna rehabilitacja).

Rozpoznanie z grupy G będą, w koncepcji zmian przygotowanej przez Agencję, stanowiły wskazania do świadczeń neurologicznych realizowanych w ramach rehabilitacji kompleksowej i nie podlegają analizom w niniejszym raporcie.

Następstwa złamań przede wszystkim w obrębie kończyny dolnej, górnej oraz następstwa zwichnięcia, skręcenia i naderwania w obrębie kończyny dolnej, stanowiły najliczniej sprawozdawane rozpoznania w grupie T. Co istotne rozpoznania związane ze złamaniem kręgosłupa stanowiły podstawę do leczenia głównie w ramach stacjonarnej rehabilitacji.

Wśród najczęściej sprawozdawanych rozpoznaw w oddziale dziennym były też rozpoznania związane z nowotworami złośliwymi m.in. rakiem piersi i czerniakiem. Przedmiotowe rozpoznania w warunkach stacjonarnych były wskazywane 4,5 razy rzadziej niż w oddziale dziennym.

Jednocześnie w warunkach hospitalizacji istotną grupę rozpoznaw stanowiły kody z grupy Z obejmujące – obecność implantów ortopedycznych (endoprotezy) oraz amputacje w obrębie kończyn dolnych.

Złamania (grupa S) w oddziale dziennym dotyczyły kończyn górnych oraz dystalnych części kończyn dolnych (w obrębie stopy i kolana). W stacjonarnej rehabilitacji złamania obejmowały w największej mierze okolice kości biodrowych.

Tabela 58. TOP 5 najczęściej sprawozdanych rozpoznań medycznych wg ICD-10 w rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej i stacjonarnej w podziale na główne grupy rozpoznań.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna				Rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna			
Grupy rozpoznań wg ICD-10		Krotności	% udział	Grupy rozpoznań wg ICD-10		Krotności	% udział
M	Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	1 711 595	72%	M	Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	156 674	71%
M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	230 578		M47.8	Inne zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	23 531	
M47.8	Inne zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	182 733		M51.1	Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych	12 623	
M15	Zwyrodnienie wielostawowe	149 764		M16.0	Pierwotna, obustronna koksartroza	12 513	
M51	Inne choroby krążka międzykręgowego	108 287		M17.0	Pierwotna, obustronna gonartroza	12 442	
M15.0	Pierwotnie uogólniona choroba zwyrodnieniowa stawów	86 137		M41.1	Idiopatyczna skolioza młodzieńcza	9 518	
	Razem TOP 5	757 499	32%		Razem TOP 5	70 627	45%
G	Choroby układu nerwowego	315 146	13,3%	G	Choroby układu nerwowego	23 736	10,8%
G54	Zaburzenia korzeni i splotów nerwowych	80 254		G81.1	Spastyczne porażenie połowicze	3 593	
G35	Stwardnienie rozsiane	39 298		G35	Stwardnienie rozsiane	2 753	
G81	Porażenie połowicze	25 488		G54.4	Zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych lędźwiowo-krzyżowych niesklasyfikowane gdzie indziej	1 834	
G54.4	Zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych lędźwiowo-krzyżowych niesklasyfikowane gdzie indziej	16 285		G54	Zaburzenia korzeni i splotów nerwowych	1 627	
G81.1	Spastyczne porażenie połowicze	15 233		G81.9	Porażenie połowicze, nieokreślone	1 089	
	Razem TOP 5	176 558	7%		Razem TOP 5	10 896	5%
T	Oparzenia i inne skutki działania czynników zewnętrznych	132 356	5,6%	T	Oparzenia i inne skutki działania czynników zewnętrznych	13 814	6,3%
T92	Następstwa urazów kończyny górnej	22 635		T93.1	Następstwa złamania kości udowej	3 548	
T93	Następstwa urazów kończyny dolnej	22 154		T93.2	Następstwa innych złamań w obrębie kończyny dolnej	2 140	
T92.1	Następstwa złamania kończyny górnej	14 023		T92.1	Następstwa złamania kończyny górnej	1 111	
T93.2	Następstwa innych złamań w obrębie kończyny dolnej	10 066		T91.1	Następstwa złamania kręgosłupa	929	
T93.3	Następstwa zwichnięcia, skręcenia i naderwania w obrębie kończyny dolnej	9 514		T93.3	Następstwa zwichnięcia, skręcenia i naderwania w obrębie kończyny dolnej	773	
	Razem TOP 5	78 392	3%		Razem TOP 5	8 501	4%
S	Urazy	70 385	3,0%	Z	Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia		4%
S83	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł kolana	4 395		Z96.6	Obecność implantów ortopedycznych	8 070	
S52	Złamanie przedramienia	4 357		Z89.6	Nabyty brak kończyny dolnej powyżej kolana	695	

Rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna				Rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna			
Grupy rozpoznań wg ICD-10		Krotności	% udział	Grupy rozpoznań wg ICD-10		Krotności	% udział
S52.5	Złamanie nasady dalszej kości promieniowej	4 148		Z89.5	Nabyty brak kończyny dolnej na poziomie kolana lub poniżej kolana	284	
S82	Złamanie podudzia, łącznie ze stawem skokowym	3 981		Z96.8	Obecność innych określonych implantów czynnościowych	90	
S42	Złamanie barku i ramienia	3 851		Z89.7	Nabyty brak obu kończyn dolnych (na dowolnym poziomie, z wyjątkiem samych palców)	79	
Razem TOP 5		20 732	1%	Razem TOP 5		9 218	4%
C	Nowotwory złośliwe	59 696	2,5%	S	Urazy	8 216	3,7%
C50	Nowotwór złośliwy piersi	37 900		S72.0	Złamanie szyjki kości udowej	1 516	
C50.9	Pierś, umiejscowienie nieokreślone	12 567		S72.1	Złamanie przekrętarsowe	1 376	
C50.4	Kwadrant górny zewnętrzny piersi	2 519		S82.1	Złamanie nasady bliższej piszczeli	350	
C43	Czerniak złośliwy skóry	474		S82.7	Liczne złamania podudzia	346	
C50.8	Zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie piersi	428		S42.2	Złamanie nasady bliższej kości ramiennej	324	
Razem TOP 5		53 888	2%	Razem TOP 5		3 912	2%
I	Choroby układu krążenia	50 646	2,1%	I	Choroby układu krążenia	4 878	2,2%
I69	Następstwa chorób naczyniowych mózgu	16 127		I69.3	Następstwa zawału mózgu	2 300	
I69.3	Następstwa zawału mózgu	9 108		I69	Następstwa chorób naczyniowych mózgu	678	
I97.2	Zespół obrzęku chłonnego po usunięciu piersi	7 520		I69.1	Następstwa krwotoku śródmózgowego	319	
I89	Inne niezakaźne zaburzenia naczyń i węzłów chłonnych	2 664		I69.4	Następstwa udaru mózgu, nieokreślonego jako krwotoczny lub zawałowy	186	
I63	Zawał mózgu	2 277		I69.8	Następstwa innych i nieokreślonych chorób naczyń mózgowych	173	
Razem TOP 5		37 696	2%	Razem TOP 5		3 656	2%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Wśród dziecięciu najczęściej sparwozdawanych rozpoznań w rehabilitacji dziennej są rozpoznania dotyczące zmian zwyrodnieniowych stawów oraz kody dotyczące chorób układu nerwowego (SM i zaburzenia korzeni, splotów nerwowych).

W stacjonarnej opiece również dominują rozpoznania dotyczące zmian zwyrodnieniowych stawów, obecności implantów ortopedycznych czy skoliozy młodzieńczej.

Zestawienie TOP 10 wśród tych rozpoznań prezentuje tabela i wykres poniżej.

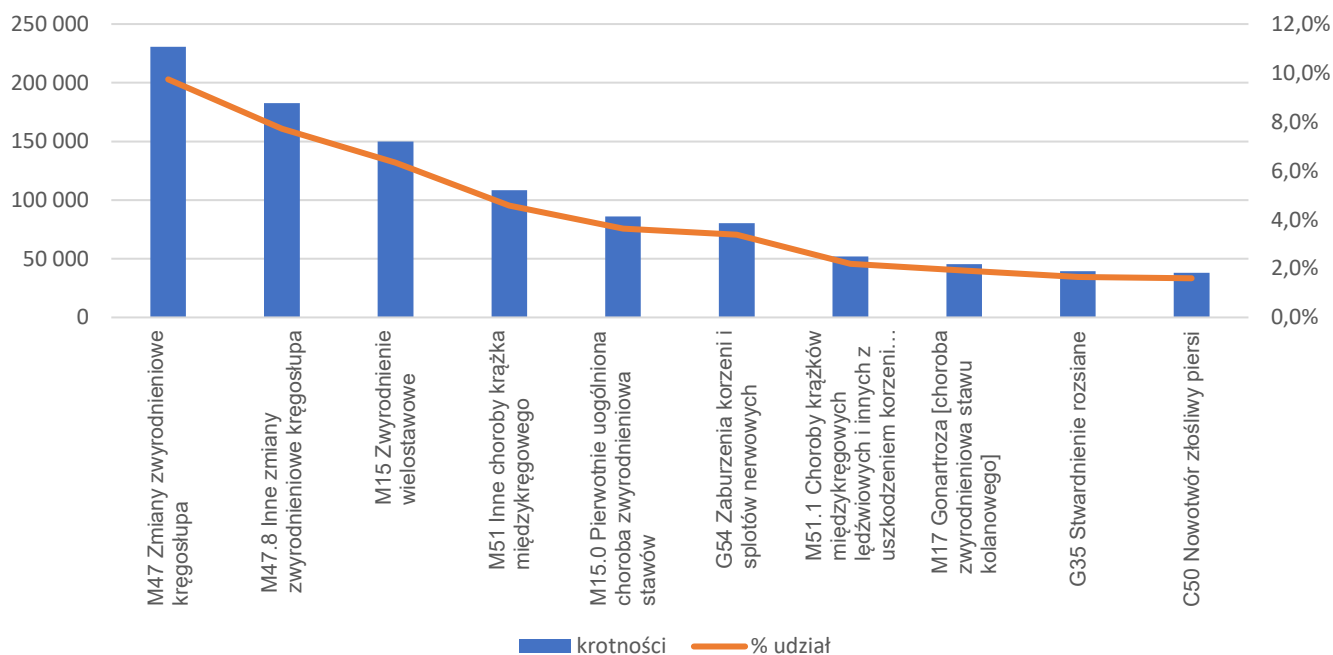
Tabela 59. TOP 10 najczęściej sprawozdanych rozpoznań medycznych wg ICD-10 w rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej i stacjonarnej.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna			Rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna		
TOP 10 ICD-10	krotności	% udział	TOP 10 ICD-10	krotności	% udział
M47 Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	230 578	9,7%	M47.8 Inne zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	23 531	10,7%
M47.8 Inne zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	182 733	7,7%	M51.1 Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych	12 623	5,7%

Rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna			Rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna		
TOP 10 ICD-10	krotności	% udział	TOP 10 ICD-10	krotności	% udział
M15 Zwyródnienie wielostawowe	149 764	6,3%	M16.0 Pierwotna, obustronna koksartroza	12 513	5,7%
M51 Inne choroby krążka międzykręgowego	108 287	4,6%	M17.0 Pierwotna, obustronna gonartroza	12 442	5,7%
M15.0 Pierwotnie uogólniona choroba zwyrodnieniowa stawów	86 137	3,6%	M41.1 Idiopatyczna skolioza młodzieńcza	9 518	4,3%
G54 Zaburzenia korzeni i splotów nerwowych	80 254	3,4%	Z96.6 Obecność implantów ortopedycznych	8 070	3,7%
M51.1 Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych	51 867	2,2%	M15.0 Pierwotnie uogólniona choroba zwyrodnieniowa stawów	7 476	3,4%
M17 Gonartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego]	45 443	1,9%	M16.1 Inne pierwotne koksartrozy	4 541	2,1%
G35 Stwardnienie rozsiane	39 298	1,7%	M47.2 Inne zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych	4 097	1,9%
C50 Nowotwór złośliwy piersi	37 900	1,6%	M17.1 Inne pierwotne gonartrozy	3 778	1,7%

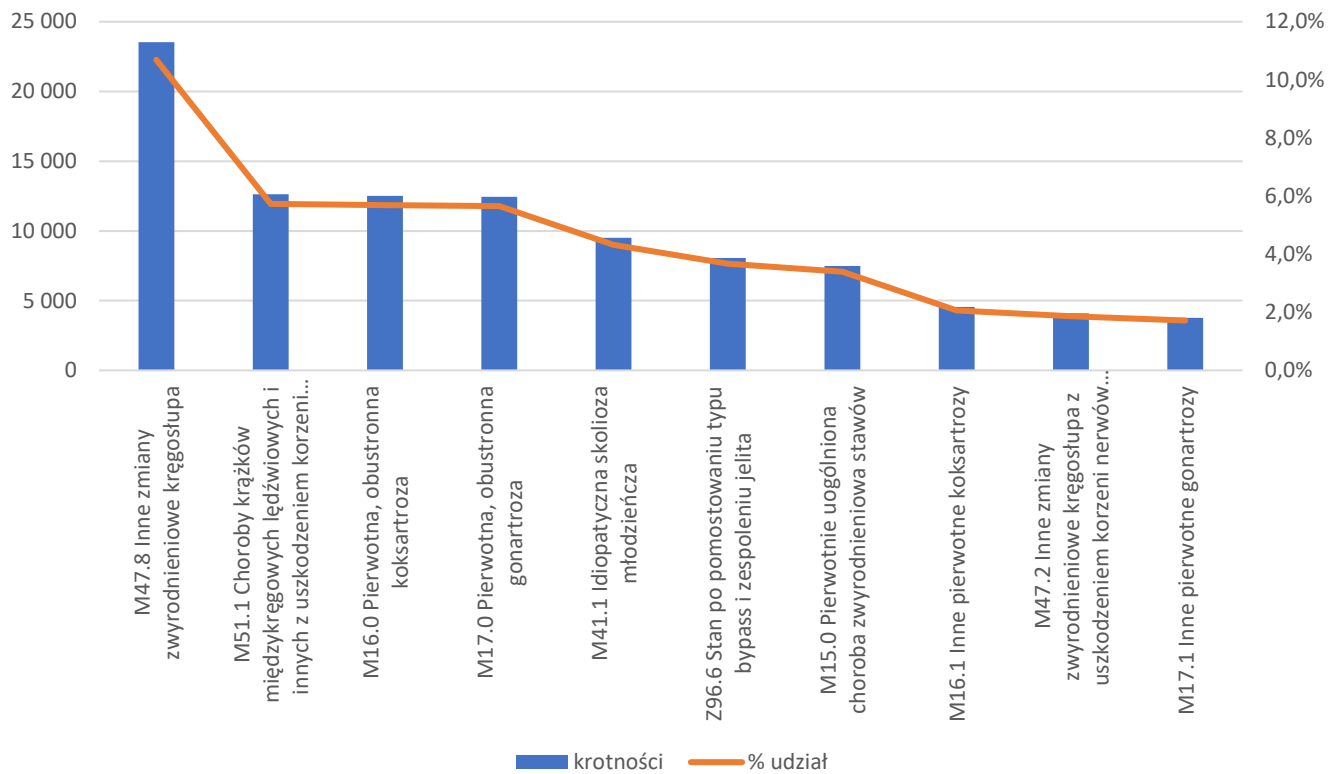
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Wykres 7. TOP 10 najczęściej sprawozdanych rozpoznań medycznych wg ICD-10 w rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej w ujęciu krotności i udziału procentowego.



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

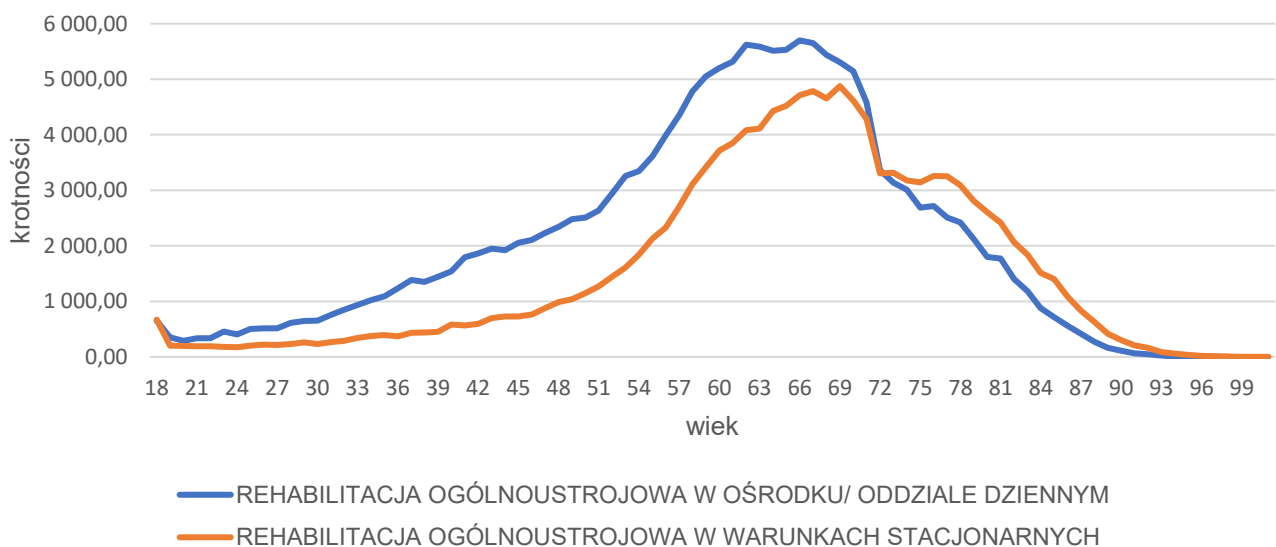
Wykres 8. TOP 10 najczęściej sprawozdanych rozpoznań medycznych wg ICD-10 w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej w ujęciu krotności i udziału procentowego.



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

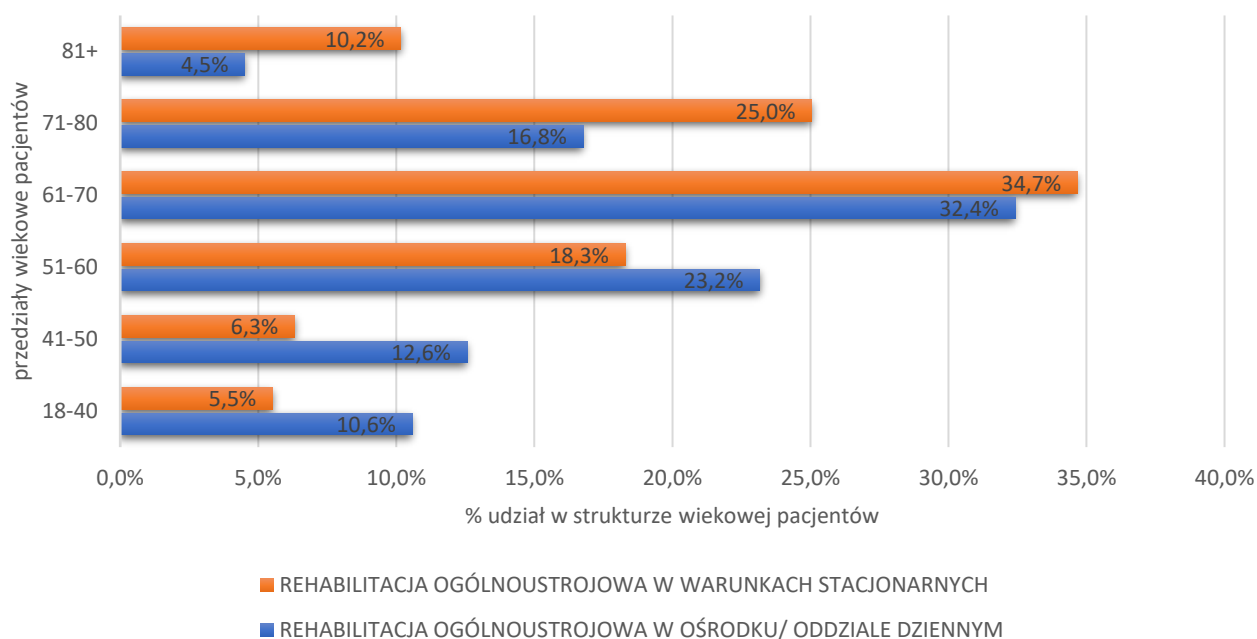
Mediana wieku dla rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej wynosi 61 lat, dla stacjonarnej 66 lat. Najstarszy pacjent, któremu udzielono świadczeń miał 102 lata. Największą grupą odbiorców świadczeń w rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej, stanowiącą ponad 50%, były osoby w wieku 40–65 lat. Największą grupę pacjentów w rehabilitacji stacjonarnej, równą blisko 40%, stanowiły osoby w wieku 40–65 lat, co przedstawiają poniższe wykresy.

Wykres 9. Struktura wiekowa pacjentów w rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej i stacjonarnej.



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Wykres 10. Struktura wiekowa pacjentów w rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej i stacjonarnej w przedziałach wiekowych w ujęciu udziału procentowego.



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Fizjoterapia ambulatoryjna i domowa

Wśród dziecięciu najczęściej sprawozdawanych rozpoznań w fizjoterapii ambulatoryjnej są rozpoznania dotyczące zmian zwyrodnieniowych stawów oraz choroby układu nerwowego (zaburzenia korzeni i splotów nerwowych).

W fizjoterapii domowej najczęściej sprawozdawane rozpoznania dotyczą chorób neurologicznych (stwardnienie rozsiane, porażenie połowicze) oraz zmian zwyrodnieniowych. Jednym z najczęściej sprawozdawanych rozpoznań są również złamania kości udowej.

Zestawienie TOP 10 wśród tych rozpoznań w fizjoterapii ambulatoryjnej oraz domowej prezentują tabele poniżej.

Tabela 60. TOP 10 najczęściej sprawozdanych rozpoznań medycznych wg ICD-10 w fizjoterapii ambulatoryjnej.

Fizjoterapia ambulatoryjna			
Grupy rozpoznań wg ICD-10		Krotności	% udział
M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	18 698 759	15,02 %
M15	Zwyrodnienie wielostawowe	11 616 293	9,33%
G54	Zaburzenia korzeni i splotów nerwowych	8 537 513	6,86%
M17	Gonartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego]	7 578 862	6,09%
M51	Inne choroby krążka międzykręgowego	5 529 878	4,44%
M47.8	Inne zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	4 191 239	3,37%
M54	Bóle grzbietu	3 919 458	3,15%
M70	Choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przemęczeniem i przeciążeniem	3 622 363	2,91%
M50	Choroby krążków międzykręgowych szyjnych	2 836 860	2,28%
M75	Uszkodzenia barku	2 355 180	1,89%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Tabela 61. TOP 10 najczęściej sprawozdanych rozpoznań medycznych wg ICD-10 w fizjoterapii domowej.

Fizjoterapia domowa			
Grupy rozpoznań wg ICD-10		Krotności	% udział
G35	Stwardnienie rozsiane	97 640	10,44%
G81	Porażenie połowicze	89 963	9,62%
I69	Następstwa chorób naczyniowych mózgu	89 358	9,56%
G20	Choroba Parkinsona	72 922	7,80%
G82	Porażenie kończyn dolnych i czterokończynowe	66 806	7,14%
I63	Zawał mózgu	32 373	3,46%
M15	Zwyrodnienie wielostawowe	31 372	3,35%
M16	Koksartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego]	24 040	2,57%
S72	Złamanie kości udowej	23 895	2,55%
G80	Mózgowe porażenie dziecięce	22 701	2,43%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Poniższa tabela prezentuje wyniki dotyczące najczęściej sprawozdanych kodów ICD-10 w poszczególnych grupach rozpoznań.

Najczęściej sprawozdawanymi grupami w fizjoterapii ambulatoryjnej są:

- M - Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej,
- G - Choroby układu nerwowego.

W grupie M dominują choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa, następnie zwyrodnienia wielostawowe oraz gonartroza.

Choroby układu nerwowego, które stanowią drugą w kolejności najczęściej sprawozdawana grupą nie podlegają analizom w niniejszym raporcie.

Tabela 62. TOP 5 najczęściej sprawozdanych rozpoznań medycznych wg ICD-10 w fizjoterapii ambulatoryjnej w podziale na dwie główne grupy rozpoznań.

Fizjoterapia ambulatoryjna			
Grupy rozpoznań wg ICD-10		Krotności	% udział
M	Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	91 518 456	73,54%
M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	18 698 759	15,02 %
M15	Zwyrodnienie wielostawowe	11 616 293	9,33%
M17	Gonartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego]	7 578 862	6,09%
M51	Inne choroby krążka międzykręgowego	5 529 878	4,44%
M47.8	Inne zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	4 191 239	3,37%
Razem TOP 5		47 615 031	
G	Choroby układu nerwowego	17 170 504	13,80%
G54	Zaburzenia korzeni i splotów nerwowych	8 537 513	
G56	Mononeuropatie kończyny górnej	923 338	
G54.4	Zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych lędźwiowo-krzyżowych niesklasyfikowane gdzie indziej	837 474	
G81	Porażenie połowicze	658 177	
G55	Ucisk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	581 779	
Razem TOP 5		11 538 281	

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Najczęściej sprawozdawane grupy schorzeń w fizjoterapii domowej to:

- 1) G – choroby układu nerwowego
- 2) I – Choroby układu krążenia

Tabela 63. TOP 5 najczęściej sprawozdanych rozpoznań medycznych wg ICD-10 w fizjoterapii domowej w podziale na dwie główne grupy rozpoznań.

Fizjoterapia domowa			
Grupy rozpoznań wg ICD-10		Krotności	% udział
G	Choroby układu nerwowego	490 630	52,48%
G35	Stwardnienie rozsiane	97 640	19,90%
G81	Porażenie połowicze	89 963	18,34%
G20	Choroba Parkinsona	72 922	14,86%
G80	Mózgowe porażenie dziecięce	22 701	4,63%
G81.1	Spastyczne porażenie połowicze	20 480	4,17%
	Razem TOP 5	370 512	
I	Choroby układu krążenia	185 331	19,82%
I69	Następstwa chorób naczyniowych mózgu	89 358	48,21%
I63	Zawał mózgu	32 373	17,47%
I69.3	Zawał mózgu spowodowany przez zakrzep tętnic mózgowych	16 778	9,05%
I64	Udar mózgu, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy	10 622	5,73%
I63.9	Zawał mózgu, nieokreślony	4 847	2,61%
	Razem TOP 5	153 978	83,08%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

4.3.4. Analiza liczby łóżek w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej (w podmiotach leczniczych zawierających komórki organizacyjne wg VIII resortowy kod identyfikacyjny: 4300, 4302, 7400)

Rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna może być udzielana w trzech podstawowych komórkach organizacyjnych, określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (t. j. Dz.U. 2019 poz. 173). Poniższa tabela przedstawia resortowe kody komórek organizacyjnych podmiotów leczniczych w analizowanym zakresie.

Tabela 64. Specjalność VIII resortowych kodów identyfikacyjnych w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej

VIII resortowy kod identyfikacyjny	Specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego
4300	Oddział rehabilitacyjny
4302	Oddział rehabilitacyjny narządu ruchu
7400	Zakład rehabilitacji leczniczej

Źródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (t.j. Dz.U. 2019 poz. 173).

Należy wskazać, iż w zakładach rehabilitacji leczniczej – kod 7400, realizowane są świadczenia rehabilitacji stacjonarnej: ogólnoustrojowej, neurologicznej, kardiologicznej czy pulmonologicznej oraz świadczenia obejmujące leczenie dorosłych ze śpiączką. Jednak te zakłady nie muszą spełniać warunków wskazanych dla szpitali np. sanitarnych, formalnych – brak aptek itp. Dodatkowo, zgodnie z art. 18 ustawy o świadczeniach pacjent przebywający w zakładzie ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Wielkość opłat również reguluje ustawa o świadczeniach. Liczba MUS zakładów rehabilitacji w Polsce wynosi 14, w związku z powyższym wyłączono je z dalszej analizy.

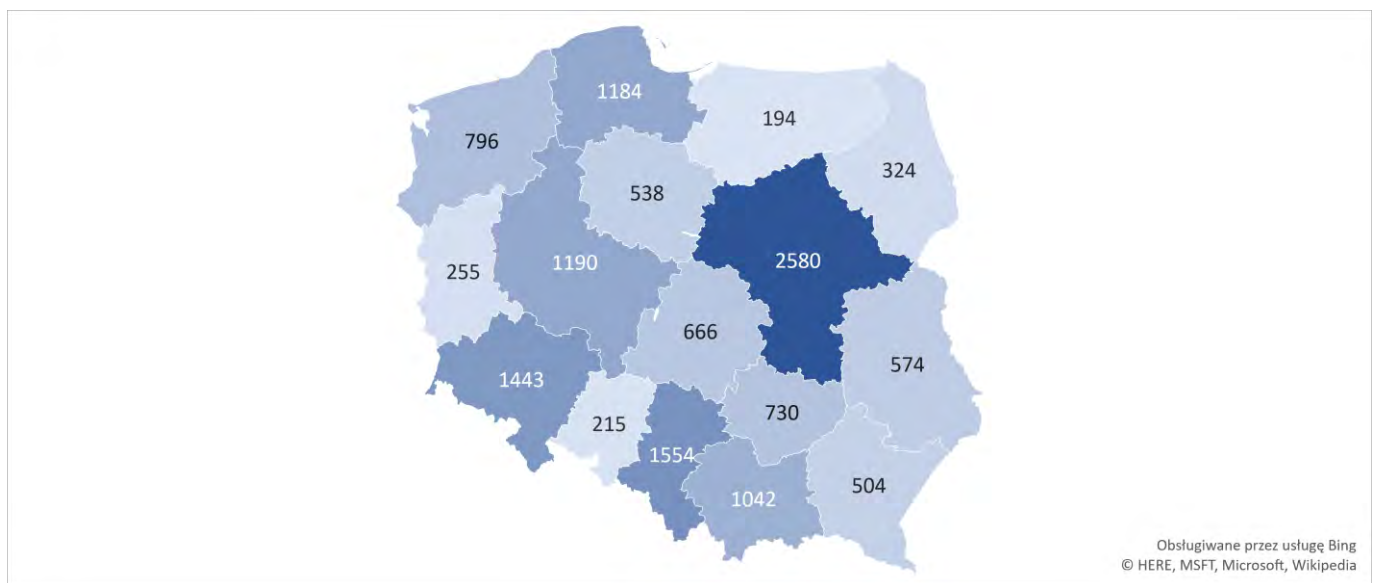
Liczbę łóżek "komercyjnych" oraz w ramach umowy z NFZ przedstawia tabela poniżej. Trzeba mieć na uwadze, iż NFZ nie kontraktuje łóżek. Zaprezentowane dane pochodzą z następujących źródeł: bazy RUM-NFZ oraz Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL).

Tabela 65. Liczba łóżek (komercyjnych oraz w ramach umowy z NFZ) w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej w 2017 r.

Województwo	Liczba łóżek bez umów z NFZ (komercyjne)		Liczba łóżek w ramach umowy z NFZ	
	Oddział rehabilitacyjny narządu ruchu (4302)	Oddział rehabilitacyjny (4300)	Oddział rehabilitacyjny narządu ruchu (4302)	Oddział rehabilitacyjny (4300)
Dolnośląskie	30	265	26	1 122
Kujawsko-Pomorskie	138	-	87	313
Lubelskie	-	10	-	564
Lubuskie	-	2	45	208
Łódzkie	-	20	-	646
Małopolskie	4	81	-	957
Mazowieckie	202	1 102	46	1 230
Opolskie	36	0	79	100
Podkarpackie	50	86	-	368
Podlaskie	-	106	-	218
Pomorskie	108	692	-	384
Śląskie	-	42	290	1 222
Świętokrzyskie	70	100	31	529
Warmińsko-Mazurskie	-	2	-	192
Wielkopolskie	-	96	100	994
Zachodniopomorskie	0	292	11	493
razem	638	2 896	715	9 540

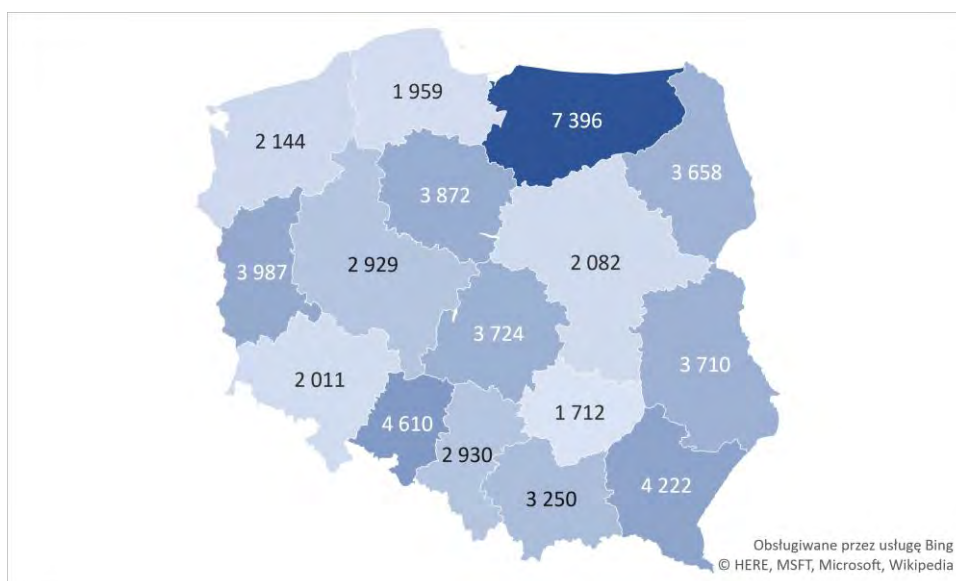
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Rysunek 8. Liczba łóżek (łącznie łóżka kontraktowe i pozakontraktowe) w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej w 2017 r.



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

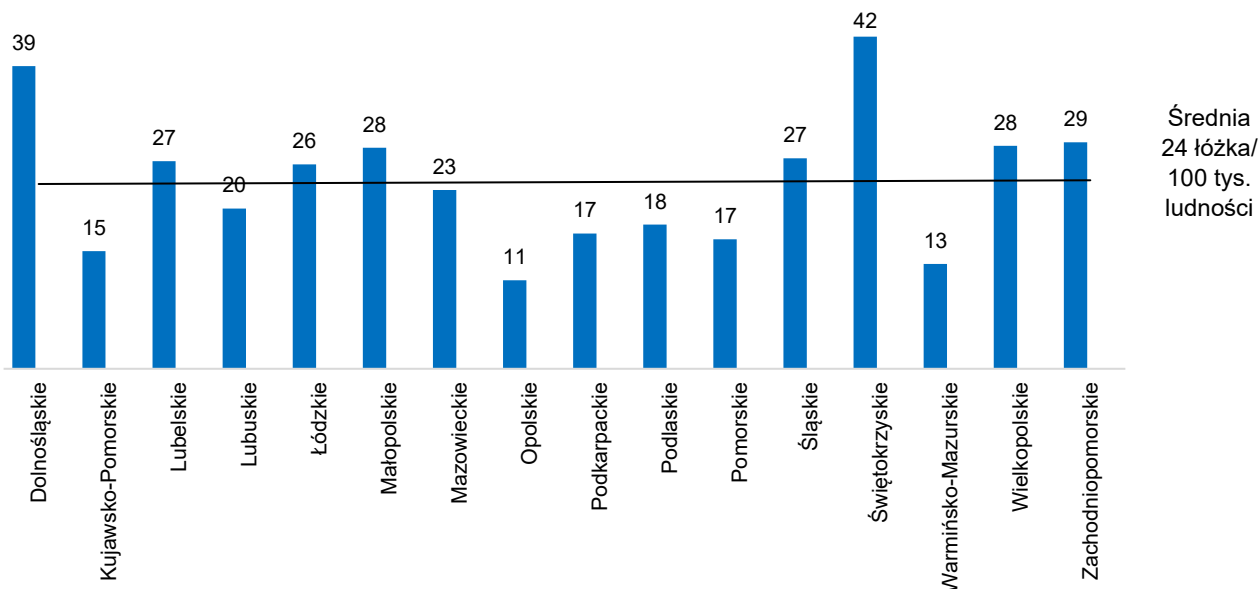
Rysunek 9. Liczba mieszkańców na jedno łóżko (łącznie łóżka kontraktowe i pozakontraktowe) w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej w 2017 r.



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

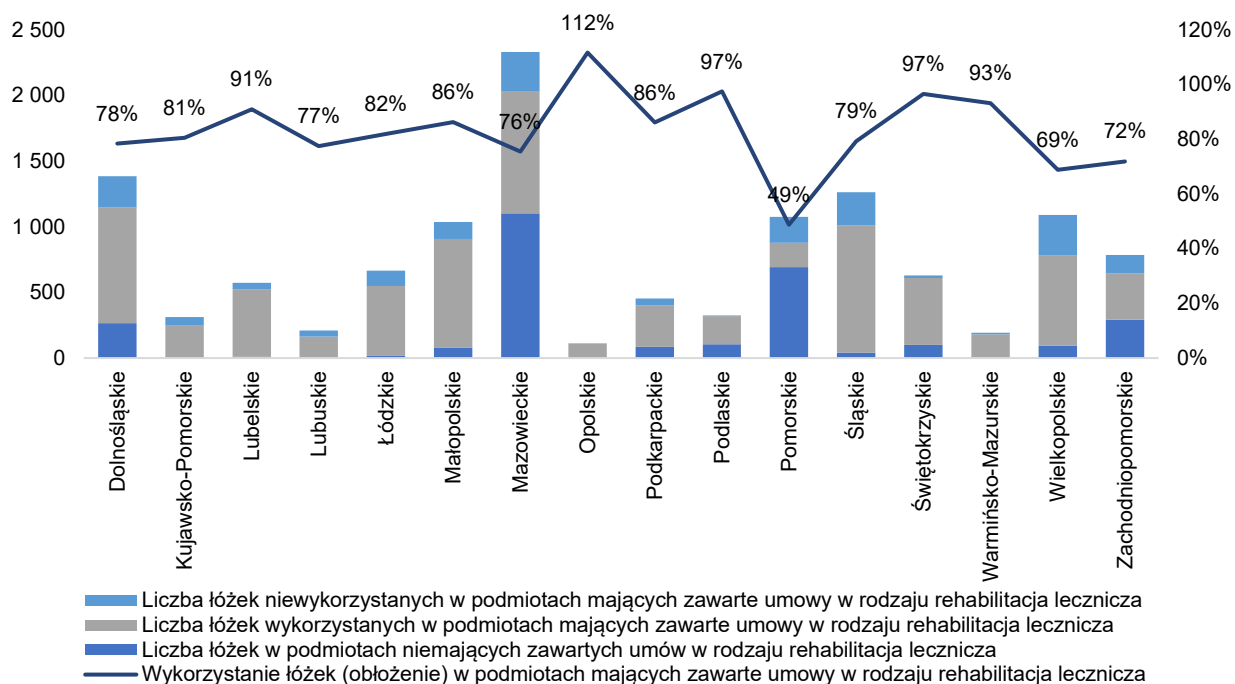
Największa liczba łóżek, blisko 12,5 tys., była w oddziałach rehabilitacyjnych (kod 4300). Łącznie w oddziałach 4300, 4302 liczba łóżek wyniosła 13,8 tys. Łóżka te stanowią ok. 47% ogólnej liczby łóżek.

Wykres 11. Oddział rehabilitacyjny (4300) – liczba łóżek w podmiotach mających zawarte umowy w rodzaju rehabilitacja lecznicza (łącznie łóżka kontraktowe i pozakontraktowe) w przeliczeniu na 100 tys. ludności w 2017 r.



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ oraz RPWDL.

Wykres 12. Oddział rehabilitacyjny (4300) – liczba łóżek ogółem i stopień wykorzystanie w poszczególnych województwach w 2017 r.



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ oraz RPWDL |* zakres rehabilitacji leczniczej w oparciu o kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej (4300, 4301, 4302, 4303, 4304, 4306, 4307, 4308, 4310, 4311, 7400, 7401).

4.4. Analiza świadczeń udzielonych w ramach leczenia szpitalnego wśród pacjentów, którzy otrzymali świadczenia z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej

4.4.1. Analiza produktów rozliczeniowych JGP w ramach leczenia szpitalnego wśród pacjentów, którzy otrzymali świadczenia z zakresu rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym

Analiza obejmuje pacjentów, którzy w 2017 r. byli leczeni w ramach leczenia szpitalnego, a następnie mieli udzielone świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza z zakresu rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym. Ilekroć w analizie jest mowa o liczbie pacjentów, należy przez to rozumieć liczbę wystąpień numerów identyfikujących pacjenta.

W 2017 r. najwięcej pacjentów, którzy mieli udzielone świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej było rozliczonych JGP z sekcji H: choroby układu mięśniowo–szkieletowego. W przypadku rehabilitacji stacjonarnej udział pacjentów wyniósł 54,6%, zaś w przypadku udzielania świadczeń w ośrodku/oddziale dziennym udział wyniósł 32,8%. JGP sekcji A: choroby układu nerwowego został rozliczony w przypadku ok. 15% pacjentów w obydwu zakresach rehabilitacji ogólnoustrojowej. Powyższe dane prezentuje tabela 66.

Tabela 66. Liczba pacjentów, którzy po zakończeniu hospitalizacji w 2017r. mieli udzielone świadczenia z zakresu: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/ oddziale dziennym, w podziale na sekcje JGP w ramach leczenia szpitalnego.

Sekcja JGP	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych		Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/ oddziale dziennym	
	Liczba pacjentów	Udział pacjentów	Liczba pacjentów	Udział pacjentów
H: Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	33 088	54,6%	15 074	32,9%
A: Choroby układu nerwowego	8 697	14,3%	6 998	15,3%
E: Choroby serca	3 904	6,4%	3 407	7,4%
F: Choroby przewodu pokarmowego	2 793	4,6%	4 097	8,9%
B: Choroby oczu	2 483	4,1%	2 717	5,9%
D: Choroby układu oddechowego	1 473	2,4%	1 366	3,0%
L: Choroby nerek i dróg moczowych	1 289	2,1%	1 413	3,1%
M: Choroby narządów rodnych	1 204	2,0%	3 025	6,6%
Q: Choroby naczyń	1 043	1,7%	1 040	2,3%
T: Obrażenia, urazy	921	1,5%	603	1,3%
Pozostałe	3 742	6,2%	6 045	13,2%
Ogółem	60 637	100%	45 785	100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Na potrzeby raportu dokonano analizy liczby pacjentów, którzy mieli udzielone świadczenia z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, rozliczonych JGP z sekcji: H choroby układu mięśniowo-szkieletowego, A choroby układu nerwowego oraz T obrażenia, urazy. Wśród pacjentów, którzy otrzymali świadczenia z zakresu: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych i zostali rozliczeni JGP z sekcji H najwięcej rozliczeń obejmowało JGP H15 endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana. W przypadku JGP A najwięcej pacjentów zostało rozliczonych JGP - A87a inne choroby układu nerwowego > 17 r.ż. W sekcji T obejmującej obrażenia, urazy największy udział wśród produktów stanowił JGP T07 leczenie zachowawcze urazów, co jest zgodne z tabelą poniżej.

Tabela 67. Liczba pacjentów, którzy po zakończeniu hospitalizacji w 2017r. mieli udzielone świadczenia z zakresu rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych i byli rozliczeni JGP z sekcji H, A i T.

Sekcja JGP	Nazwa produktu rozliczeniowego	Liczba pacjentów	Udział liczby pacjentów
H: Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	H15 endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana	5 160	15,6%
	H14 endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra z rekonstrukcją kostną, endoprotezoplastyka stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia przynasadowego, kapoplastyka stawu biodrowego	4 232	12,8%
	H13 endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra	2 697	8,2%
	H06 endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra lub kolana z rekonstrukcją kostną, endoprotezoplastyka stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia przynasadowego, kapoplastyka stawu biodrowego	2 695	8,1%
	H05 endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana, bezcementowa biodra	2 197	6,6%
	H62 złamania lub zwichnięcia w obrębie miednicy lub kończyny dolnej	1 656	5,0%
	H52 zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów	1 640	5,0%
	H87d choroby zapalne stawów i tkanki łącznej > 3 dni	1 485	4,5%
	H89d choroby niezapalne kości i stawów > 3 dni	1 265	3,8%
	H22 artroskopia lecznicza	1 176	3,6%
	Pozostałe	8 885	26,9%
	Ogółem		33 088
A:	A87a inne choroby układu nerwowego > 17 r.ż.	2 105	24,2%
	A22 duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym	1 414	16,3%
	A31 choroby nerwów obwodowych	691	7,9%

Sekcja JGP	Nazwa produktu rozliczeniowego	Liczba pacjentów	Udział liczby pacjentów
Choroby układu nerwowego	A48 kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym	662	7,6%
	A45 choroby naczyń mózgowych - leczenie zachowawcze	561	6,5%
	A36 choroby demielinizacyjne	446	5,1%
	A47 przem. jające niedokrwienie mózgu - rozszerzona diagnostyka	395	4,5%
	A49 udar mózgu - leczenie > 3 dni	243	2,8%
	A23 średnie zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym	231	2,7%
	A27 inne zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym	217	2,5%
	Pozostałe	1 732	19,9%
	Ogółem	8 697	100%
T: Obrażenia, urazy	T07 leczenie zachowawcze urazów	886	96,2%
	T06 inne zabiegi w obrażeniach mnogich	15	1,6%
	T04 zaopatrzenie miednicy i uda w obrażeniach mnogich	10	1,1%
	T09 leczenie zachowawcze obrażeń mnogich	4	0,4%
	T05 inne zabiegi w obrażeniach mnogich z pw.	3	0,3%
	T03 zaopatrzenie miednicy i uda w obrażeniach mnogich z pw.	2	0,2%
	T02 kraniotomia w określonych obrażeniach mnogich	1	0,1%
	Ogółem	921	100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Na potrzeby raportu dokonano analizy liczby pacjentów, którzy mieli udzielone świadczenia z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym oraz rozliczonych JGP z sekcji: H Choroby układu mięśniowo-szkieletowego, A Choroby układu nerwowego oraz T Obrażenia, urazy. Wśród pacjentów, którzy otrzymali świadczenia z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym i zostali rozliczeni JGP z sekcji H najwięcej rozliczeń obejmowało JGP H22 artroskopia lecznicza. W przypadku JGP A najwięcej pacjentów zostało rozliczonych JGP A87a Inne choroby układu nerwowego > 17 r.ż. W sekcji T obejmującej obrażenia, urazy największy udział wśród produktów stanowił JGP T07 Leczenie zachowawcze urazów. Przedmiotowe dane prezentuje tabela poniżej.

Tabela 68. Liczba pacjentów, którzy po zakończeniu hospitalizacji w 2017r. mieli udzielone świadczenia z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym i byli rozliczeni JGP z sekcji H, A i T.

Sekcja JGP	Nazwa produktu rozliczeniowego	Liczba pacjentów	Udział liczby pacjentów
H: Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	H22 artroskopia lecznicza	1 389	9,2%
	H83 średnie zabiegi na tkankach miękkich	1 280	8,5%
	H63 złamania lub zwichnięcia w obrębie kończyny górnej	960	6,4%
	H21 artroskopowa rekonstrukcja z użyciem implantów mocujących	957	6,3%
	H52 zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów	902	6,0%
	H87d choroby zapalne stawów i tkanki łącznej > 3 dni	866	5,7%
	H33 średnie zabiegi na kończynie dolnej	716	4,7%
	H62 złamania lub zwichnięcia w obrębie miednicy lub kończyny dolnej	638	4,2%
	H06 endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra lub kolana z rekonstrukcją kostną, endoprotezoplastyka stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia przynasadowego, kapoplastyka stawu biodrowego	607	4,0%
	H42 duże zabiegi na kończynie górnej	558	3,7%
	Pozostałe	6 201	41,1%
	Ogółem	15 074	100%
A: Choroby układu nerwowego	A87a inne choroby układu nerwowego > 17 r.ż.	1468	21,0%
	A22 duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym	931	13,3%
	A48 kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym	780	11,1%
	A31 choroby nerwów obwodowych	534	7,6%

Sekcja JGP	Nazwa produktu rozliczeniowego	Liczba pacjentów	Udział liczby pacjentów
	A36 choroby demielinizacyjne	437	6,2%
	A47 przemijające niedokrwienie mózgu - rozszerzona diagnostyka	363	5,2%
	A45 choroby naczyń mózgowych - leczenie zachowawcze	317	4,5%
	A25 zabiegi na nerwach obwodowych	267	3,8%
	A51 udar mózgu - leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym	207	3,0%
	A49 udar mózgu - leczenie > 3 dni	189	2,7%
	Pozostałe	1 505	21,5%
	Ogółem	6 998	100%
T: Obrażenia, urazy	T07 leczenie zachowawcze urazów	582	96,5%
	T06 inne zabiegi w obrażeniach mnogich	12	2,0%
	T04 zaopatrzenie miednicy i uda w obrażeniach mnogich	4	0,7%
	T09 leczenie zachowawcze obrażeń mnogich	2	0,3%
	T05 inne zabiegi w obrażeniach mnogich z pw.	2	0,3%
	T02 kraniotomia w określonych obrażeniach mnogich	1	0,2%
	Ogółem	921	100%

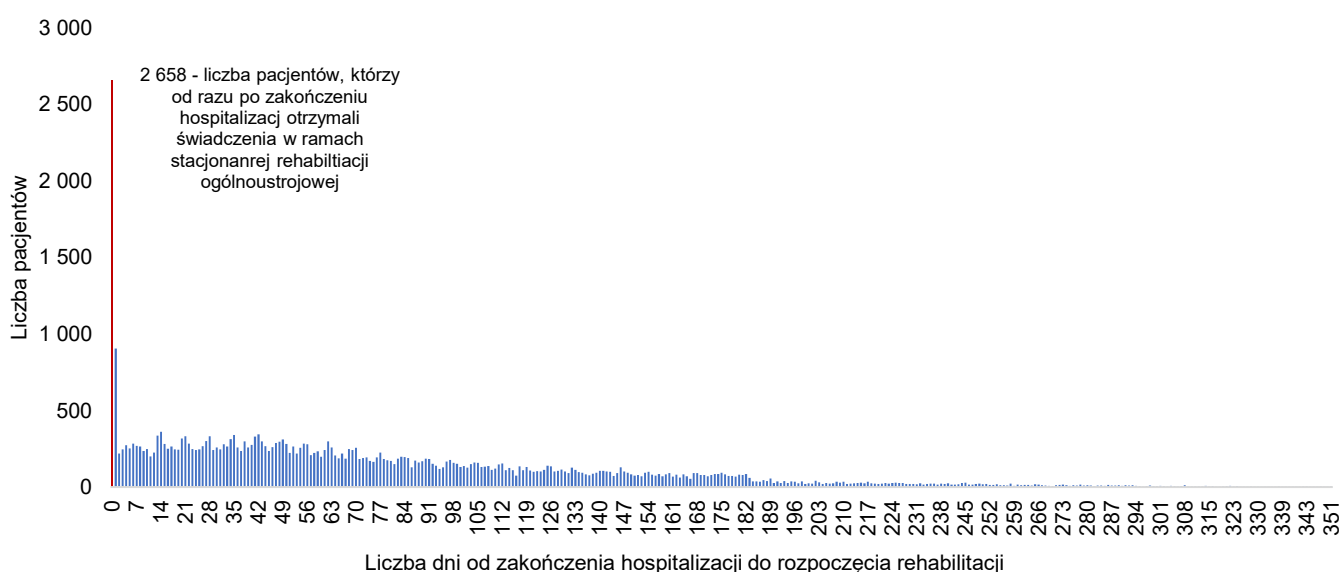
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

4.4.2. Analiza średniego czasu do zakończenia hospitalizacji w ramach leczenia szpitalnego do rozpoczęcia rehabilitacji ogólnoustrojowej

Na wykresie poniżej przedstawiono rozkład liczby pacjentów ze względu na liczbę dni pomiędzy zakończeniem hospitalizacji, a rozpoczęciem stacjonarnej rehabilitacji ogólnoustrojowej. Analiza obejmuje pacjentów, którzy w 2017 r. mieli zakończone leczenie szpitalne.

Największa liczba pacjentów rozpoczęła rehabilitację od razu po zakończeniu hospitalizacji oraz w 1 dniu od zakończenia hospitalizacji. Liczba pacjentów, którzy rozpoczęli stacjonarną rehabilitację ogólnoustrojową bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji wyniosła 2 658 osób, a 905 pacjentów rozpoczęło rehabilitację 1 dnia od zakończenia hospitalizacji.

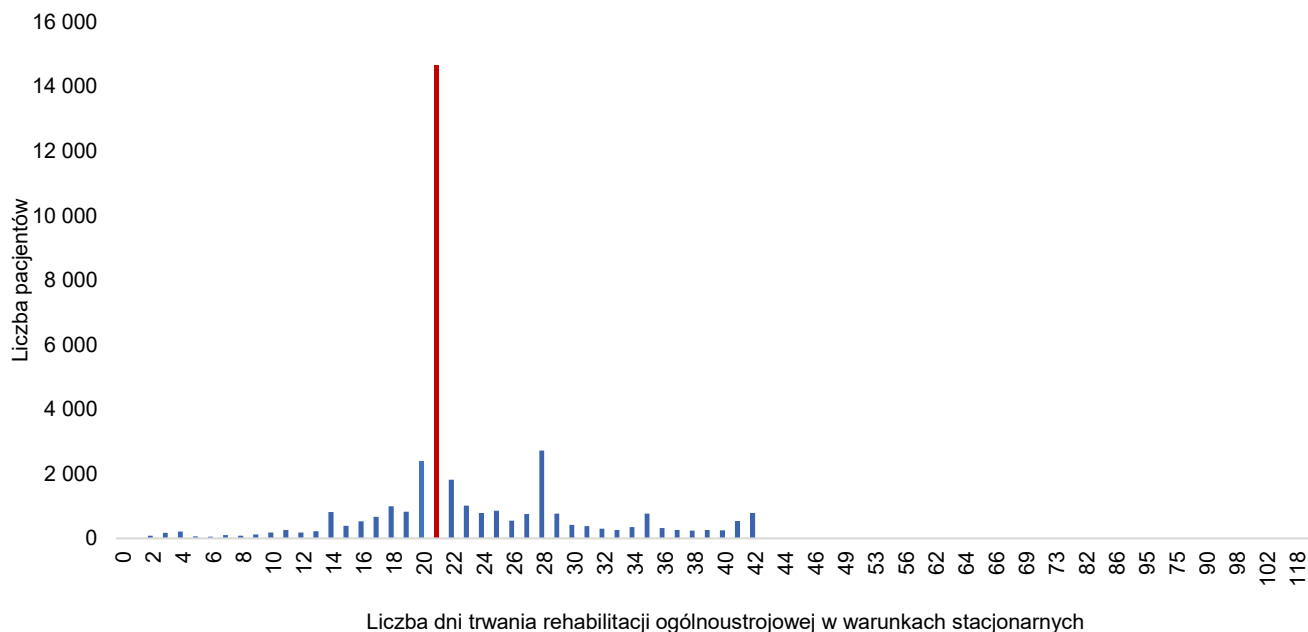
Wykres 13. Rozkład liczebności pacjentów ze względu na liczbę dni od zakończenia hospitalizacji do rozpoczęcia rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych w 2017r.



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Na wykresie poniżej przedstawiono rozkład liczby pacjentów ze względu na liczbę dni trwania stacjonarnej rehabilitacji ogólnoustrojowej. Najliczniejszą grupą pacjentów, której liczba wyniosła 14 664 osób byli pacjenci, dla których ww. rehabilitacja wyniosła 21 dni. Drugą najliczniejszą grupę stanowili pacjenci, których rehabilitacja trwała średnio 28 dni.

Wykres 14. Rozkład liczebności pacjentów ze względu na liczbę dni trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, którzy w 2017 r. zakończyli hospitalizację

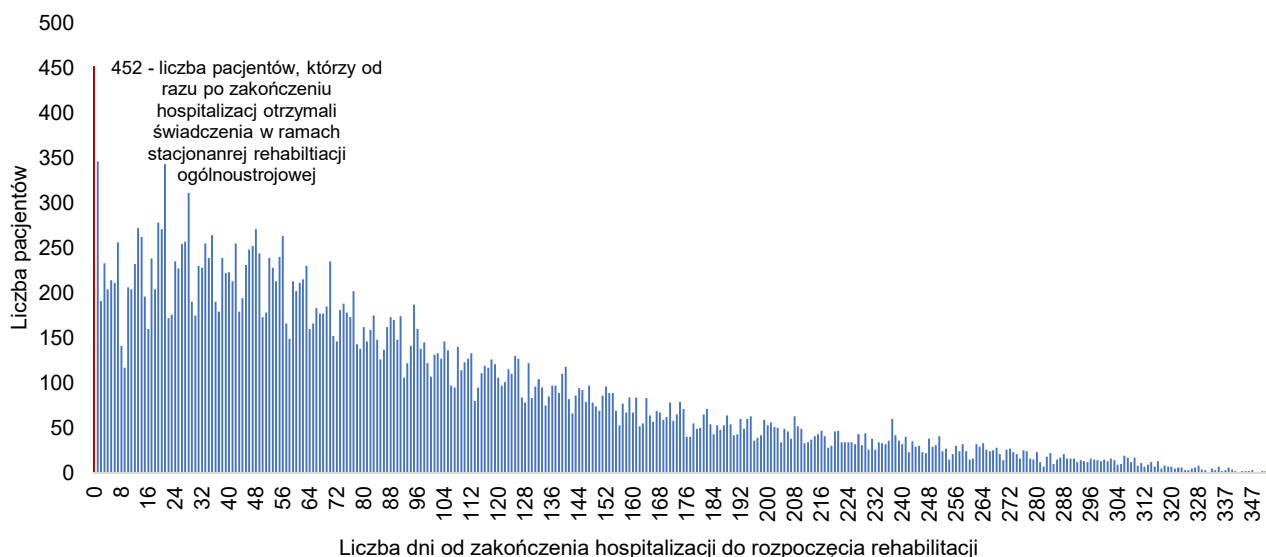


Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Wykres poniżej przedstawia rozkład liczby pacjentów ze względu na liczbę dni pomiędzy zakończeniem hospitalizacji, a rozpoczęciem rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym. Analiza obejmuje pacjentów, którzy w 2017r. mieli zakończone leczenie szpitalne.

Największa liczba pacjentów rozpoczęła rehabilitację od razu po zakończeniu hospitalizacji oraz w 1 dniu od zakończenia hospitalizacji. Liczba pacjentów, którzy rozpoczęli rehabilitację ogólnoustrojową w ośrodku/oddziale dziennym bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji wyniosła 452 osoby, a 346 pacjentów rozpoczęło rehabilitację 1 dnia od zakończenia hospitalizacji.

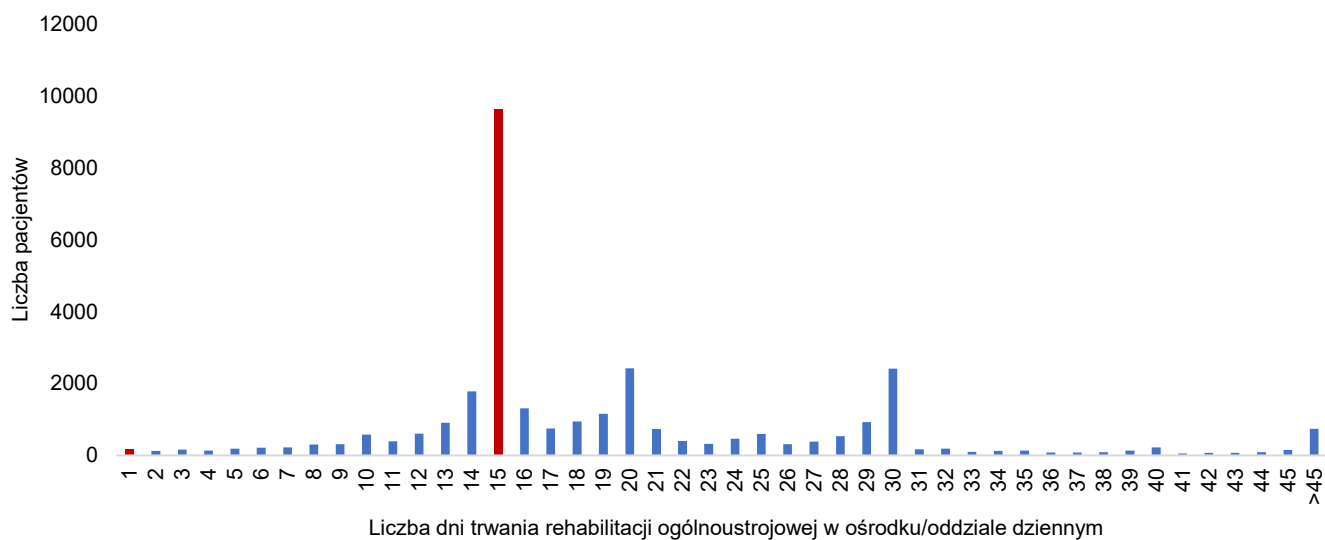
Wykres 15. Rozkład liczebności pacjentów ze względu na liczbę dni od zakończenia hospitalizacji w 2017r. do rozpoczęcia rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Na wykresie poniżej przedstawiono rozkład liczby pacjentów ze względu na liczbę dni trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym. Najliczniejszą grupą pacjentów, której liczba wyniosła 9 636 osób byli pacjenci, których rehabilitacja trwała 15 dni. Drugą najliczniejszą grupę, w liczbie 2 425 osób stanowili pacjenci, których rehabilitacja trwała 20 dni.

Wykres 16. Rozkład liczebności pacjentów ze względu na liczbę dni trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym, którzy w 2017 r. zakończyli hospitalizację



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

4.5. Analiza kategorii rozpoznań ICD-10 wśród pacjentów, którzy otrzymali świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne oraz rehabilitacja lecznicza z zakresu rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych

Analiza obejmuje charakterystykę pacjentów, którzy w 2017r. mieli zakończone leczenie szpitalne, a następnie mieli udzielone świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne oraz rehabilitacja lecznicza z zakresu rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych.

W 2017 r. największy procentowy udział liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń w rozdziale M rozpoznań ICD-10 w liczbie pacjentów ogółem w rodzaju leczenie szpitalne odnotowano dla kategorii M16 – Koksartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego] z udziałem 29,9%, rozpoznania sprawozdane jako pozostałe posiadały udział 12,9%. W rodzaju rehabilitacja lecznicza największy procentowy udział w liczbie pacjentów odnotowano dla kategorii M17 – Gonartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego] 29,2%, a rozpoznania sprawozdane jako pozostałe posiadały udział 7,3%. Na tabeli poniżej dane te zostały zaprezentowane.

Tabela 69. Procentowy udział pacjentów, którym udzielono świadczeń w rozdziale M rozpoznań ICD-10 w liczbie pacjentów ogółem, którzy po zakończeniu hospitalizacji w 2017 r. mieli udzielone świadczenie w rodzaju leczenie szpitalne oraz rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych.

Leczenie szpitalne			Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych		
Kod kategorii ICD-10	Nazwa kategorii ICD-10	Udział w liczbie pacjentów	Kod kategorii ICD-10	Nazwa kategorii ICD-10	Udział w liczbie pacjentów
M05	Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów	2,60%	M05	Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów	2,40%
M15	Zwyrodnienie wielostawowe	2,40%	M15	Zwyrodnienie wielostawowe	8,50%
M16	Koksartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego]	29,90%	M16	Koksartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego]	19,60%
M17	Gonartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego]	27,50%	M17	Gonartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego]	18,50%
M23	Wewnętrzne uszkodzenie stawu kolanowego	2,50%	x		x
M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	2,60%	M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	21,10%
M48	Inne choroby kręgosłupa	2,90%	M48	Inne choroby kręgosłupa	1,30%
M50	Choroby krążków międzykręgowych szyjnych	2,70%	M50	Choroby krążków międzykręgowych szyjnych	2,90%
M51	Inne choroby krążka międzykręgowego	10,70%	M51	Inne choroby krążka międzykręgowego	12,70%
M54	Bóle grzbietu	3,30%	M54	Bóle grzbietu	4,30%
x		x	M75	Uszkodzenia barku	1,40%
Pozostałe		12,90%	Pozostałe		7,30%
Ogółem		100%	Ogółem		100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Zgodnie z tabela poniżej, w 2017 r. największy procentowy udział liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń w rozdziale S rozpoznań ICD-10 w liczbie pacjentów ogółem w rodzaju leczenie szpitalne odnotowano dla kategorii S72 – złamanie kości udowej z udziałem 25,1%, rozpoznania sprawozdane jako pozostałe posiadały udział 32,6%. W rodzaju rehabilitacja lecznicza największy procentowy udział w liczbie pacjentów odnotowano dla kategorii S72 – złamanie kości udowej 46,8%, a rozpoznania sprawozdane jako pozostałe posiadały udział 6,7%.

Tabela 70. Procentowy udział pacjentów, którym udzielono świadczeń w rozdziale S rozpoznaw ICD-10 w liczbie pacjentów ogółem, którzy po zakończeniu hospitalizacji w 2017 r. mieli udzielone świadczenie w rodzaju leczenie szpitalne oraz rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych.

Leczenie szpitalne			Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych		
Kod kategorii ICD-10	Nazwa kategorii ICD-10	Udział w liczbie pacjentów	Kod kategorii ICD-10	Nazwa kategorii ICD-10	Udział w liczbie pacjentów
S00	Powierzchnowy uraz głowy	3,50%	S22	Złamanie żebra (żeber), mostka i odcinka piersiowego kręgosłupa	2,90%
S01	Otwarta rana głowy	2,80%	x		x
S20	Powierzchnowy uraz klatki piersiowej	2,70%	x		x
S32	Złamanie odcinka lędźwiowego kręgosłupa i miednicy	5,70%	S32	Złamanie odcinka lędźwiowego kręgosłupa i miednicy	10,00%
S42	Złamanie barku i ramienia	5,10%	S42	Złamanie barku i ramienia	6,80%
x		x	S43	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł obręczy barkowej	1,70%
S52	Złamanie przedramienia	5,10%	S52	Złamanie przedramienia	3,70%
S72	Złamanie kości udowej	25,10%	S72	Złamanie kości udowej	46,80%
S82	Złamanie podudzia, łącznie ze stawem skokowym	10,40%	S82	Złamanie podudzia, łącznie ze stawem skokowym	14,50%
S83	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł kolana	3,90%	S83	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł kolana	4,00%
x		x	S86	Uraz mięśnia i ścięgna na poziomie podudzia	1,50%
x		x	S92	Złamanie stopy z wyjątkiem stawu skokowego	1,40%
S93	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł na poziomie stawu skokowego i stopy	3,10%	x		x
Pozostałe		32,60%	Pozostałe		6,70%
Ogółem		100%	Ogółem		100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Zgodnie z tabelą poniżej, w 2017 r. największy procentowy udział liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń w rozdziale T rozpoznaw ICD-10 w liczbie pacjentów ogółem w rodzaju leczenie szpitalne odnotowano dla kategorii T84 – powikłania wewnętrznych protez, implantów i przeszczepów ortopedycznych z udziałem 25,1%, rozpoznania sprawozdane jako pozostałe posiadały udział 12,2%. W rodzaju rehabilitacja lecznicza największy procentowy udział w liczbie pacjentów odnotowano dla kategorii T93 – następstwa urazów kończyny dolnej 56,7%, a rozpoznania sprawozdane jako pozostałe posiadały udział 1,5%.

Tabela 71. Procentowy udział pacjentów, którym udzielono świadczeń w rozdziale T rozpoznaw ICD-10 w liczbie pacjentów ogółem, którzy po zakończeniu hospitalizacji w 2017 r. mieli udzielone świadczenie w rodzaju leczenie szpitalne oraz rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych.

Leczenie szpitalne			Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych		
Kod kategorii ICD-10	Nazwa kategorii ICD-10	Udział w liczbie pacjentów	Kod kategorii ICD-10	Nazwa kategorii ICD-10	Udział w liczbie pacjentów
T00	Powierzchnowe urazy obejmujące liczne okolice ciała	4,00%	x		x
T02	Złamania obejmujące liczne okolice ciała	1,60%	T02	Złamania obejmujące liczne okolice ciała	2,40%
T06	Inne urazy obejmujące liczne okolice ciała, niesklasyfikowane gdzie indziej	1,80%	T06	Inne urazy obejmujące liczne okolice ciała, niesklasyfikowane gdzie indziej	0,40%
T15	Ciało obce w zewnętrznej części oka	3,30%	x		x
T29	Oparzenia termiczne i chemiczne licznych okolic ciała	1,80%	T29	Oparzenia termiczne i chemiczne licznych okolic ciała	0,80%

Leczenie szpitalne			Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych		
Kod kategorii ICD-10	Nazwa kategorii ICD-10	Udział w liczbie pacjentów	Kod kategorii ICD-10	Nazwa kategorii ICD-10	Udział w liczbie pacjentów
T78	Niekorzystne skutki niesklasyfikowane gdzie indziej	1,60%	x		x
T81	Powikłania zabiegów, niesklasyfikowane gdzie indziej	1,50%	x		x
T84	Powikłania wewnętrznych protez, implantów i przeszczepów ortopedycznych	38,10%	T84	Powikłania wewnętrznych protez, implantów i przeszczepów ortopedycznych	8,60%
x		x	T90	Następstwa urazów głowy	2,20%
x		x	T91	Następstwa urazów szyi i tułowia	10,10%
T92	Następstwa urazów kończyny górnej	8,80%	T92	Następstwa urazów kończyny górnej	14,60%
T93	Następstwa urazów kończyny dolnej	25,20%	T93	Następstwa urazów kończyny dolnej	56,70%
x		x	T94	Następstwa urazów obejmujących liczne okolice ciała i nieokreślone okolice ciała	2,40%
x		x	T98	Następstwa innych i nieokreślonych skutków działania czynników zewnętrznych	0,40%
Pozostałe		12,20%	Pozostałe		1,50%
Ogółem		100%	Ogółem		100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

4.6. Analiza kategorii rozpoznań ICD-10 wśród pacjentów, którzy otrzymali świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne oraz rehabilitacja lecznicza z zakresu rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym

Analiza obejmuje charakterystykę pacjentów, którzy w 2017r. mieli zakończone leczenie szpitalne, a następnie mieli udzielone świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne oraz rehabilitacja lecznicza z zakresu rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym.

Z tabeli poniżej wynika, iż w 2017 r. największy procentowy udział liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń w rozdziale M rozpoznań ICD-10 w liczbie pacjentów ogółem w rodzaju leczenie szpitalne odnotowano dla kategorii M51 – inne choroby krążka międzykręgowego z udziałem 15,9%, rozpoznania sprawozdane jako pozostałe posiadały udział 26,1%. W rodzaju rehabilitacja lecznicza największy procentowy udział w liczbie pacjentów odnotowano dla kategorii M47 – zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa 29,2%, a rozpoznania sprawozdane jako pozostałe posiadały udział 8,1%.

Tabela 72. Procentowy udział pacjentów, którym udzielono świadczeń w rozdziale M rozpoznań ICD-10 w liczbie pacjentów ogółem, którzy po zakończeniu hospitalizacji w 2017 r. mieli udzielone świadczenie w rodzaju leczenie szpitalne oraz rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym.

Leczenie szpitalne			Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym		
Kod kategorii ICD-10	Nazwa kategorii ICD-10	Udział w liczbie pacjentów	Kod kategorii ICD-10	Nazwa kategorii ICD-10	Udział w liczbie pacjentów
M05	Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów	3,00%	M05	Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów	2,20%
x		x	M15	Zwyrodnienie wielostawowe	17,50%
M16	Koksartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego]	9,70%	M16	Koksartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego]	4,50%
M17	Gonartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego]	12,20%	M17	Gonartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego]	6,10%

Leczenie szpitalne			Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym		
Kod kategorii ICD-10	Nazwa kategorii ICD-10	Udział w liczbie pacjentów	Kod kategorii ICD-10	Nazwa kategorii ICD-10	Udział w liczbie pacjentów
M20	Nabyte deformacje palców rąk i stóp	3,10%	x		x
M23	Wewnętrzne uszkodzenie stawu kolanowego	9,90%	M23	Wewnętrzne uszkodzenie stawu kolanowego	2,80%
M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	4,80%	M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	29,20%
M50	Choroby krążków międzykręgowych szyjnych	5,30%	M50	Choroby krążków międzykręgowych szyjnych	4,80%
M51	Inne choroby krążka międzykręgowego	15,90%	M51	Inne choroby krążka międzykręgowego	16,00%
M54	Bóle grzbietu	7,00%	M54	Bóle grzbietu	6,00%
M70	Choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przemęczeniem i przeciążeniem	3,30%	x		x
x		x	M75	Uszkodzenia barku	2,80%
Pozostałe		26,10%	Pozostałe		8,10%
Ogółem		100%	Ogółem		100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Wg tabeli poniżej, w 2017 r. największy procentowy udział liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń w rozdziale S rozpoznań ICD-10 w liczbie pacjentów ogółem w rodzaju leczenie szpitalne odnotowano dla kategorii S52 – złamanie przedramienia z udziałem 15,9%, rozpoznania sprawozdane jako pozostałe posiadały udział 43,8%. W rodzaju rehabilitacja lecznicza największy procentowy udział w liczbie pacjentów odnotowano dla kategorii S52 – złamanie przedramienia z udziałem 16,6%, a rozpoznania sprawozdane jako pozostałe posiadały udział 19,7%.

Tabela 73. Procentowy udział pacjentów, którym udzielono świadczeń w rozdziale S rozpoznań ICD-10 w liczbie pacjentów ogółem, którzy po zakończeniu hospitalizacji w 2017 r. mieli udzielone świadczenie w rodzaju leczenie szpitalne oraz rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym.

Leczenie szpitalne			Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym		
Kod kategorii ICD-10	Nazwa kategorii ICD-10	Udział w liczbie pacjentów	Kod kategorii ICD-10	Nazwa kategorii ICD-10	Udział w liczbie pacjentów
S00	Powierzchny uraz głowy	4,90%	x		x
x		x	S32	Złamanie odcinka lędźwiowego kręgosłupa i miednicy	4,40%
S42	Złamanie barku i ramienia	6,00%	S42	Złamanie barku i ramienia	12,70%
x		x	S43	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł obręczy barkowej	4,40%
S52	Złamanie przedramienia	10,20%	S52	Złamanie przedramienia	16,60%
S60	Powierzchny uraz nadgarstka i ręki	3,10%	x		x
S61	Otwarta rana nadgarstka i ręki	4,30%	x		x
x		x	S72	Złamanie kości udowej	4,40%
S82	Złamanie podudzia, łącznie ze stawem skokowym	7,50%	S82	Złamanie podudzia, łącznie ze stawem skokowym	15,40%
S83	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł kolana	7,40%	S83	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł kolana	12,10%
x		x	S86	Uraz mięśnia i ścięgna na poziomie podudzia	3,30%
S90	Powierzchny uraz stawu skokowego i stopy	3,00%	x		x
S92	Złamanie stopy z wyjątkiem stawu skokowego	3,10%	S92	Złamanie stopy z wyjątkiem stawu skokowego	3,20%

Leczenie szpitalne			Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym		
Kod kategorii ICD-10	Nazwa kategorii ICD-10	Udział w liczbie pacjentów	Kod kategorii ICD-10	Nazwa kategorii ICD-10	Udział w liczbie pacjentów
S93	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł na poziomie stawu skokowego i stopy	6,60%	S93	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł na poziomie stawu skokowego i stopy	3,70%
Pozostałe		43,80%	Pozostałe		19,70%
Ogółem		100%	Ogółem		100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

W 2017 r. największy procentowy udział liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń w rozdziale T rozpoznań ICD-10 w liczbie pacjentów ogółem w rodzaju leczenie szpitalne odnotowano dla kategorii T93 – następstwa urazów kończyny dolnej z udziałem 15,9%, rozpoznania sprawozdane jako pozostałe posiadały udział 12,9%. W rodzaju rehabilitacja lecznicza największy procentowy udział w liczbie pacjentów odnotowano dla kategorii T92 – następstwa urazów kończyny górnej z udziałem 47,3%, a rozpoznania sprawozdane jako pozostałe posiadały udział 7,3%. Dane te prezentuje tabela poniżej.

Tabela 74. Procentowy udział pacjentów, którym udzielono świadczeń w rozdziale T rozpoznań ICD-10 w liczbie pacjentów ogółem, którzy po zakończeniu hospitalizacji w 2017 r. mieli udzielone świadczenie w rodzaju leczenie szpitalne oraz rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym.

Leczenie szpitalne			Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym		
Kod kategorii ICD-10	Nazwa kategorii ICD-10	Udział w liczbie pacjentów	Kod kategorii ICD-10	Nazwa kategorii ICD-10	Udział w liczbie pacjentów
T00	Powierzchnowe urazy obejmujące liczne okolice ciała	8,70%	T00	Powierzchnowe urazy obejmujące liczne okolice ciała	0,20%
x		x	T02	Złamania obejmujące liczne okolice ciała	1,10%
x		x	T03	Zwichnięcia, skręcenia i naderwania obejmujące liczne okolice ciała	0,30%
T06	Inne urazy obejmujące liczne okolice ciała, niesklasyfikowane gdzie indziej	1,60%	T06	Inne urazy obejmujące liczne okolice ciała, niesklasyfikowane gdzie indziej	0,30%
T15	Ciało obce w zewnętrznej części oka	11,30%	x		x
T17	Ciało obce w drogach oddechowych	1,70%	x		x
T18	Ciało obce w przewodzie pokarmowym	1,40%	x		x
T23	Oparzenie termiczne i chemiczne nadgarstka i ręki	1,60%	x		x
T78	Niekorzystne skutki niesklasyfikowane gdzie indziej	3,90%	x		x
T84	Powikłania wewnętrznych protez, implantów i przeszczepów ortopedycznych	9,10%	T84	Powikłania wewnętrznych protez, implantów i przeszczepów ortopedycznych	0,90%
x		x	T90	Następstwa urazów głowy	1,10%
x		x	T91	Następstwa urazów szyi i tułowia	7,60%
T92	Następstwa urazów kończyny górnej	21,30%	T92	Następstwa urazów kończyny górnej	47,30%
T93	Następstwa urazów kończyny dolnej	23,30%	T93	Następstwa urazów kończyny dolnej	37,30%
x		x	T94	Następstwa urazów obejmujących liczne okolice ciała i nieokreślone okolice ciała	2,70%
Pozostałe		16,10%	Pozostałe		1,20%
Ogółem		100%	Ogółem		100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

5. Analiza skuteczności i bezpieczeństwa

5.1. Przegląd systematyczny

5.1.1. Opis metodyki

W celu odnalezienia opracowań wtórnych dotyczących skuteczności świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej dokonano przeszukiwania w bazie Medline, Cochrane i Embase. Wyszukiwanie przeprowadzono w dniu 21.05.2019 r. Zastosowane strategie wyszukiwania zostały przedstawione w załącznikach do niniejszego opracowania. Selekcji badań dokonywało niezależnie od siebie czterech analityków. Protokół zakładał, że w przypadku niezgodności między badaczami dyskusja będzie prowadzona do czasu osiągnięcia konsensusu.

Selekcji badań dokonywano w oparciu o kontekst kliniczny wg schematu PICOS, z uwzględnieniem kryteriów włączenia zestawionych w tabeli poniżej. Selekcję badań/publikacji prowadzono etapowo, w pierwszej kolejności na podstawie abstraktów, a następnie w oparciu o pełne teksty publikacji. Wykluczono badania w języku innym niż angielski i polski. Tabela poniżej prezentuje omawiane zaganiaenia.

Tabela 75. Kryteria włączenia publikacji do przeglądu.

Opis	Komentarz
<u>Populacja:</u> - dowolna populacja pacjentów, z wyłączeniem populacji pacjentów pediatrycznych, a także pacjentów dorosłych z populacji neurologicznej, kardiologicznej i pulmonologicznej	- wykluczone zostaną badania obejmujące wyłącznie pacjentów <18 r.ż. - z analizy wyłączono populacje pacjentów zidentyfikowanych podczas realizacji procesów analitycznych związanych z opracowaniem analizy klinicznej na potrzeby raportów dotyczących rehabilitacji: neurologicznej, kardiologicznej, pulmonologicznej
<u>Interwencje:</u> - świadczenia z zakresu rehabilitacji lub fizjoterapii lub ćwiczeń fizycznych realizowanych w warunkach szpitalnych	- z analizy wykluczono interwencję realizowane w oddziałach intensywnej terapii
<u>Komparator:</u> - standardowy model opieki lub placebo/sham albo brak interwencji.	- jako komparator dopuszcza się standardowy model opieki lub placebo/sham (pozorowana) albo brak interwencji. Wykluczone zostaną badania porównujące 2 rodzaje interwencji (np. trening siłowe vs trening aerobowy).
<u>Punkty końcowe:</u> - włączone zostaną badania opisujące wyniki istotnie klinicznych punktów końcowych, takie jak m.in: przeżycie, zachorowalność, jakość życia, jakość życia związana ze zdrowiem, wydolność ćwiczeniowa i efekty prowadzonego treningu, zdarzenia niepożądane.	- wykluczone zostaną badania opisujące wyniki zastępczych punktów końcowych. - w przypadku włączenia do niniejszego opracowania analitycznego wyłącznie przeglądów systematycznych z metaanalizą (poziom dowodów IA wg skali AOTMiT), przedstawione zostaną wyniki wyłącznie punktów końcowych poddane metaanalizie (wyniki pulowane).
<u>Rodzaj badania:</u> - opracowania wtórne (przeglądy systematyczne), - badania pierwotne o najwyższym poziomie wiarygodności, jeśli nie odnaleziono wiarygodnych i aktualnych przeglądów systematycznych oraz badania pierwotne niewłączone do odnalezionych przeglądów systematycznych. Do analizy włączano wyłącznie publikacje pełnotekstowe w języku polskim i angielskim.	Do przeglądu włączano dowody o najwyższym poziomie wiarygodności. W przypadku odnalezienia przeglądów systematycznych z metaanalizą badań RCT, badania niższego rzędu nie zostaną uwzględnione. Gdyby nie odnaleziono badań komparatywnych z wnioskowaniem o skuteczności i bezpieczeństwie, włączono by prospektywne badania obserwacyjne bez grupy kontrolnej (I/II fazy). Gdyby nie odnaleziono badań obserwacyjnych II fazy, włączono by inne badania, opisy serii przypadków oraz opisy przypadków. Nie włączano publikacji dostępnych wyłącznie w postaci abstraktów konferencyjnych.

W ramach wyszukiwania odnaleziono 15 przeglądów (Buhgair 2019, Wu 2019, Gillis 2018, Mckelvie 2018, Steffens 2018, Chen 2017, Henderson 2017, Li 2017, Luo 2017, Loughney 2016, Moran 2016, Ni 2016, Wang 2016, Harvey 2014, McDonald 2014) systematycznych z metaanalizą z lat 2014–2019, których opracowanie zawarto w poniższych podrozdziałach.

W ramach wyszukiwania systematycznego wyodrębniono następujące subpopulacje pacjentów:

- Pacjenci po alloplastyce stawu kolanowego lub biodrowego – 9 przeglądów badań RCT z metaanalizą (Buhgair 2019, Wu 2019, Chen 2017, Henderson 2017, Li 2017, Luo 2017, Wang 2016, Harvey 2014, McDonald 2014),
- Pacjenci po operacjach w obrębie jamy brzusznej – 2 przeglądy badań RCT z metaanalizą (Gillis 2018, Moran 2016),
- Pacjenci geriatryczni – 1 przegląd badań RCT z metaanalizą (Mckelvie 2018),
- Pacjenci onkologiczni – 3 przeglądy badań RCT z metaanalizą (Steffens 2018, Loughney 2016, Ni 2016).

5.1.2. Pacjenci po alloplastyce stawu kolanowego lub biodrowego

W tabeli poniżej przedstawiono zestawienie wyników zawartych w odnalezionych przeglądach systematycznych włączonych do analizy skuteczności w subpopulacji pacjentów po alloplastyce stawu kolanowego lub biodrowego.

Tabela 76. Skuteczność interwencji rehabilitacji/ćwiczeń fizycznych u pacjentów z po alloplastyce stawu kolanowego/biodrowego w ocenianych punktach końcowych.

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia <i>a priori</i> z przeglądu systematycznego)	Raportowane wyniki																																			
<p>Buhagiar 2019 <u>Źródła finansowania:</u> b.d.</p>																																					
<p><u>Cel:</u> określenie czy rehabilitacja w szpitalu lub klinice wiąże się z lepszym funkcjonowaniem oraz zmniejszeniem bólu po całkowitej alloplastyce stawu kolanowego (ang. total knee arthroplasty) w porównaniu z jakimkolwiek programem domowym.</p> <p><u>Synteza wyników:</u> ilościowa i jakościowa</p> <p><u>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</u> do 5 listopada 2018 r.</p>	<p><u>Populacja:</u> dorośli (w wieku ≥ 18 lat), którzy przeszli pierwotną jednostronną alloplastykę stawu kolanowego (ang. total knee arthroplasty) i rozpoczęli rehabilitację</p> <p><u>Interwencja:</u> rehabilitacja na oddziale ostrym po zabiegu lub szpitalna (ang. postacute inpatient or clinic-based) w ciągu 3 miesięcy od operacji</p> <p><u>Komparator:</u> rehabilitacja udzielana w domu w ciągu 3 miesięcy od operacji</p> <p><u>Punkty końcowe:</u> Pierwszorzędowe: • mobilność (6-MWT), • zgłaszany przez pacjenta ból oraz ocena funkcjonowania (wynik w skali Oxford Knee Score lub Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index).</p> <p>Drugorzędowe: • jakość życia związana ze zdrowiem, • komplekcyjne pooperacyjne, • aktywny zakres ruchu kolana (ang. active knee range of motion), • pasywny zakres ruchu kolana (ang. passive knee range of motion).</p> <p><u>Metodyka:</u> <u>Do przeglądu włączono badania spełniające następujące kryteria włączenia:</u></p>	<p><u>Włączone badania:</u> n=5 (5 badań RCT), (lata: 2003–2017).</p> <p><u>Populacja:</u> 752 pacjentów (interwencja=b.d., komparator=b.d.; szczegółowe liczebności dla I i K podano w poszczególnych punktach końcowych).</p> <ul style="list-style-type: none"> wiek: średnia = 68,3 lat (SD=8,5), pleć: 60% populacji stanowiły kobiety. <p><u>Interwencja:</u> rehabilitacja ambulatoryjna (ang. outpatient rehabilitation)</p> <p><u>Komparator:</u> rehabilitacja domowa (monitorowana lub niemonitorowana)</p> <p><u>Wyniki:</u> Wyniki łączne na korzyść rehabilitacji szpitalnej (ang. clinic-based) w ocenianych punktach końcowych.</p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść rehabilitacji szpitalnej (ang. clinic-based) w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>bierny zakres ruchu kolana w 26. tygodniu obserwacji (stopnie)</td> <td>3 (I=199, K=114)</td> <td>MD=4,22</td> <td>-0,33; 8,76</td> <td>0,07; 0%</td> </tr> <tr> <td>zgłaszany przez pacjenta ból oraz ocena funkcjonowania w 26. tygodniu obserwacji (wynik w skali Oxford Knee Score)*</td> <td>3 (I=199, K=114)</td> <td>SMD=0,05</td> <td>-0,18; 0,28</td> <td>0,68; 0%</td> </tr> <tr> <td>zgłaszany przez pacjenta ból oraz ocena funkcjonowania w 52. tygodniu obserwacji (wynik w skali Oxford Knee Score)*</td> <td>3 (I=238, K=150)</td> <td>SMD= 0,10</td> <td>-0,14; 0,34</td> <td>0,43; 24%</td> </tr> <tr> <td>aktywny zakres ruchu kolana (zgięcie) w 10.–12. tygodniu obserwacji (stopnie)</td> <td>3 (I=192, K=194)</td> <td>MD=1,60</td> <td>-1,93; 5,13</td> <td>0,37; 61%</td> </tr> <tr> <td>aktywny zakres ruchu kolana (zgięcie) w 26. tygodniu obserwacji (stopnie)</td> <td>2 (I=121, K=122)</td> <td>MD=2,28</td> <td>-1,61; 6,16</td> <td>0,25; 55%</td> </tr> <tr> <td>aktywny zakres ruchu kolana (zgięcie) w 52. tygodniu obserwacji (stopnie)</td> <td>3 (I=193; K=194)</td> <td>MD=0,88</td> <td>-1,35; 3,10</td> <td>0,44; 14%</td> </tr> </tbody> </table>	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	bierny zakres ruchu kolana w 26. tygodniu obserwacji (stopnie)	3 (I=199, K=114)	MD=4,22	-0,33; 8,76	0,07; 0%	zgłaszany przez pacjenta ból oraz ocena funkcjonowania w 26. tygodniu obserwacji (wynik w skali Oxford Knee Score)*	3 (I=199, K=114)	SMD=0,05	-0,18; 0,28	0,68; 0%	zgłaszany przez pacjenta ból oraz ocena funkcjonowania w 52. tygodniu obserwacji (wynik w skali Oxford Knee Score)*	3 (I=238, K=150)	SMD= 0,10	-0,14; 0,34	0,43; 24%	aktywny zakres ruchu kolana (zgięcie) w 10.–12. tygodniu obserwacji (stopnie)	3 (I=192, K=194)	MD=1,60	-1,93; 5,13	0,37; 61%	aktywny zakres ruchu kolana (zgięcie) w 26. tygodniu obserwacji (stopnie)	2 (I=121, K=122)	MD=2,28	-1,61; 6,16	0,25; 55%	aktywny zakres ruchu kolana (zgięcie) w 52. tygodniu obserwacji (stopnie)	3 (I=193; K=194)	MD=0,88	-1,35; 3,10	0,44; 14%
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²																																	
bierny zakres ruchu kolana w 26. tygodniu obserwacji (stopnie)	3 (I=199, K=114)	MD=4,22	-0,33; 8,76	0,07; 0%																																	
zgłaszany przez pacjenta ból oraz ocena funkcjonowania w 26. tygodniu obserwacji (wynik w skali Oxford Knee Score)*	3 (I=199, K=114)	SMD=0,05	-0,18; 0,28	0,68; 0%																																	
zgłaszany przez pacjenta ból oraz ocena funkcjonowania w 52. tygodniu obserwacji (wynik w skali Oxford Knee Score)*	3 (I=238, K=150)	SMD= 0,10	-0,14; 0,34	0,43; 24%																																	
aktywny zakres ruchu kolana (zgięcie) w 10.–12. tygodniu obserwacji (stopnie)	3 (I=192, K=194)	MD=1,60	-1,93; 5,13	0,37; 61%																																	
aktywny zakres ruchu kolana (zgięcie) w 26. tygodniu obserwacji (stopnie)	2 (I=121, K=122)	MD=2,28	-1,61; 6,16	0,25; 55%																																	
aktywny zakres ruchu kolana (zgięcie) w 52. tygodniu obserwacji (stopnie)	3 (I=193; K=194)	MD=0,88	-1,35; 3,10	0,44; 14%																																	

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori z przeglądu systematycznego)	Raportowane wyniki																																																	
<ul style="list-style-type: none"> • badania RCT, <u>Kryteria wykluczenia:</u> • abstrakty, jeśli nie można było rozdzielić danych nt. kolana od innych procedur, • badania autorów, od których nie można było uzyskać istotnych informacji, • pacjenci po częściowej, rewizji lub pourazowej alloplastyce. 	<ul style="list-style-type: none"> • badania RCT, <u>Kryteria wykluczenia:</u> • abstrakty, jeśli nie można było rozdzielić danych nt. kolana od innych procedur, • badania autorów, od których nie można było uzyskać istotnych informacji, • pacjenci po częściowej, rewizji lub pourazowej alloplastyce. 	bierny zakres ruchu kolana w 10.–12. tygodniu obserwacji (stopnie)	3 (I=198, K=116)	MD=0,30	-3,85; 4,44	0,89; 0%																																													
		bierny zakres ruchu kolana w 52. tygodniu obserwacji (stopnie)	2 (I=166, K=76)	MD=3,40	-2,52; 9,31	0,26; 0%																																													
		<p>* – W 2 z 3 badań włączonych do metaanalizy punkt końcowy mierzony był za pomocą skali OKS i podana wartość jest wartością bezwzględną, a w 1 z 3 włączonych badań podany wynik dla punktu końcowego jest wartością określoną jako zmiana wyniku Oxford Knee Score od wartości początkowej.</p>																																																	
		<p><u>Wyniki łączne na korzyść rehabilitacji domowej w ocenianych punktach końcowych.</u></p>																																																	
		<p>Tabela 2. Wyniki przemawiające na korzyść rehabilitacji domowej w ocenianych punktach końcowych.</p>																																																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="940 539 1413 603">punkt końcowy</th> <th data-bbox="1413 539 1626 603">liczba badań</th> <th data-bbox="1626 539 1789 603">wynik</th> <th data-bbox="1789 539 1937 603">95%CI</th> <th data-bbox="1937 539 2092 603">p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="940 603 1413 659">mobilność (6-MWT) w 52. tygodniu obserwacji (m)</td> <td data-bbox="1413 603 1626 659">3 (I=231, K=138)</td> <td data-bbox="1626 603 1789 659">MD= -25,37</td> <td data-bbox="1789 603 1937 659">-47,41; -3,32</td> <td data-bbox="1937 603 2092 659">0,02; 0%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="940 659 1413 715">mobilność (6-MWT) w 10.–12. tygodniu obserwacji (m)</td> <td data-bbox="1413 659 1626 715">3 (I=231, K=142)</td> <td data-bbox="1626 659 1789 715">MD= -11,89</td> <td data-bbox="1789 659 1937 715">-35,94; 12,16</td> <td data-bbox="1937 659 2092 715">0,33; 23%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="940 715 1413 754">mobilność (6-MWT) w 26. tygodniu obserwacji (m)</td> <td data-bbox="1413 715 1626 754">2 (I=165, K=78)</td> <td data-bbox="1626 715 1789 754">MD= -3,05</td> <td data-bbox="1789 715 1937 754">-29,75; 23,66</td> <td data-bbox="1937 715 2092 754">0,82; 0%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="940 754 1413 834">zgłaszany przez pacjenta ból oraz ocena funkcjonowania w 10.–12. tygodniu obserwacji (wynik w skali Oxford Knee Score)*</td> <td data-bbox="1413 754 1626 834">4 (I=269, K=188)</td> <td data-bbox="1626 754 1789 834">SMD= -0,15</td> <td data-bbox="1789 754 1937 834">-0,35; 0,05</td> <td data-bbox="1937 754 2092 834">0,14; 6%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="940 834 1413 914">jakość życia odnotowana przez pacjenta w 10.–12. tygodniu obserwacji (oceniona w kwestionariuszu SF12 lub SF36)</td> <td data-bbox="1413 834 1626 914">3 (I=198, K=116)</td> <td data-bbox="1626 834 1789 914">SMD= -0,12</td> <td data-bbox="1789 834 1937 914">-0,35; 0,11</td> <td data-bbox="1937 834 2092 914">0,31; 0%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="940 914 1413 994">jakość życia odnotowana przez pacjenta w 26. tygodniu obserwacji (oceniona w kwestionariuszu SF12 lub SF36)</td> <td data-bbox="1413 914 1626 994">3 (I=199, K=114)</td> <td data-bbox="1626 914 1789 994">SMD= -0,16</td> <td data-bbox="1789 914 1937 994">-0,48; 0,16</td> <td data-bbox="1937 914 2092 994">0,33; 45%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="940 994 1413 1074">jakość życia odnotowana przez pacjenta w 52. tygodniu obserwacji (oceniona w kwestionariuszu SF12 lub SF36)</td> <td data-bbox="1413 994 1626 1074">2 (I=166, K=76)</td> <td data-bbox="1626 994 1789 1074">SMD= -0,19</td> <td data-bbox="1789 994 1937 1074">-0,47; 0,08</td> <td data-bbox="1937 994 2092 1074">0,16; 0%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="940 1074 1413 1137">aktywny zakres ruchu kolana (wyprost) w 52. tygodniu obserwacji (stopnie)</td> <td data-bbox="1413 1074 1626 1137">1 (I=71, K=72)</td> <td data-bbox="1626 1074 1789 1137">MD= -0,20</td> <td data-bbox="1789 1074 1937 1137">-0,92; 0,52</td> <td data-bbox="1937 1074 2092 1137">0,59; b.d.</td> </tr> </tbody> </table>					punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	mobilność (6-MWT) w 52. tygodniu obserwacji (m)	3 (I=231, K=138)	MD= -25,37	-47,41; -3,32	0,02; 0%	mobilność (6-MWT) w 10.–12. tygodniu obserwacji (m)	3 (I=231, K=142)	MD= -11,89	-35,94; 12,16	0,33; 23%	mobilność (6-MWT) w 26. tygodniu obserwacji (m)	2 (I=165, K=78)	MD= -3,05	-29,75; 23,66	0,82; 0%	zgłaszany przez pacjenta ból oraz ocena funkcjonowania w 10.–12. tygodniu obserwacji (wynik w skali Oxford Knee Score)*	4 (I=269, K=188)	SMD= -0,15	-0,35; 0,05	0,14; 6%	jakość życia odnotowana przez pacjenta w 10.–12. tygodniu obserwacji (oceniona w kwestionariuszu SF12 lub SF36)	3 (I=198, K=116)	SMD= -0,12	-0,35; 0,11	0,31; 0%	jakość życia odnotowana przez pacjenta w 26. tygodniu obserwacji (oceniona w kwestionariuszu SF12 lub SF36)	3 (I=199, K=114)	SMD= -0,16	-0,48; 0,16	0,33; 45%	jakość życia odnotowana przez pacjenta w 52. tygodniu obserwacji (oceniona w kwestionariuszu SF12 lub SF36)	2 (I=166, K=76)	SMD= -0,19	-0,47; 0,08	0,16; 0%	aktywny zakres ruchu kolana (wyprost) w 52. tygodniu obserwacji (stopnie)	1 (I=71, K=72)	MD= -0,20	-0,92; 0,52	0,59; b.d.
		punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²																																													
		mobilność (6-MWT) w 52. tygodniu obserwacji (m)	3 (I=231, K=138)	MD= -25,37	-47,41; -3,32	0,02; 0%																																													
		mobilność (6-MWT) w 10.–12. tygodniu obserwacji (m)	3 (I=231, K=142)	MD= -11,89	-35,94; 12,16	0,33; 23%																																													
		mobilność (6-MWT) w 26. tygodniu obserwacji (m)	2 (I=165, K=78)	MD= -3,05	-29,75; 23,66	0,82; 0%																																													
zgłaszany przez pacjenta ból oraz ocena funkcjonowania w 10.–12. tygodniu obserwacji (wynik w skali Oxford Knee Score)*	4 (I=269, K=188)	SMD= -0,15	-0,35; 0,05	0,14; 6%																																															
jakość życia odnotowana przez pacjenta w 10.–12. tygodniu obserwacji (oceniona w kwestionariuszu SF12 lub SF36)	3 (I=198, K=116)	SMD= -0,12	-0,35; 0,11	0,31; 0%																																															
jakość życia odnotowana przez pacjenta w 26. tygodniu obserwacji (oceniona w kwestionariuszu SF12 lub SF36)	3 (I=199, K=114)	SMD= -0,16	-0,48; 0,16	0,33; 45%																																															
jakość życia odnotowana przez pacjenta w 52. tygodniu obserwacji (oceniona w kwestionariuszu SF12 lub SF36)	2 (I=166, K=76)	SMD= -0,19	-0,47; 0,08	0,16; 0%																																															
aktywny zakres ruchu kolana (wyprost) w 52. tygodniu obserwacji (stopnie)	1 (I=71, K=72)	MD= -0,20	-0,92; 0,52	0,59; b.d.																																															
<p>* – W 2 z 3 badań włączonych do metaanalizy punkt końcowy mierzony był za pomocą skali OKS i podana wartość jest wartością bezwzględną, a w 1 z 3 włączonych badań podany wynik dla punktu końcowego jest wartością określoną jako zmiana wyniku OKS od wartości początkowej.</p>																																																			
<p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u></p>																																																			
<ul style="list-style-type: none"> • tryb szpitalny (ang. inpatient) – 1 badanie, • tryb ambulatoryjny (ang. outpatient) – 1 badanie, • tryb domowy – 6 badań, 																																																			

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori z przeglądu systematycznego)	Raportowane wyniki																																			
		<ul style="list-style-type: none"> • klinika grupowa (ang. group clinic) – 2 badania, • klinika niezdefiniowana (and. clinic) – 2 badania. 																																			
Wu 2019 <u>Źródła finansowania:</u> b.d.																																					
<p><u>Cel:</u> Określenie wpływu ćwiczeń fizycznych na stan funkcjonalny po alloplastyce stawu biodrowego.</p> <p><u>Synteza wyników:</u> ilościowa i jakościowa</p> <p><u>Przedział czasu objętym wyszukiwaniem:</u> przedział nie został ograniczony</p>	<p><u>Populacja:</u> Pacjenci po alloplastyce stawu biodrowego</p> <p><u>Interwencja:</u> Ćwiczenia fizyczne / trening fizyczny</p> <p><u>Komparator:</u> standardowa opieka lub brak leczenia</p> <p><u>Punkty końcowe:</u></p> <p>Pierwszorzędowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prędkość chodu <p>Drugorzędowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aktywność fizyczna, • kliniczna ocena stawu biodrowego - skala Harris hip score, • redukcja bólu (b.d. w zakresie wykorzystanych skali), • siła odwodzenia. <p><u>Metodyka:</u></p> <p><u>Do przeglądu włączono badania spełniające następujące kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • badania RCT, • brak ograniczeń w zakresie języka lub daty publikacji. <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Brak 	<p><u>Włączone badania:</u> n=10 (10 badań RCT), (lata: 1995–2014).</p> <p><u>Populacja:</u> 441 pacjentów (interwencja=221, komparator=220).</p> <ul style="list-style-type: none"> • wiek: przedział średniego wieku pacjentów: od 45,55 do 71 lat. • płeć: b.d. <p><u>Interwencja:</u> ćwiczenia wzmacniające i gibkości, bieżnia, ćwiczenia obciążeniowe, ćwiczenia oporowe lub trening oporowy z obciążeniem</p> <p><u>Komparator:</u> placebo, aktywność pasywna, chód z pomocą, aktywność bez napięcia (ang. frictionless activity), chodzenie</p> <p><u>Okres badania follow-up:</u> zawierał się w przedziale od 3 miesięcy do 1 roku</p> <p><u>Wyniki:</u></p> <p><u>Wyniki łączne na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="952 790 2083 1125"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Prędkość chodu</td> <td>7 (b.d.)</td> <td>WMD=0,15 m/s</td> <td>0,08; 0,22</td> <td>0,000; 57%</td> </tr> <tr> <td>Aktywność fizyczna (brak informacji o wykorzystanej skali)</td> <td>5 (b.d.)</td> <td>WMD=-2,13</td> <td>-6,31; 2,05</td> <td>0,317; 0%</td> </tr> <tr> <td>Harris hip score (pkt)</td> <td>6 (b.d.)</td> <td>WMD=8,49</td> <td>5,19; 11,78</td> <td>0,000; 76,5%</td> </tr> <tr> <td>Redukcja bólu (brak informacji o wykorzystanej skali)</td> <td>8 (n=452)</td> <td>WMD=-1,32</td> <td>-2,07; -0,57</td> <td>0,000; 92%</td> </tr> <tr> <td>Siła odwodzenia (brak wskazanej metody pomiaru)</td> <td>6 (n=293)</td> <td>WMD=9,75</td> <td>5,33; 14,17</td> <td>0,001; 0%</td> </tr> <tr> <td>Długość pobytu w szpitalu (brak wskazanej jednostki pomiaru)</td> <td>7 (n=396)</td> <td>WMD=-0,68</td> <td>-1,07; -0,29</td> <td>0,001; 0%</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u></p> <p>W publikacji nie podano informacji dotyczących warunków prowadzenia interwencji.</p>	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p	Prędkość chodu	7 (b.d.)	WMD=0,15 m/s	0,08; 0,22	0,000; 57%	Aktywność fizyczna (brak informacji o wykorzystanej skali)	5 (b.d.)	WMD=-2,13	-6,31; 2,05	0,317; 0%	Harris hip score (pkt)	6 (b.d.)	WMD=8,49	5,19; 11,78	0,000; 76,5%	Redukcja bólu (brak informacji o wykorzystanej skali)	8 (n=452)	WMD=-1,32	-2,07; -0,57	0,000; 92%	Siła odwodzenia (brak wskazanej metody pomiaru)	6 (n=293)	WMD=9,75	5,33; 14,17	0,001; 0%	Długość pobytu w szpitalu (brak wskazanej jednostki pomiaru)	7 (n=396)	WMD=-0,68	-1,07; -0,29	0,001; 0%
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p																																	
Prędkość chodu	7 (b.d.)	WMD=0,15 m/s	0,08; 0,22	0,000; 57%																																	
Aktywność fizyczna (brak informacji o wykorzystanej skali)	5 (b.d.)	WMD=-2,13	-6,31; 2,05	0,317; 0%																																	
Harris hip score (pkt)	6 (b.d.)	WMD=8,49	5,19; 11,78	0,000; 76,5%																																	
Redukcja bólu (brak informacji o wykorzystanej skali)	8 (n=452)	WMD=-1,32	-2,07; -0,57	0,000; 92%																																	
Siła odwodzenia (brak wskazanej metody pomiaru)	6 (n=293)	WMD=9,75	5,33; 14,17	0,001; 0%																																	
Długość pobytu w szpitalu (brak wskazanej jednostki pomiaru)	7 (n=396)	WMD=-0,68	-1,07; -0,29	0,001; 0%																																	
Chen 2017 <u>Źródła finansowania:</u> publikacja nie posiadała żadnych źródeł finansowania																																					
<p><u>Cel:</u> sprawdzenie, czy konieczne jest wykonywanie ćwiczeń</p>	<p><u>Populacja:</u> pacjenci poddawani całkowitej alloplastyce stawu kolanowego</p> <p><u>Interwencja:</u> prerrehabilitacyjne ćwiczenia fizyczne</p>	<p><u>Włączone badania:</u> n=16 (badań RCT), (lata: 2004–2016).</p> <p><u>Populacja:</u> 1224 pacjentów (interwencja=612, komparator=612).</p>																																			

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori z przeglądu systematycznego)	Raportowane wyniki																																																							
<p>prerehabilitacyjnych wśród pacjentów poddawanych całkowitej alloplastyce stawu kolanowego.</p> <p><u>Synteza wyników:</u> ilościowa i jakościowa <u>Przedział czasu objętym wyszukiwaniem:</u> b.d.</p>	<p><u>Komparator:</u> standardowa opieka (autorzy nie przedstawiają szczegółów)</p> <p><u>Punkty końcowe:</u> Pierwszorzędowe: <ul style="list-style-type: none"> długość pobytu w szpitalu, Drugorzędowe: <ul style="list-style-type: none"> wytrzymałość mięśnia czworogłowego uda, oraz wytrzymałość funkcjonalna w krótkim okresie (od 1,5 do 3 miesięcy) po TKA. </p> <p><u>Metodyka:</u> <u>Do przeglądu włączono badania spełniające następujące kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> badania RCT, badania, w których porównywano grupę, która wykonywała ćwiczenia przed operacją z grupą kontrolną, badania, w których populacją byli pacjenci mający więcej niż 18 lat, badania, w których w punktach końcowych uwzględniono długość pobytu w szpitalu i/lub regenerację funkcjonalną (ang. functional recovery). <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> artykuły, które zawierały te same zestawy danych, brak punktów końcowych, które znalazłyby się w obszarze zainteresowania, badania typu opis przypadku, listy lub komentarz. 	<ul style="list-style-type: none"> wiek: przedział średniego wieku pacjentów: 62,4–72,8 lat, pleć: kobiety stanowiły 44–86% uczestników. <p><u>Interwencja:</u> prerehabilitacyjne ćwiczenia</p> <p><u>Komparator:</u> standardowa opieka</p> <p><u>Wyniki:</u> <u>Wyniki łączne na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="952 526 2083 742"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>długość pobytu w szpitalu</td> <td>5 (I=330, K=334)</td> <td>MD= -0,80</td> <td>-1,11; -0,48</td> <td><0,00001; 45%</td> </tr> <tr> <td>wyprost kolana</td> <td>5 (I=132, K=127)</td> <td>MD= -0,10</td> <td>-0,71; 0,52</td> <td>0,76; 0%</td> </tr> <tr> <td>funkcjonowanie (w skali WOMAC)</td> <td>7 (I=182, K=195)</td> <td>MD= -1,10</td> <td>-3,92; 1,72</td> <td>0,44; 0%</td> </tr> <tr> <td>ból (w skali WOMAC)</td> <td>7 (I=183, K=195)</td> <td>MD= -0,23</td> <td>-0,64; 0,18</td> <td>0,27; 57%</td> </tr> <tr> <td>sztwywność (w skali WOMAC)</td> <td>5 (I=162, K=170)</td> <td>MD= -0,26</td> <td>-0,65; 0,13</td> <td>0,19; 59%</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Wyniki łączne na korzyść komparatora w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 2. Wyniki przemawiające na korzyść komparatora w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="952 853 2083 1029"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>test sit-to-stand</td> <td>2 (I=55, K=49)</td> <td>MD=1,68</td> <td>1,25; 2,10</td> <td><0,00001; 60%</td> </tr> <tr> <td>zakres ruchu kolana</td> <td>3 (I=105, K=114)</td> <td>MD=3,62</td> <td>0,09; 7,15</td> <td>0,04; 22%</td> </tr> <tr> <td>wytrzymałość mięśnia czworogłowego</td> <td>3 (I=79, K=89)</td> <td>MD=0,20</td> <td>-0,52; 0,64</td> <td>0,38; 69%</td> </tr> <tr> <td>zgięcie kolana</td> <td>5 (I=132, K=127)</td> <td>MD=2,20</td> <td>-0,84; 5,23</td> <td>0,16; 71%</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u> b.d.</p>	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	długość pobytu w szpitalu	5 (I=330, K=334)	MD= -0,80	-1,11; -0,48	<0,00001; 45%	wyprost kolana	5 (I=132, K=127)	MD= -0,10	-0,71; 0,52	0,76; 0%	funkcjonowanie (w skali WOMAC)	7 (I=182, K=195)	MD= -1,10	-3,92; 1,72	0,44; 0%	ból (w skali WOMAC)	7 (I=183, K=195)	MD= -0,23	-0,64; 0,18	0,27; 57%	sztwywność (w skali WOMAC)	5 (I=162, K=170)	MD= -0,26	-0,65; 0,13	0,19; 59%	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	test sit-to-stand	2 (I=55, K=49)	MD=1,68	1,25; 2,10	<0,00001; 60%	zakres ruchu kolana	3 (I=105, K=114)	MD=3,62	0,09; 7,15	0,04; 22%	wytrzymałość mięśnia czworogłowego	3 (I=79, K=89)	MD=0,20	-0,52; 0,64	0,38; 69%	zgięcie kolana	5 (I=132, K=127)	MD=2,20	-0,84; 5,23	0,16; 71%
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²																																																					
długość pobytu w szpitalu	5 (I=330, K=334)	MD= -0,80	-1,11; -0,48	<0,00001; 45%																																																					
wyprost kolana	5 (I=132, K=127)	MD= -0,10	-0,71; 0,52	0,76; 0%																																																					
funkcjonowanie (w skali WOMAC)	7 (I=182, K=195)	MD= -1,10	-3,92; 1,72	0,44; 0%																																																					
ból (w skali WOMAC)	7 (I=183, K=195)	MD= -0,23	-0,64; 0,18	0,27; 57%																																																					
sztwywność (w skali WOMAC)	5 (I=162, K=170)	MD= -0,26	-0,65; 0,13	0,19; 59%																																																					
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²																																																					
test sit-to-stand	2 (I=55, K=49)	MD=1,68	1,25; 2,10	<0,00001; 60%																																																					
zakres ruchu kolana	3 (I=105, K=114)	MD=3,62	0,09; 7,15	0,04; 22%																																																					
wytrzymałość mięśnia czworogłowego	3 (I=79, K=89)	MD=0,20	-0,52; 0,64	0,38; 69%																																																					
zgięcie kolana	5 (I=132, K=127)	MD=2,20	-0,84; 5,23	0,16; 71%																																																					
<p>Henderson 2017 <u>Źródła finansowania:</u> b.d.</p>																																																									
<p><u>Cel:</u> Określenie najkorzystniejszych interwencji z zakresu aktywnej fizjoterapii i rehabilitacji szpitalnej w celu zmniejszenia bólu, poprawy aktywności,</p>	<p><u>Populacja:</u> pacjenci powyżej 18 r.ż. po alloplastyce stawu kolanowego.</p> <p><u>Interwencja:</u> fizjoterapia wczesna, wczesna hydroterapia, hydroterapia z fizjoterapią standardową, ćwiczenia dodatkowe (kolarstwo na ergometrze, ćwiczenia na desce ślizgowej</p>	<p><u>Włączone badania:</u> n=11 (11 badań RCT), (lata: 2001–2014).</p> <p><u>Populacja:</u> 1197 pacjentów</p> <ul style="list-style-type: none"> wiek: średni wiek 69 lat pleć: mężczyźni – 33% i kobiety – 67% 																																																							

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori z przeglądu systematycznego)	Raportowane wyniki																																																												
<p>zakresu ruchu i skrócenia czasu pobytu pacjentów, po alloplastyce stawu kolanowego.</p> <p><u>Synteza wyników:</u> jakościowa i ilościowa <u>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</u> Do lipca 2014</p>	<p>i ekscentryczne ćwiczenia ścięga podkolanowego), fizjoterapia wspomagana technologicznie.</p> <p><u>Komparator:</u> standardowa fizjoterapia pooperacyjna, późna hydroterapia.</p> <p><u>Punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ból (skala pomiaru WOMAC, VAS, KSS, SF-36), • aktywność (skala pomiaru WOMAC, VAS, KSS, SF-36), • długość pobytu w szpitalu (dni), • zakres ruchu kolana (stopnie), <p><u>Metodyka:</u> <u>Do przeglądu włączono badania spełniające następujące kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • badania randomizowane, w których co najmniej 85% próby miało alloplastykę stawu kolanowego z powodu choroby zwyrodnieniowej stawów, • badania nad skutkami interwencji pasywnych, takich jak ciągły ruch bierny lub terapie manualne, mogły być uwzględnione tylko wtedy, gdy modalność pasywna nie była podstawową różnicą między terapią zapewnioną przez grupy eksperymentalne i kontrolne, • badania, które porównywały dwa lub więcej różnych schematów ćwiczeń, zostały również uwzględnione w celu zbadania idealnej intensywności i rozpoczęcia ćwiczeń pooperacyjnych, <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • badania były wykluczone, jeśli próbki obejmowały uczeń ków, którzy mieli jednorzedziałową terapię kolana lub rewizję alloplastyki, • badania, które obejmowały alloplastykę stawu biodrowego i kolanowego razem lecz nie podawały punktów końcowych oddzielnie, • badania w językach innych niż angielski, 	<p><u>Interwencja:</u> fizjoterapia wczesna, wczesna hydroterapia, hydroterapia z fizjoterapią standardową, ćwiczenia dodatkowe (kolarstwo na ergometrze, ćwiczenia na desce ślizgowej i ekscentryczne ćwiczenia ścięga podkolanowego), fizjoterapia wspomagana technologicznie.</p> <p><u>Komparator:</u> standardowa fizjoterapia pooperacyjna, późna hydroterapia.</p> <p><u>Okres badania follow-up:</u> b.d.</p> <p><u>Wyniki:</u> <u>Wyniki łączne na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="952 544 2092 671"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Długość pobytu w szpitalu</td> <td>3 (I=227; K=220)</td> <td>MD = -3,47</td> <td>-5,67; -1,27</td> <td>0,002; 75%</td> </tr> <tr> <td>Aktywność miesiąc po operacji</td> <td>2 (I=98; K=98)</td> <td>SMD = -0,34</td> <td>-0,82; 0,13</td> <td>0,16; 58%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tabela 2. Szczegółowe wyniki w zakresie poszczególnych punktów końcowych (hydroterapia z fizjoterapią standardową vs fizjoterapia standardową).</p> <table border="1" data-bbox="952 767 2092 1011"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Aktywność (fizjoterapia wodna, z ang. Aquatic PT) (WOMAC)</td> <td>1 (I=18; K=17)</td> <td>SMD= -1,91</td> <td>-3,02; -0,80</td> <td><0,05</td> </tr> <tr> <td>Aktywność (ćwiczenia w wodzie) (WOMAC)</td> <td>1 (I=19; K=17)</td> <td>SMD= -2,62</td> <td>-3,94; -1,30</td> <td><0,05</td> </tr> <tr> <td>Długość pobytu w szpitalu (fizjoterapia wodna, z ang. Aquatic PT) (dni)</td> <td>1 (I=18; K=17)</td> <td>MD= 0,90</td> <td>-2,07; 0,27</td> <td>b.d.</td> </tr> <tr> <td>Długość pobytu w szpitalu (ćwiczenia w wodzie) (dni)</td> <td>1 (I=19; K=17)</td> <td>MD= -0,20</td> <td>-1,38; 0,98</td> <td>b.d.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tabela 3. Szczegółowe wyniki w zakresie poszczególnych punktów końcowych (wczesna hydroterapia vs późna hydroterapia).</p> <table border="1" data-bbox="952 1107 2092 1235"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>P I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Aktywność (WOMAC, SF-36, Lequesne Hip and Knee Score)</td> <td>1 (I=85; K=74)</td> <td>SMD= -0,24</td> <td>-0,55; 0,06</td> <td>b.d.</td> </tr> <tr> <td>Ból (WOMAC)</td> <td>1 (I=85; K=74)</td> <td>SMD= -0,11</td> <td>-0,42; 0,19</td> <td>b.d.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tabela 4. Szczegółowe wyniki w zakresie poszczególnych punktów końcowych (fizjoterapia przyspieszona vs standardowa fizjoterapia).</p> <table border="1" data-bbox="952 1331 2092 1361"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>P I²</th> </tr> </thead> </table>	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	Długość pobytu w szpitalu	3 (I=227; K=220)	MD = -3,47	-5,67; -1,27	0,002; 75%	Aktywność miesiąc po operacji	2 (I=98; K=98)	SMD = -0,34	-0,82; 0,13	0,16; 58%	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	Aktywność (fizjoterapia wodna, z ang. Aquatic PT) (WOMAC)	1 (I=18; K=17)	SMD= -1,91	-3,02; -0,80	<0,05	Aktywność (ćwiczenia w wodzie) (WOMAC)	1 (I=19; K=17)	SMD= -2,62	-3,94; -1,30	<0,05	Długość pobytu w szpitalu (fizjoterapia wodna, z ang. Aquatic PT) (dni)	1 (I=18; K=17)	MD= 0,90	-2,07; 0,27	b.d.	Długość pobytu w szpitalu (ćwiczenia w wodzie) (dni)	1 (I=19; K=17)	MD= -0,20	-1,38; 0,98	b.d.	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	P I ²	Aktywność (WOMAC, SF-36, Lequesne Hip and Knee Score)	1 (I=85; K=74)	SMD= -0,24	-0,55; 0,06	b.d.	Ból (WOMAC)	1 (I=85; K=74)	SMD= -0,11	-0,42; 0,19	b.d.	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	P I ²
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²																																																										
Długość pobytu w szpitalu	3 (I=227; K=220)	MD = -3,47	-5,67; -1,27	0,002; 75%																																																										
Aktywność miesiąc po operacji	2 (I=98; K=98)	SMD = -0,34	-0,82; 0,13	0,16; 58%																																																										
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²																																																										
Aktywność (fizjoterapia wodna, z ang. Aquatic PT) (WOMAC)	1 (I=18; K=17)	SMD= -1,91	-3,02; -0,80	<0,05																																																										
Aktywność (ćwiczenia w wodzie) (WOMAC)	1 (I=19; K=17)	SMD= -2,62	-3,94; -1,30	<0,05																																																										
Długość pobytu w szpitalu (fizjoterapia wodna, z ang. Aquatic PT) (dni)	1 (I=18; K=17)	MD= 0,90	-2,07; 0,27	b.d.																																																										
Długość pobytu w szpitalu (ćwiczenia w wodzie) (dni)	1 (I=19; K=17)	MD= -0,20	-1,38; 0,98	b.d.																																																										
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	P I ²																																																										
Aktywność (WOMAC, SF-36, Lequesne Hip and Knee Score)	1 (I=85; K=74)	SMD= -0,24	-0,55; 0,06	b.d.																																																										
Ból (WOMAC)	1 (I=85; K=74)	SMD= -0,11	-0,42; 0,19	b.d.																																																										
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	P I ²																																																										

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia <i>a priori</i> z przeglądu systematycznego)	Raportowane wyniki																																																						
		Aktywność (WOMAC, AKSS)	1 (I=74; K=73)	SMD= -0,41	-0,74; -0,09	<0,05																																																		
		Ból (VAS)	1 (I=138; K=135)	SMD= -0,96	-1,21; -0,71	<0,05																																																		
		Zakres ruchu kolana – zgięcie (stopnie)	1 (I=138; K=135)	MD= 16,29	13,43; 19,15	<0,05																																																		
		Zakres ruchu kolana – wyprostowanie (stopnie)	1 (I=138; K=135)	MD= -2,12	-2,48; -1,76	<0,05																																																		
<p>Tabela 5. Szczegółowe wyniki w zakresie poszczególnych punktów końcowych (fizjoterapia dwa razy dziennie vs fizjoterapia raz dziennie).</p>																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="954 513 1368 550">punkt końcowy</th> <th data-bbox="1368 513 1543 550">liczba badań</th> <th data-bbox="1543 513 1684 550">wynik</th> <th data-bbox="1684 513 1879 550">95%CI</th> <th data-bbox="1879 513 2092 550">P I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="954 550 1368 587">Aktywność (WOMAC, KSS)</td> <td data-bbox="1368 550 1543 587">1 (I=21; K=22)</td> <td data-bbox="1543 550 1684 587">SMD= -0,34</td> <td data-bbox="1684 550 1879 587">-0,95; 0,26</td> <td data-bbox="1879 550 2092 587">b.d.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="954 587 1368 624">Długość pobytu w szpitalu (dni)</td> <td data-bbox="1368 587 1543 624">1 (I=21; K=22)</td> <td data-bbox="1543 587 1684 624">MD= -0,40</td> <td data-bbox="1684 587 1879 624">-1,07; 0,27</td> <td data-bbox="1879 587 2092 624">b.d.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="954 624 1368 660">Ból (WOMAC, VAS)</td> <td data-bbox="1368 624 1543 660">1 (I=21; K=22)</td> <td data-bbox="1543 624 1684 660">SMD= -0,36</td> <td data-bbox="1684 624 1879 660">-0,97; 0,24</td> <td data-bbox="1879 624 2092 660">b.d.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="954 660 1368 697">Zakres ruchu kolana – zgięcie (stopnie)</td> <td data-bbox="1368 660 1543 697">1 (I=21; K=22)</td> <td data-bbox="1543 660 1684 697">MD= -1,40</td> <td data-bbox="1684 660 1879 697">-9,78; 6,98</td> <td data-bbox="1879 660 2092 697">b.d.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="954 697 1368 730">Zakres ruchu kolana – wyprostowanie (stopnie)</td> <td data-bbox="1368 697 1543 730">1 (I=21; K=22)</td> <td data-bbox="1543 697 1684 730">MD= -3,00</td> <td data-bbox="1684 697 1879 730">-6,17; 0,17</td> <td data-bbox="1879 697 2092 730">b.d.</td> </tr> </tbody> </table>							punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	P I ²	Aktywność (WOMAC, KSS)	1 (I=21; K=22)	SMD= -0,34	-0,95; 0,26	b.d.	Długość pobytu w szpitalu (dni)	1 (I=21; K=22)	MD= -0,40	-1,07; 0,27	b.d.	Ból (WOMAC, VAS)	1 (I=21; K=22)	SMD= -0,36	-0,97; 0,24	b.d.	Zakres ruchu kolana – zgięcie (stopnie)	1 (I=21; K=22)	MD= -1,40	-9,78; 6,98	b.d.	Zakres ruchu kolana – wyprostowanie (stopnie)	1 (I=21; K=22)	MD= -3,00	-6,17; 0,17	b.d.																				
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	P I ²																																																				
Aktywność (WOMAC, KSS)	1 (I=21; K=22)	SMD= -0,34	-0,95; 0,26	b.d.																																																				
Długość pobytu w szpitalu (dni)	1 (I=21; K=22)	MD= -0,40	-1,07; 0,27	b.d.																																																				
Ból (WOMAC, VAS)	1 (I=21; K=22)	SMD= -0,36	-0,97; 0,24	b.d.																																																				
Zakres ruchu kolana – zgięcie (stopnie)	1 (I=21; K=22)	MD= -1,40	-9,78; 6,98	b.d.																																																				
Zakres ruchu kolana – wyprostowanie (stopnie)	1 (I=21; K=22)	MD= -3,00	-6,17; 0,17	b.d.																																																				
<p>Tabela 6. Szczegółowe wyniki w zakresie poszczególnych punktów końcowych dodatkowe ćwiczenia wraz ze standardową fizjoterapią vs standardowa fizjoterapia).</p>																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="954 823 1368 860">punkt końcowy</th> <th data-bbox="1368 823 1543 860">liczba badań</th> <th data-bbox="1543 823 1684 860">wynik</th> <th data-bbox="1684 823 1879 860">95%CI</th> <th data-bbox="1879 823 2092 860">P I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="954 860 1368 967" rowspan="3">Aktywność (WOMAC, SF-36, Lequesne Hip and Knee Score, KSS)</td> <td data-bbox="1368 860 1543 896">1 (I=40; K=40)</td> <td data-bbox="1543 860 1684 896">SMD= 0,00</td> <td data-bbox="1684 860 1879 896">-0,48; 0,48</td> <td data-bbox="1879 860 2092 896">b.d.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1368 896 1543 933">1 (I=30; K=30)</td> <td data-bbox="1543 896 1684 933">SMD= 0,23</td> <td data-bbox="1684 896 1879 933">-0,28; 0,74</td> <td data-bbox="1879 896 2092 933">b.d.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1368 933 1543 967">1 (I=85; K=74)</td> <td data-bbox="1543 933 1684 967">SMD= 0,03</td> <td data-bbox="1684 933 1879 967">-0,31; 0,37</td> <td data-bbox="1879 933 2092 967">b.d.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="954 967 1368 1003">Długość pobytu w szpitalu (dni)</td> <td data-bbox="1368 967 1543 1003">1 (I=40; K=40)</td> <td data-bbox="1543 967 1684 1003">MD= -0,30</td> <td data-bbox="1684 967 1879 1003">-1,53; 0,93</td> <td data-bbox="1879 967 2092 1003">b.d.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="954 1003 1368 1070" rowspan="2">Ból (WOMAC, SF-36)</td> <td data-bbox="1368 1003 1543 1040">1 (I=40; K=40)</td> <td data-bbox="1543 1003 1684 1040">SMD= 0,11</td> <td data-bbox="1684 1003 1879 1040">-0,38; 0,59</td> <td data-bbox="1879 1003 2092 1040">b.d.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1368 1040 1543 1070">1 (I=85; K=74)</td> <td data-bbox="1543 1040 1684 1070">SMD= -0,07</td> <td data-bbox="1684 1040 1879 1070">-0,41; 0,27</td> <td data-bbox="1879 1040 2092 1070">b.d.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="954 1070 1368 1137" rowspan="2">Zakres ruchu kolana – zgięcie (stopnie)</td> <td data-bbox="1368 1070 1543 1107">1 (I=40; K=40)</td> <td data-bbox="1543 1070 1684 1107">MD= 5,00;</td> <td data-bbox="1684 1070 1879 1107">-1,44; 11,44</td> <td data-bbox="1879 1070 2092 1107">b.d.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1368 1107 1543 1137">1 (I=30; K=30)</td> <td data-bbox="1543 1107 1684 1137">MD= -2,32</td> <td data-bbox="1684 1107 1879 1137">-6,25; 1,61</td> <td data-bbox="1879 1107 2092 1137">b.d.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="954 1137 1368 1209" rowspan="2">Zakres ruchu kolana – wyprostowanie (stopnie)</td> <td data-bbox="1368 1137 1543 1174">1 (I=40; K=40)</td> <td data-bbox="1543 1137 1684 1174">MD= 1,00</td> <td data-bbox="1684 1137 1879 1174">-136; 3,36</td> <td data-bbox="1879 1137 2092 1174">b.d.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1368 1174 1543 1209">1 (I=30; K=30)</td> <td data-bbox="1543 1174 1684 1209">MD= 1,42</td> <td data-bbox="1684 1174 1879 1209">-0,13; 2,97</td> <td data-bbox="1879 1174 2092 1209">b.d.</td> </tr> </tbody> </table>							punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	P I ²	Aktywność (WOMAC, SF-36, Lequesne Hip and Knee Score, KSS)	1 (I=40; K=40)	SMD= 0,00	-0,48; 0,48	b.d.	1 (I=30; K=30)	SMD= 0,23	-0,28; 0,74	b.d.	1 (I=85; K=74)	SMD= 0,03	-0,31; 0,37	b.d.	Długość pobytu w szpitalu (dni)	1 (I=40; K=40)	MD= -0,30	-1,53; 0,93	b.d.	Ból (WOMAC, SF-36)	1 (I=40; K=40)	SMD= 0,11	-0,38; 0,59	b.d.	1 (I=85; K=74)	SMD= -0,07	-0,41; 0,27	b.d.	Zakres ruchu kolana – zgięcie (stopnie)	1 (I=40; K=40)	MD= 5,00;	-1,44; 11,44	b.d.	1 (I=30; K=30)	MD= -2,32	-6,25; 1,61	b.d.	Zakres ruchu kolana – wyprostowanie (stopnie)	1 (I=40; K=40)	MD= 1,00	-136; 3,36	b.d.	1 (I=30; K=30)	MD= 1,42	-0,13; 2,97	b.d.
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	P I ²																																																				
Aktywność (WOMAC, SF-36, Lequesne Hip and Knee Score, KSS)	1 (I=40; K=40)	SMD= 0,00	-0,48; 0,48	b.d.																																																				
	1 (I=30; K=30)	SMD= 0,23	-0,28; 0,74	b.d.																																																				
	1 (I=85; K=74)	SMD= 0,03	-0,31; 0,37	b.d.																																																				
Długość pobytu w szpitalu (dni)	1 (I=40; K=40)	MD= -0,30	-1,53; 0,93	b.d.																																																				
Ból (WOMAC, SF-36)	1 (I=40; K=40)	SMD= 0,11	-0,38; 0,59	b.d.																																																				
	1 (I=85; K=74)	SMD= -0,07	-0,41; 0,27	b.d.																																																				
Zakres ruchu kolana – zgięcie (stopnie)	1 (I=40; K=40)	MD= 5,00;	-1,44; 11,44	b.d.																																																				
	1 (I=30; K=30)	MD= -2,32	-6,25; 1,61	b.d.																																																				
Zakres ruchu kolana – wyprostowanie (stopnie)	1 (I=40; K=40)	MD= 1,00	-136; 3,36	b.d.																																																				
	1 (I=30; K=30)	MD= 1,42	-0,13; 2,97	b.d.																																																				
<p><u>Wyniki łączne na korzyść kontroli w ocenianych punktach końcowych:</u></p>																																																								
<p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u> Interwencja prowadzona w warunkach szpitalnych oraz oddziału rehabilitacyjnego.</p>																																																								

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori z przeglądu systematycznego)	Raportowane wyniki																																																																																					
<u>Źródła finansowania:</u> b.d.																																																																																							
<p>Cel: porównanie wpływu rehabilitacji domowej i szpitalnej u pacjentów po alloplastyce stawu kolanowego (ang TKA – total knee arthroplasty).</p> <p><u>Synteza wyników:</u> ilościowa i jakościowa</p> <p><u>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</u> do lutego 2016 r.</p>	<p>Populacja: dorośli (w wieku >18 lat) z chorobą zwyrodnieniową stawów, którzy przeszli alloplastykę stawu kolanowego (ang. total knee arthroplasty).</p> <p>Interwencja: rehabilitacja domowa</p> <p>Komparator: rehabilitacja szpitalna</p> <p>Punkty końcowe:</p> <p>Pierwszorzędowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jakość życia (skala WOMAC – ocena funkcji stawu kolanowego) • ocena bólu (skala WOMAC – ang. The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index, skala KOOS – ang. Knee and Osteoarthritis Outcome Score) • ocena sztywności (skala VAS – Visual Analog Scale), • ocena sprawności fizycznej (skala WOMAC, kwestionariusz SF-36). <p>Drugorzędowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ocena zakresu ruchu stawu kolanowego (ang. ROM – knee range of motion (np. stopniowe zginanie i prostowanie kolana), • ocena stawu kolanowego (ang. Oxford Knee Score) • test chodu, • koszty rehabilitacji. <p>Metodyka:</p> <p><u>Do przeglądu włączono badania spełniające następujące kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • badania RCT, • badania, które uzyskały min. niż 4 punkty, max. 6 punktów, średnia ocena 4,7 w zmodyfikowanej skali Jadad (badania wysokiej jakości) <p><u>Kryteria wykluczenia:</u> b. d.</p>	<p>Włączone badania: n=10 (10 badań RCT), (lata: 1974–2016).</p> <p>Populacja: 1240 pacjentów (interwencja=634, komparator=606).</p> <ul style="list-style-type: none"> • wiek: przedział średniego wieku pacjentów: 64,1–73,3 lat, • płeć: 738 kobiet, 529 mężczyzn <p>Interwencja: rehabilitacja domowa</p> <p>Komparator: rehabilitacja szpitalna</p> <p>Wyniki:</p> <p><u>Wyniki łączne na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="952 630 2083 742"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>P</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ocena zakresu ruchu stawu kolanowego ROM (zginanie) (stopnie) – 52 tyg.</td> <td>1 (ogółem 160 pacjentów)</td> <td>MD= 3,00</td> <td>1,86; 4,14</td> <td>0,01</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Wyniki punktów końcowych neutralnych (brak przewagi jakiegokolwiek grupy).</u></p> <p>Tabela 2. Neutralne wyniki punktów końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="952 837 2083 1356"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Całkowity wynik WOMAC (pkt):</td> </tr> <tr> <td>≤ 12 tyg.</td> <td>5 (ogółem 805 pacjentów)</td> <td>MD= -3,59</td> <td>-9,06; 1,89</td> <td>0,2; 84%</td> </tr> <tr> <td>52 tyg.</td> <td>2 (ogółem 230 pacjentów)</td> <td>MD= -3,92</td> <td>-19,82; 11,97</td> <td>0,63; 97%</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Ocena bólu:*</td> </tr> <tr> <td>≤ 12 tyg.</td> <td>6 (ogółem 871 pacjentów)</td> <td>MD= -0,04</td> <td>-0,18; 0,09</td> <td>0,53; 0%</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Sprawność fizyczna:**</td> </tr> <tr> <td>≤ 12 tyg.</td> <td>6 (ogółem 753 pacjentów)</td> <td>MD= -0,09</td> <td>-0,24; 0,09</td> <td>0,21; 2%</td> </tr> <tr> <td>52 tyg.</td> <td>2 (ogółem 128 pacjentów)</td> <td>MD= 0,14</td> <td>-0,54; 0,83</td> <td>0,68; 71%</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Ocena sztywności:</td> </tr> <tr> <td>≤ 12 tyg.</td> <td>3 (ogółem 255 pacjentów)</td> <td>MD= -0,23</td> <td>-0,48; 0,02</td> <td>0,08; 16%</td> </tr> <tr> <td>52 tyg.</td> <td>1 (ogółem 70 pacjentów)</td> <td>MD= 0,27</td> <td>-0,25; 0,78</td> <td>0,31</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">ocena zakresu ruchu stawu kolanowego ROM (zginanie) (stopnie):</td> </tr> <tr> <td>≤ 12 tyg.,</td> <td>5 (ogółem 813 pacjentów)</td> <td>MD= 1,53</td> <td>-0,63; 3,68</td> <td>0,16; 58%</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">ocena zakresu ruchu stawu kolanowego ROM (prostowanie) (stopnie):</td> </tr> </tbody> </table>	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	P	ocena zakresu ruchu stawu kolanowego ROM (zginanie) (stopnie) – 52 tyg.	1 (ogółem 160 pacjentów)	MD= 3,00	1,86; 4,14	0,01	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p I ²	Całkowity wynik WOMAC (pkt):					≤ 12 tyg.	5 (ogółem 805 pacjentów)	MD= -3,59	-9,06; 1,89	0,2; 84%	52 tyg.	2 (ogółem 230 pacjentów)	MD= -3,92	-19,82; 11,97	0,63; 97%	Ocena bólu:*					≤ 12 tyg.	6 (ogółem 871 pacjentów)	MD= -0,04	-0,18; 0,09	0,53; 0%	Sprawność fizyczna:**					≤ 12 tyg.	6 (ogółem 753 pacjentów)	MD= -0,09	-0,24; 0,09	0,21; 2%	52 tyg.	2 (ogółem 128 pacjentów)	MD= 0,14	-0,54; 0,83	0,68; 71%	Ocena sztywności:					≤ 12 tyg.	3 (ogółem 255 pacjentów)	MD= -0,23	-0,48; 0,02	0,08; 16%	52 tyg.	1 (ogółem 70 pacjentów)	MD= 0,27	-0,25; 0,78	0,31	ocena zakresu ruchu stawu kolanowego ROM (zginanie) (stopnie):					≤ 12 tyg.,	5 (ogółem 813 pacjentów)	MD= 1,53	-0,63; 3,68	0,16; 58%	ocena zakresu ruchu stawu kolanowego ROM (prostowanie) (stopnie):				
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	P																																																																																			
ocena zakresu ruchu stawu kolanowego ROM (zginanie) (stopnie) – 52 tyg.	1 (ogółem 160 pacjentów)	MD= 3,00	1,86; 4,14	0,01																																																																																			
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p I ²																																																																																			
Całkowity wynik WOMAC (pkt):																																																																																							
≤ 12 tyg.	5 (ogółem 805 pacjentów)	MD= -3,59	-9,06; 1,89	0,2; 84%																																																																																			
52 tyg.	2 (ogółem 230 pacjentów)	MD= -3,92	-19,82; 11,97	0,63; 97%																																																																																			
Ocena bólu:*																																																																																							
≤ 12 tyg.	6 (ogółem 871 pacjentów)	MD= -0,04	-0,18; 0,09	0,53; 0%																																																																																			
Sprawność fizyczna:**																																																																																							
≤ 12 tyg.	6 (ogółem 753 pacjentów)	MD= -0,09	-0,24; 0,09	0,21; 2%																																																																																			
52 tyg.	2 (ogółem 128 pacjentów)	MD= 0,14	-0,54; 0,83	0,68; 71%																																																																																			
Ocena sztywności:																																																																																							
≤ 12 tyg.	3 (ogółem 255 pacjentów)	MD= -0,23	-0,48; 0,02	0,08; 16%																																																																																			
52 tyg.	1 (ogółem 70 pacjentów)	MD= 0,27	-0,25; 0,78	0,31																																																																																			
ocena zakresu ruchu stawu kolanowego ROM (zginanie) (stopnie):																																																																																							
≤ 12 tyg.,	5 (ogółem 813 pacjentów)	MD= 1,53	-0,63; 3,68	0,16; 58%																																																																																			
ocena zakresu ruchu stawu kolanowego ROM (prostowanie) (stopnie):																																																																																							

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia <i>a priori</i> z przeglądu systematycznego)	Raportowane wyniki																			
		≤ 12 tyg.,	3 (ogółem 594 pacjentów)	MD= 0,82	-0,99; 2,64	0,37; 70%															
Test chodu:																					
		≤ 12 tyg.,	2 (ogółem 480 pacjentów)	MD= -0,008	-0,73; 0,57	0,81; 0%															
		52 tyg.	1 (ogółem 85 pacjentów)	MD= 0,1	-1,05; 1,25	0,87															
		Ocena stawu kolanowego***	3 (ogółem 203 pacjentów)	MD= -0,40	-1,54; 0,74	0,49; 0%															
		Koszty rehabilitacji (USD)	3 (ogółem 269 pacjentów)	MD= 9,54	-215,03; 234,11	0,93, 72%															
<p>* mierzona za pomocą skali WOMAC, skali KOOS, skali VAS ** mierzona za pomocą skali WOMAC i kwestionariusza SF-36 *** mierzona za pomocą kwestionariusza Oxford Knee Score</p>																					
<p>Wyniki łączne na korzyść komparatora w ocenianych punktach końcowych.</p>																					
<p>Tabela 3. Wyniki przemawiające na korzyść komparatora w ocenianych punktach końcowych.</p>																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">punkt końcowy</th> <th style="width: 25%;">liczba badań</th> <th style="width: 25%;">wynik</th> <th style="width: 15%;">95%CI</th> <th style="width: 10%;">p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Ocena bólu: *</td> </tr> <tr> <td>52 tyg.</td> <td>2 (ogółem 162 pacjentów)</td> <td>MD= 0,35</td> <td>0,03; 0,67</td> <td>0,03; 0%</td> </tr> </tbody> </table>							punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p	Ocena bólu: *					52 tyg.	2 (ogółem 162 pacjentów)	MD= 0,35	0,03; 0,67	0,03; 0%
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p																	
Ocena bólu: *																					
52 tyg.	2 (ogółem 162 pacjentów)	MD= 0,35	0,03; 0,67	0,03; 0%																	
<p>* mierzona za pomocą skali WOMAC, skali KOOS, skali VAS</p>																					
<p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u></p>																					
<ul style="list-style-type: none"> • domowe 																					
<p><u>Okres follow-up:</u></p>																					
<p>b.d..</p>																					
<p>Luo 2017</p>																					
<p><u>Źródła finansowania:</u> b.d.</p>																					
<p><u>Cel:</u> Porównanie skuteczności oraz kosztów rehabilitacji w warunkach domowych z rehabilitacją szpitalną u pacjentów po alloplastyce stawu biodrowego lub kolanowego. <u>Synteza wyników:</u> ilościowa i jakościowa</p>	<p><u>Populacja:</u> Pacjenci po operacjach: jednostronna alloplastyka pierwotna stawu kolanowego, alloplastyka stawu biodrowego. <u>Interwencja:</u> Rehabilitacja w warunkach szpitalnych <u>Komparator:</u> Rehabilitacja w warunkach domowych <u>Punkty końcowe:</u> Nie określono <i>a priori</i> <u>Metodyka:</u> <u>Do przeglądu włączono badania spełniające następujące kryteria włączenia:</u> badania RCT,</p>	<p><u>Włączone badania:</u> n=7 (7 badań RCT), (lata: 2004–2015). <u>Populacja:</u> 824 pacjentów (interwencja=400, komparator=420)*. <ul style="list-style-type: none"> • wiek: przedział średniego wieku pacjentów: od 45,55 do 71 lat. • płeć: b.d. <u>Interwencja:</u> wizyta pacjenta; program rehabilitacji w trybie dziennym; pobyt w centrum rehabilitacji; rehabilitacja szpitalna lub fizjoterapia szpitalna, a następnie ambulatoryjna. <u>Komparator:</u> rehabilitacja domowa; instrukcje do wykonywania ćwiczeń fizycznych; programy edukacyjne; ćwiczenia fizyczne tożsame z interwencją, wykonywane bez nadzoru; indywidualne leczenie przedoperacyjne oraz wizyty po wypisie ze szpitala; brak interwencji. <u>Okres badania follow-up:</u> zawierał się w przedziale od 2 miesięcy do 1 roku</p>																			

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori z przeglądu systematycznego)	Raportowane wyniki																																																																																
<p><u>Przedział czasu objętym wyszukiwaniem:</u> od: nie ograniczono; do: 06.2016</p>	<p>publikacje pełnotekstowe w języku angielskim.</p> <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <p>Z opracowania wykluczono: artykuły przeglądowe, opisy przypadków, abstrakty konferencyjne, komentarze, listy,</p>	<p><u>Wyniki:</u></p> <p><u>Wyniki łączne na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść rehabilitacji domowej w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="952 395 2092 571"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p; I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Zakres ruchu (brak wskazanej metody pomiaru)</td> <td>w 3–4 miesięcznym follow-up</td> <td>2 (I=159; K=140)</td> <td>SMD=0,28</td> <td>-0,41; 0,98</td> <td>0,42; 88%</td> </tr> <tr> <td>w 12 miesięcznym follow-up</td> <td>1 (I=60; K=56)</td> <td>SMD=0,55</td> <td>0,18; 0,92</td> <td>0,004</td> </tr> <tr> <td>łącznie</td> <td>3 (I=219; K=196)</td> <td>SMD=0,37</td> <td>-0,10; 0,83</td> <td>0,12; 82%</td> </tr> <tr> <td>Koszty leczenia</td> <td>łącznie</td> <td>4 (I=293; K=245)</td> <td>SMD=0,42</td> <td>0,04; 0,80</td> <td>0,25; 98%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tabela 2. Wyniki przemawiające na korzyść rehabilitacji szpitalnej w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="952 624 2092 975"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Redukcja bólu (brak wskazanej metody pomiaru)</td> <td>w 2–4 miesięcznym follow-up</td> <td>4 (I=282; K=272)</td> <td>SMD=-0,01</td> <td>-0,17; 0,16</td> <td>0,93; 0%</td> </tr> <tr> <td>w 12 miesięcznym follow-up</td> <td>1 (I=115; K=119)</td> <td>SMD=-0,21</td> <td>-0,47; 0,05</td> <td>0,11</td> </tr> <tr> <td>łącznie</td> <td>5 (I=397; K=391)</td> <td>SMD=-0,07</td> <td>-0,21; 0,07</td> <td>0,34; 0%</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Funkcje pooperacyjne (brak wskazanej metody pomiaru)</td> <td>w 2–4 miesięcznym follow-up</td> <td>4 (I=282; K=272)</td> <td>SMD=-0,04</td> <td>-0,21; 0,12</td> <td>0,60; 0%</td> </tr> <tr> <td>w 12 miesięcznym follow-up</td> <td>1 (I=115; K=119)</td> <td>SMD=-0,27</td> <td>-0,53; -0,01</td> <td>0,04</td> </tr> <tr> <td>łącznie</td> <td>5 (I=397; K=391)</td> <td>SMD=-0,11</td> <td>-0,25; 0,03</td> <td>0,12; 0%</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Zmiana wyniku 6MWT</td> <td>w 2 miesięcznym follow-up</td> <td>2 (I=110; K=96)</td> <td>SMD=-1,68</td> <td>-4,32; 0,97</td> <td>0,21; 98%</td> </tr> <tr> <td>w 4 miesięcznym follow-up</td> <td>1 (I=99; K=84)</td> <td>SMD=-0,21</td> <td>-0,50; 0,08</td> <td>0,15</td> </tr> <tr> <td>łącznie</td> <td>3 (I=209; K=180)</td> <td>SMD=-1,18</td> <td>-3,19; 0,83</td> <td>0,25; 98%</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u></p> <p>Publikacja porównuje skuteczność stosowania rehabilitacji w warunkach szpitalnych oraz warunkach domowych.</p> <p>* – w publikacji występuje niezgodność w zakresie liczby pacjentów</p>	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p; I ²	Zakres ruchu (brak wskazanej metody pomiaru)	w 3–4 miesięcznym follow-up	2 (I=159; K=140)	SMD=0,28	-0,41; 0,98	0,42; 88%	w 12 miesięcznym follow-up	1 (I=60; K=56)	SMD=0,55	0,18; 0,92	0,004	łącznie	3 (I=219; K=196)	SMD=0,37	-0,10; 0,83	0,12; 82%	Koszty leczenia	łącznie	4 (I=293; K=245)	SMD=0,42	0,04; 0,80	0,25; 98%	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	Redukcja bólu (brak wskazanej metody pomiaru)	w 2–4 miesięcznym follow-up	4 (I=282; K=272)	SMD=-0,01	-0,17; 0,16	0,93; 0%	w 12 miesięcznym follow-up	1 (I=115; K=119)	SMD=-0,21	-0,47; 0,05	0,11	łącznie	5 (I=397; K=391)	SMD=-0,07	-0,21; 0,07	0,34; 0%	Funkcje pooperacyjne (brak wskazanej metody pomiaru)	w 2–4 miesięcznym follow-up	4 (I=282; K=272)	SMD=-0,04	-0,21; 0,12	0,60; 0%	w 12 miesięcznym follow-up	1 (I=115; K=119)	SMD=-0,27	-0,53; -0,01	0,04	łącznie	5 (I=397; K=391)	SMD=-0,11	-0,25; 0,03	0,12; 0%	Zmiana wyniku 6MWT	w 2 miesięcznym follow-up	2 (I=110; K=96)	SMD=-1,68	-4,32; 0,97	0,21; 98%	w 4 miesięcznym follow-up	1 (I=99; K=84)	SMD=-0,21	-0,50; 0,08	0,15	łącznie	3 (I=209; K=180)	SMD=-1,18	-3,19; 0,83	0,25; 98%
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p; I ²																																																																														
Zakres ruchu (brak wskazanej metody pomiaru)	w 3–4 miesięcznym follow-up	2 (I=159; K=140)	SMD=0,28	-0,41; 0,98	0,42; 88%																																																																													
	w 12 miesięcznym follow-up	1 (I=60; K=56)	SMD=0,55	0,18; 0,92	0,004																																																																													
	łącznie	3 (I=219; K=196)	SMD=0,37	-0,10; 0,83	0,12; 82%																																																																													
Koszty leczenia	łącznie	4 (I=293; K=245)	SMD=0,42	0,04; 0,80	0,25; 98%																																																																													
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²																																																																														
Redukcja bólu (brak wskazanej metody pomiaru)	w 2–4 miesięcznym follow-up	4 (I=282; K=272)	SMD=-0,01	-0,17; 0,16	0,93; 0%																																																																													
	w 12 miesięcznym follow-up	1 (I=115; K=119)	SMD=-0,21	-0,47; 0,05	0,11																																																																													
	łącznie	5 (I=397; K=391)	SMD=-0,07	-0,21; 0,07	0,34; 0%																																																																													
Funkcje pooperacyjne (brak wskazanej metody pomiaru)	w 2–4 miesięcznym follow-up	4 (I=282; K=272)	SMD=-0,04	-0,21; 0,12	0,60; 0%																																																																													
	w 12 miesięcznym follow-up	1 (I=115; K=119)	SMD=-0,27	-0,53; -0,01	0,04																																																																													
	łącznie	5 (I=397; K=391)	SMD=-0,11	-0,25; 0,03	0,12; 0%																																																																													
Zmiana wyniku 6MWT	w 2 miesięcznym follow-up	2 (I=110; K=96)	SMD=-1,68	-4,32; 0,97	0,21; 98%																																																																													
	w 4 miesięcznym follow-up	1 (I=99; K=84)	SMD=-0,21	-0,50; 0,08	0,15																																																																													
	łącznie	3 (I=209; K=180)	SMD=-1,18	-3,19; 0,83	0,25; 98%																																																																													
<p>Wang 2016 <u>Źródła finansowania:</u> b.d.</p>																																																																																		
<p><u>Cel:</u> Określenie wpływu klinicznego przedoperacyjnej fizjoterapii u pacjentów przed operacją alloplastyki dowolnego stawu.</p>	<p><u>Populacja:</u> Pacjenci przed planowanymi operacjami alloplastyki dowolnego stawu.</p> <p><u>Interwencja:</u> przedoperacyjne programy rehabilitacji (np. przepisane oraz nadzorowane programy rehabilitacji z ewentualnym uwzględnieniem interwencji towarzyszących takich jak edukacja,</p>	<p><u>Włączone badania:</u> n=22 (22 badania RCT), (lata: 1993–2014).</p> <p><u>Populacja:</u> 1492 pacjentów (interwencja=b.d. , komparator=b.d.), szczegółowa liczebność populacji pacjentów przedstawiono w zakresie pojedynczych punktów końcowych.</p> <ul style="list-style-type: none"> wiek: przedział średniego wieku pacjentów: od 51 do 76 lat. pleć: b.d. 																																																																																

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori z przeglądu systematycznego)	Raportowane wyniki																																																																																																																				
<p><u>Synteza wyników:</u> ilościowa i jakościowa</p> <p><u>Przedział czasu objętym wyszukiwaniem:</u> od: bez ograniczeń do: 11.2015</p>	<p>poradnictwo żywieniowe, akupunktura, przeszskórna stymulacja nerwów)</p> <p><u>Komparator:</u> brak formalnych programów rehabilitacji</p> <p><u>Punkty końcowe:</u></p> <p>ból (mierzony za pomocą wizualnej skali analogowej lub komponentów dotyczących bólu narzędzia Western Ontario and McMaster Universities osteoarthritis index – WOMAC lub innych narzędzi),</p> <p>stan funkcjonalny pacjenta (mierzony za pomocą WOMAC, SF-36 lub innym narzędziem),</p> <p>czas do odzyskania sprawności w zakresie aktywności dnia codziennego,</p> <p>jakość życia,</p> <p>satysfakcja pacjenta,</p> <p>występowanie infekcji,</p> <p>transfuzje,</p> <p>udar lub śmierć</p> <p>inne komplikacje pooperacyjne,</p> <p>długość pobytu w szpitalu,</p> <p>ponowne przyjęcia,</p> <p>całkowite koszty hospitalizacji.</p> <p><u>Metodyka:</u></p> <p><u>Do przeglądu włączono badania spełniające następujące kryteria włączenia:</u></p> <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <p>Badania RCT,</p> <p>Badania raportujące przynajmniej jeden istotny klinicznie punkt końcowy.</p>	<p><u>Interwencja:</u> ćwiczenia fizyczne nadzorowane przez fizjoterapeutę w połączeniu z ćwiczenia w domu, ćwiczenia fizyczne nadzorowane przez fizjoterapeutę, ćwiczenia w domu, ćwiczenia fizyczne nadzorowane przez fizjoterapeutę w połączeniu z edukacją</p> <p><u>Komparator:</u> brak interwencji lub standardowa opieka, placebo, edukacja lub ćwiczenia w domu</p> <p><u>Okres badania follow-up:</u> zawierał się w przedziale od 3 miesięcy do 1 roku.</p> <p><u>Wyniki:</u></p> <p><u>Wyniki łączne na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="952 542 2083 1141"> <thead> <tr> <th colspan="2">punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">Redukcja bólu (skala WOMAC) (pkt)</td> <td>w 4 tygodniu lub krócej</td> <td>4 (n=213)</td> <td>WMD=-6,1</td> <td>-10,6; -1,6</td> <td>0,05; 55%</td> </tr> <tr> <td>w 6–8 tygodniu</td> <td>5 (n=488)</td> <td>WMD=-1,4</td> <td>-5,5; 2,6</td> <td>n.s.; 16%</td> </tr> <tr> <td>w 12 tygodniu</td> <td>10 (n=806)</td> <td>WMD=-2,9</td> <td>-6,2; 0,3</td> <td>n.s.; 46%</td> </tr> <tr> <td>w 24 tygodniu</td> <td>3 (n=247)</td> <td>WMD=-2,5</td> <td>-5,6; 0,6</td> <td>n.s.; 33%</td> </tr> <tr> <td>po 1 roku lub więcej</td> <td>1 (n=109)</td> <td>WMD=-2,0</td> <td>-7,5; 3,5</td> <td>n.s.</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Stan funkcjonalny pacjenta (skala WOMAC) (pkt)</td> <td>w 4 tygodniu lub krócej</td> <td>5 (n=257)</td> <td>WMD=-3,6</td> <td>-7,7; 0,5</td> <td>n.s.; 79%</td> </tr> <tr> <td>w 6–8 tygodniu</td> <td>5 (n=488)</td> <td>WMD=-3,9</td> <td>-7,6; -0,3</td> <td>0,05; 31%</td> </tr> <tr> <td>w 12 tygodniu</td> <td>12 (n=836)</td> <td>WMD=-4,0</td> <td>-7,5; -0,5</td> <td>0,05; I²69%</td> </tr> <tr> <td>w 24 tygodniu</td> <td>5 (n=345)</td> <td>WMD=-0,5</td> <td>-5,8; 4,7</td> <td>n.s.; 89%</td> </tr> <tr> <td>po 1 roku lub więcej</td> <td>6 (n=296)</td> <td>WMD=-0,6</td> <td>-2,6; 1,4</td> <td>n.s.; 0%</td> </tr> <tr> <td>Liczba dni do korzystania ze schodów (dni)</td> <td>2 (n=99)</td> <td>WMD=-1,4</td> <td>-1,9; -0,8</td> <td>0,05; 0%</td> </tr> <tr> <td>Liczba dni do chodzenia (dni)</td> <td>2 (n=99)</td> <td>WMD=-0,2</td> <td>-0,4; 0,002</td> <td>n.s.; 29%</td> </tr> <tr> <td>Liczba dni do korzystania z toalety (dni)</td> <td>2 (n=99)</td> <td>WMD=-0,9</td> <td>-1,3; -0,5</td> <td>0,05; 0%</td> </tr> <tr> <td>Liczba dni do korzystania z krzesła (dni)</td> <td>2 (n=99)</td> <td>WMD=-1,2</td> <td>-1,7; -0,8</td> <td>0,05; 0%</td> </tr> <tr> <td>Jakość życia – komponent fizyczny (SF-36) w 6 tygodniu (pkt)</td> <td>1 (n=109)</td> <td>WMD=2,7</td> <td>-9,4; 14,7</td> <td>n.s.</td> </tr> <tr> <td>Długość pobytu w szpitalu (dni)</td> <td>7 (n=507)</td> <td>WMD=-0,3</td> <td>-0,8; 0,1</td> <td>n.s.; b.d.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tabela 2. Wyniki przemawiające na korzyść komparatora w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="952 1189 2083 1356"> <thead> <tr> <th colspan="2">punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Jakość życia – komponent fizyczny (SF-36) (pkt)</td> <td>w 12 tygodniu</td> <td>3 (n=149)</td> <td>WMD=-0,13</td> <td>-5,4; 4,7</td> <td>n.s.; 50%</td> </tr> <tr> <td>w 1 roku</td> <td>1 (n=109)</td> <td>WMD=-3,0</td> <td>-6,4; 0,4</td> <td>n.s.</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Jakość życia – komponent psychiczny (SF-36) (pkt)</td> <td>w 6 tygodniu</td> <td>1 (n=17)</td> <td>WMD=-3,4</td> <td>-19,9; 13</td> <td>n.s.</td> </tr> <tr> <td>w 12 tygodniu</td> <td>3 (n=149)</td> <td>WMD=-0,4</td> <td>-3,7; 2,9</td> <td>n.s.; 0%</td> </tr> </tbody> </table>	punkt końcowy		liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	Redukcja bólu (skala WOMAC) (pkt)	w 4 tygodniu lub krócej	4 (n=213)	WMD=-6,1	-10,6; -1,6	0,05; 55%	w 6–8 tygodniu	5 (n=488)	WMD=-1,4	-5,5; 2,6	n.s.; 16%	w 12 tygodniu	10 (n=806)	WMD=-2,9	-6,2; 0,3	n.s.; 46%	w 24 tygodniu	3 (n=247)	WMD=-2,5	-5,6; 0,6	n.s.; 33%	po 1 roku lub więcej	1 (n=109)	WMD=-2,0	-7,5; 3,5	n.s.	Stan funkcjonalny pacjenta (skala WOMAC) (pkt)	w 4 tygodniu lub krócej	5 (n=257)	WMD=-3,6	-7,7; 0,5	n.s.; 79%	w 6–8 tygodniu	5 (n=488)	WMD=-3,9	-7,6; -0,3	0,05; 31%	w 12 tygodniu	12 (n=836)	WMD=-4,0	-7,5; -0,5	0,05; I²69%	w 24 tygodniu	5 (n=345)	WMD=-0,5	-5,8; 4,7	n.s.; 89%	po 1 roku lub więcej	6 (n=296)	WMD=-0,6	-2,6; 1,4	n.s.; 0%	Liczba dni do korzystania ze schodów (dni)	2 (n=99)	WMD=-1,4	-1,9; -0,8	0,05; 0%	Liczba dni do chodzenia (dni)	2 (n=99)	WMD=-0,2	-0,4; 0,002	n.s.; 29%	Liczba dni do korzystania z toalety (dni)	2 (n=99)	WMD=-0,9	-1,3; -0,5	0,05; 0%	Liczba dni do korzystania z krzesła (dni)	2 (n=99)	WMD=-1,2	-1,7; -0,8	0,05; 0%	Jakość życia – komponent fizyczny (SF-36) w 6 tygodniu (pkt)	1 (n=109)	WMD=2,7	-9,4; 14,7	n.s.	Długość pobytu w szpitalu (dni)	7 (n=507)	WMD=-0,3	-0,8; 0,1	n.s.; b.d.	punkt końcowy		liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	Jakość życia – komponent fizyczny (SF-36) (pkt)	w 12 tygodniu	3 (n=149)	WMD=-0,13	-5,4; 4,7	n.s.; 50%	w 1 roku	1 (n=109)	WMD=-3,0	-6,4; 0,4	n.s.	Jakość życia – komponent psychiczny (SF-36) (pkt)	w 6 tygodniu	1 (n=17)	WMD=-3,4	-19,9; 13	n.s.	w 12 tygodniu	3 (n=149)	WMD=-0,4	-3,7; 2,9	n.s.; 0%
punkt końcowy		liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²																																																																																																																	
Redukcja bólu (skala WOMAC) (pkt)	w 4 tygodniu lub krócej	4 (n=213)	WMD=-6,1	-10,6; -1,6	0,05; 55%																																																																																																																	
	w 6–8 tygodniu	5 (n=488)	WMD=-1,4	-5,5; 2,6	n.s.; 16%																																																																																																																	
	w 12 tygodniu	10 (n=806)	WMD=-2,9	-6,2; 0,3	n.s.; 46%																																																																																																																	
	w 24 tygodniu	3 (n=247)	WMD=-2,5	-5,6; 0,6	n.s.; 33%																																																																																																																	
	po 1 roku lub więcej	1 (n=109)	WMD=-2,0	-7,5; 3,5	n.s.																																																																																																																	
Stan funkcjonalny pacjenta (skala WOMAC) (pkt)	w 4 tygodniu lub krócej	5 (n=257)	WMD=-3,6	-7,7; 0,5	n.s.; 79%																																																																																																																	
	w 6–8 tygodniu	5 (n=488)	WMD=-3,9	-7,6; -0,3	0,05; 31%																																																																																																																	
	w 12 tygodniu	12 (n=836)	WMD=-4,0	-7,5; -0,5	0,05; I²69%																																																																																																																	
	w 24 tygodniu	5 (n=345)	WMD=-0,5	-5,8; 4,7	n.s.; 89%																																																																																																																	
	po 1 roku lub więcej	6 (n=296)	WMD=-0,6	-2,6; 1,4	n.s.; 0%																																																																																																																	
Liczba dni do korzystania ze schodów (dni)	2 (n=99)	WMD=-1,4	-1,9; -0,8	0,05; 0%																																																																																																																		
Liczba dni do chodzenia (dni)	2 (n=99)	WMD=-0,2	-0,4; 0,002	n.s.; 29%																																																																																																																		
Liczba dni do korzystania z toalety (dni)	2 (n=99)	WMD=-0,9	-1,3; -0,5	0,05; 0%																																																																																																																		
Liczba dni do korzystania z krzesła (dni)	2 (n=99)	WMD=-1,2	-1,7; -0,8	0,05; 0%																																																																																																																		
Jakość życia – komponent fizyczny (SF-36) w 6 tygodniu (pkt)	1 (n=109)	WMD=2,7	-9,4; 14,7	n.s.																																																																																																																		
Długość pobytu w szpitalu (dni)	7 (n=507)	WMD=-0,3	-0,8; 0,1	n.s.; b.d.																																																																																																																		
punkt końcowy		liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²																																																																																																																	
Jakość życia – komponent fizyczny (SF-36) (pkt)	w 12 tygodniu	3 (n=149)	WMD=-0,13	-5,4; 4,7	n.s.; 50%																																																																																																																	
	w 1 roku	1 (n=109)	WMD=-3,0	-6,4; 0,4	n.s.																																																																																																																	
Jakość życia – komponent psychiczny (SF-36) (pkt)	w 6 tygodniu	1 (n=17)	WMD=-3,4	-19,9; 13	n.s.																																																																																																																	
	w 12 tygodniu	3 (n=149)	WMD=-0,4	-3,7; 2,9	n.s.; 0%																																																																																																																	

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori z przeglądu systematycznego)	Raportowane wyniki																																												
		w 12 tygodniu	1 (n=109)	WMD=-1,0	-4,9; 2,9	n s.																																								
		w 1 roku	1 (n=109)	WMD=-2,0	-5,1; 1,1	n s.																																								
		Łączny koszt (dolary kanadyjskie)		2 (n=242)	WMD=5	-384; 393 n s.																																								
Tabela 3. Wyniki neutralne w ocenianych punktach końcowych.																																														
		punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p																																								
Jakość życia – komponent fizyczny (SF-36) w 24 tygodniu (pkt)		1 (n=109)	WMD=0,0	-3,4; 3,4	n.s.																																									
<u>Warunki prowadzenia interwencji:</u>																																														
W 11 publikacjach badano wpływ interwencji stosowanej między innymi w warunkach domowych. Brak informacji o miejscu stosowania interwencji w zakresie pozostałych publikacji.																																														
Harvey 2014																																														
<u>Źródła finansowania:</u> The University of Ottawa, Canada; The Rehabilitation Studies Unit, Sydney School of Medicine/Northern, University of Sydney, Australia; NHMRC, Australia.																																														
<p><u>Cel:</u> ocena korzyści i szkód związanych z terapią ciągłym ruchem biernym CPM (ang. continuous passive motion) i standardowej opieki pooperacyjnej w porównaniu z podobną opieką pooperacyjną, z dodatkowymi ćwiczeniami na kolano lub bez nich, u osób z alloplastyką stawu kolanowego.</p> <p><u>Synteza wyników:</u> ilościowa i jakościowa</p> <p><u>Przedział czasu objętym wyszukiwaniem:</u> do stycznia 2013 r.</p>	<p><u>Populacja:</u> pacjenci w każdym wieku, hospitalizowani po całkowitej alloplastyce stawu kolanowego (ang. TKA - total knee arthroplasties) z przedoperacyjną diagnozą zapalenia stawów.</p> <p><u>Interwencja:</u> standardowa opieka pooperacyjna i rehabilitacja pooperacyjna z ciągłym ruchem biernym (CPM).</p> <p><u>Komparator:</u> rehabilitacja pooperacyjna z lub bez ćwiczeń stawów kolanowych.</p> <p><u>Punkty końcowe:</u></p> <p>Pierwszorzędowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ocena zakresu ruchu stawu kolanowego – aktywne zgięcie kolana (ang. ROM - knee range of motion), ocena bólu, sprawność funkcjonalna (m.in. Knee Society Score, The Hospital for Special Surgery Score, oraz Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index Physical Function Subscore) jakość życia, globalna ocena skuteczności leczenia, częstotliwość wykonania manipulacji w znieczuleniu, 	<p><u>Włączone badania:</u> n=24 (24 badania RCT), (lata: 1987–2010).</p> <p><u>Populacja:</u> 1445 pacjentów (interwencja=b.d., komparator=b.d.), szczegółowa liczebność populacji przedstawiona poniżej dla poszczególnych punktów końcowych.</p> <ul style="list-style-type: none"> • wiek: b.d. • płeć: b.d. <p><u>Interwencja:</u> standardowa opieka pooperacyjna (ćwiczenia wzmacniające mięśnie (izometryczne lub dynamiczne), ćwiczenia funkcjonalne, trening chodu, unieruchomienie lub chłodzenie) i rehabilitacja pooperacyjna z ciągłym ruchem biernym (CPM).</p> <p><u>Komparator:</u> rehabilitacja pooperacyjna z lub bez ćwiczeń stawów kolanowych.</p> <p><u>Wyniki:</u></p> <p><u>Wyniki łączne na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="943 1121 2094 1361"> <thead> <tr> <th colspan="2">punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>P; I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Aktywne zgięcie kolana – zakres ruchu (stopnie)</td> <td>efekty krótkoterminowe</td> <td>10 (I=237; K=233)</td> <td>MD=2,4</td> <td>-0,22; 5,03</td> <td>0,073; 43%</td> </tr> <tr> <td>efekty długoterminowe</td> <td>3 (I=67; K=65)</td> <td>MD=2,85</td> <td>-1,16; 6,87</td> <td>0,16; 54%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Ból (skala VAS) – efekty krótkoterminowe</td> <td>8 (I=208; K=206)</td> <td>MD=-0,38</td> <td>-0,84; 0,08</td> <td>0,1; 50%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sprawność funkcjonalna – efekty długoterminowe</td> <td>4 (I=139; K=149)</td> <td>SMD=0,02</td> <td>-0,22; 0,25</td> <td>0,89; 0%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Jakość życia (SF-12) –</td> <td>efekty średnioterminowe</td> <td>2 (I=76; K=80)</td> <td>MD=0,75</td> <td>-2,58; 4,08</td> <td>0,66; 0%</td> </tr> <tr> <td>efekty długoterminowe</td> <td>1 (I=48; K=52)</td> <td>MD=2,2</td> <td>-3,90; 8,30</td> <td>0,048</td> </tr> </tbody> </table>					punkt końcowy		liczba badań	wynik	95%CI	P; I ²	Aktywne zgięcie kolana – zakres ruchu (stopnie)	efekty krótkoterminowe	10 (I=237; K=233)	MD=2,4	-0,22; 5,03	0,073; 43%	efekty długoterminowe	3 (I=67; K=65)	MD=2,85	-1,16; 6,87	0,16; 54%	Ból (skala VAS) – efekty krótkoterminowe		8 (I=208; K=206)	MD=-0,38	-0,84; 0,08	0,1; 50%	Sprawność funkcjonalna – efekty długoterminowe		4 (I=139; K=149)	SMD=0,02	-0,22; 0,25	0,89; 0%	Jakość życia (SF-12) –	efekty średnioterminowe	2 (I=76; K=80)	MD=0,75	-2,58; 4,08	0,66; 0%	efekty długoterminowe	1 (I=48; K=52)	MD=2,2	-3,90; 8,30	0,048
punkt końcowy		liczba badań	wynik	95%CI	P; I ²																																									
Aktywne zgięcie kolana – zakres ruchu (stopnie)	efekty krótkoterminowe	10 (I=237; K=233)	MD=2,4	-0,22; 5,03	0,073; 43%																																									
	efekty długoterminowe	3 (I=67; K=65)	MD=2,85	-1,16; 6,87	0,16; 54%																																									
Ból (skala VAS) – efekty krótkoterminowe		8 (I=208; K=206)	MD=-0,38	-0,84; 0,08	0,1; 50%																																									
Sprawność funkcjonalna – efekty długoterminowe		4 (I=139; K=149)	SMD=0,02	-0,22; 0,25	0,89; 0%																																									
Jakość życia (SF-12) –	efekty średnioterminowe	2 (I=76; K=80)	MD=0,75	-2,58; 4,08	0,66; 0%																																									
	efekty długoterminowe	1 (I=48; K=52)	MD=2,2	-3,90; 8,30	0,048																																									

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori z przeglądu systematycznego)	Raportowane wyniki																																																																																												
	<p>wystąpienie zdarzeń niepożądanych. Drugorzędowe: pasywne zgięcie kolana ROM aktywny wyprost kolana ROM, pasywne zgięcie kolana ROM, długość pobytu w szpitalu, obrzęk i siła mięśnia czworogłowego.</p> <p><u>Metodyka:</u> <u>Do przeglądu włączono badania spełniające następujące kryteria włączenia:</u> badania RCT, w których grupa badana otrzymała terapię ciągłym ruchem biernym CPM, badania RCT, w których zarówno grupa badana jak i kontrolna otrzymały podobną opiekę pooperacyjną i terapię po całkowitej artroplastyce stawu kolanowego u osób z zapaleniem stawu, pacjenci w każdym wieku, pod warunkiem, że byli hospitalizowani po całkowitej artroplastyce stawu kolanowego (ang. TKA – total knee arthroplasties), wszyscy pacjenci musieli mieć przedoperacyjną diagnozę zapalenia stawów.</p> <p><u>Kryteria wykluczenia:</u> b. d.</p>	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Częstotliwość wykonywania manipulacji w znieczuleniu (MUA)</td> <td>8 (I=305; K=276)</td> <td>RR=0,34</td> <td>0,13; 0,89</td> <td>0,028; 0%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Pasywne zgięcie kolana – zakres ruchu (stopnie)</td> <td>efekty krótkoterminowe</td> <td>11 (I=344; K=353)</td> <td>MD=2,03</td> <td>0,21; 3,86</td> <td>0,029; 22%</td> </tr> <tr> <td>efekty długoterminowe</td> <td>2 (I=77; K=83)</td> <td>MD=0,06</td> <td>-2,22; 2,35</td> <td>0,96; 0%</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Aktywny wyprost kolana – zakres ruchu (stopnie)</td> <td>efekty krótkoterminowe</td> <td>11 (I=287; K=287)</td> <td>MD=0,85</td> <td>-0,36; 2,06</td> <td>0,17; 41%</td> </tr> <tr> <td>efekty średnioterminowe</td> <td>4 (I=97; K=98)</td> <td>MD=0,77</td> <td>-0,78; 2,31</td> <td>0,33; 41%</td> </tr> <tr> <td>efekty długoterminowe</td> <td>2 (I=51; K=57)</td> <td>MD=0,06</td> <td>-0,06; 0,18</td> <td>0,33; 0%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Pasywny wyprost kolana – zakres ruchu (stopnie)</td> <td>efekty krótkoterminowe</td> <td>11 (I=319; K=310)</td> <td>MD=0,64</td> <td>-0,26; 1,55</td> <td>0,16; 47%</td> </tr> <tr> <td>efekty długoterminowe</td> <td>3 (I=100; K=104)</td> <td>MD=0,13</td> <td>-0,34; 0,59</td> <td>0,59; 0%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Długość pobytu w szpitalu (dni)</td> <td>10 (I=312; K=302)</td> <td>MD=-0,44</td> <td>-1,03; 0,16</td> <td>0,15; 39%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Siła mięśnia czworogłowego</td> <td>2 (I=65; K=65)</td> <td>SMD=0,27</td> <td>-0,08; 0,61</td> <td>0,13; 0%</td> </tr> </table>	Częstotliwość wykonywania manipulacji w znieczuleniu (MUA)		8 (I=305; K=276)	RR=0,34	0,13; 0,89	0,028; 0%	Pasywne zgięcie kolana – zakres ruchu (stopnie)	efekty krótkoterminowe	11 (I=344; K=353)	MD=2,03	0,21; 3,86	0,029; 22%	efekty długoterminowe	2 (I=77; K=83)	MD=0,06	-2,22; 2,35	0,96; 0%	Aktywny wyprost kolana – zakres ruchu (stopnie)	efekty krótkoterminowe	11 (I=287; K=287)	MD=0,85	-0,36; 2,06	0,17; 41%	efekty średnioterminowe	4 (I=97; K=98)	MD=0,77	-0,78; 2,31	0,33; 41%	efekty długoterminowe	2 (I=51; K=57)	MD=0,06	-0,06; 0,18	0,33; 0%	Pasywny wyprost kolana – zakres ruchu (stopnie)	efekty krótkoterminowe	11 (I=319; K=310)	MD=0,64	-0,26; 1,55	0,16; 47%	efekty długoterminowe	3 (I=100; K=104)	MD=0,13	-0,34; 0,59	0,59; 0%	Długość pobytu w szpitalu (dni)		10 (I=312; K=302)	MD=-0,44	-1,03; 0,16	0,15; 39%	Siła mięśnia czworogłowego		2 (I=65; K=65)	SMD=0,27	-0,08; 0,61	0,13; 0%	<p><u>Wyniki łączne na korzyść komparatora w ocenianych punktach końcowych.</u> Tabela 2. Wyniki przemawiające na korzyść komparatora w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ból (skala VAS) – efekty średnioterminowe</td> <td>3 (I=88; K=91)</td> <td>MD=0,26</td> <td>-0,41; 0,94</td> <td>0,44; 52%</td> </tr> <tr> <td>Sprawność funkcjonalna – efekty średnioterminowe</td> <td>6 (I=199; K=206)</td> <td>SMD=-0,08</td> <td>-0,27; 0,12</td> <td>0,45; 0%</td> </tr> <tr> <td>Ogólna ocena pacjenta w zakresie efektywności leczenia (7 punktowa wizualna skala analogowa) – efekty długoterminowe</td> <td>1 (I=30; K=30)</td> <td>MD=-0,30</td> <td>-0,74; 0,14</td> <td>0,18</td> </tr> <tr> <td>Zdarzenia niepożądane (opóźnione gojenie, wylew krwi do stawu, upadki, zakrzepica żył głębokich, zakażenia ran, zator płucny, krwiak kolana i pęknięcie rzepki)</td> <td>16 (I=530; K=510)</td> <td>RR=0,92</td> <td>0,63; 1,33</td> <td>0,65; 39%</td> </tr> <tr> <td>Pasywne zgięcie kolana – zakres ruchu (stopnie) – efekt średnioterminowy</td> <td>4 (I=134; K=130)</td> <td>MD=-1,85</td> <td>-5,25; 1,55</td> <td>0,29; 29%</td> </tr> <tr> <td>Obrzęk (cm) – efekt średnioterminowy</td> <td>2 (I=58; K=61)</td> <td>MD=0,82</td> <td>-1,14; 2,77</td> <td>0,41; 31%</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u> szpitalne CPM rozpoczęto od pierwszego do czwartego dnia po operacji i stosowano przez 1,5 godz. do 24 godzin dziennie, przez 1 do 17 dni.</p>	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p	Ból (skala VAS) – efekty średnioterminowe	3 (I=88; K=91)	MD=0,26	-0,41; 0,94	0,44; 52%	Sprawność funkcjonalna – efekty średnioterminowe	6 (I=199; K=206)	SMD=-0,08	-0,27; 0,12	0,45; 0%	Ogólna ocena pacjenta w zakresie efektywności leczenia (7 punktowa wizualna skala analogowa) – efekty długoterminowe	1 (I=30; K=30)	MD=-0,30	-0,74; 0,14	0,18	Zdarzenia niepożądane (opóźnione gojenie, wylew krwi do stawu, upadki, zakrzepica żył głębokich, zakażenia ran, zator płucny, krwiak kolana i pęknięcie rzepki)	16 (I=530; K=510)	RR=0,92	0,63; 1,33	0,65; 39%	Pasywne zgięcie kolana – zakres ruchu (stopnie) – efekt średnioterminowy	4 (I=134; K=130)	MD=-1,85	-5,25; 1,55	0,29; 29%	Obrzęk (cm) – efekt średnioterminowy	2 (I=58; K=61)	MD=0,82	-1,14; 2,77	0,41; 31%
Częstotliwość wykonywania manipulacji w znieczuleniu (MUA)		8 (I=305; K=276)	RR=0,34	0,13; 0,89	0,028; 0%																																																																																									
Pasywne zgięcie kolana – zakres ruchu (stopnie)	efekty krótkoterminowe	11 (I=344; K=353)	MD=2,03	0,21; 3,86	0,029; 22%																																																																																									
	efekty długoterminowe	2 (I=77; K=83)	MD=0,06	-2,22; 2,35	0,96; 0%																																																																																									
Aktywny wyprost kolana – zakres ruchu (stopnie)	efekty krótkoterminowe	11 (I=287; K=287)	MD=0,85	-0,36; 2,06	0,17; 41%																																																																																									
	efekty średnioterminowe	4 (I=97; K=98)	MD=0,77	-0,78; 2,31	0,33; 41%																																																																																									
	efekty długoterminowe	2 (I=51; K=57)	MD=0,06	-0,06; 0,18	0,33; 0%																																																																																									
Pasywny wyprost kolana – zakres ruchu (stopnie)	efekty krótkoterminowe	11 (I=319; K=310)	MD=0,64	-0,26; 1,55	0,16; 47%																																																																																									
	efekty długoterminowe	3 (I=100; K=104)	MD=0,13	-0,34; 0,59	0,59; 0%																																																																																									
Długość pobytu w szpitalu (dni)		10 (I=312; K=302)	MD=-0,44	-1,03; 0,16	0,15; 39%																																																																																									
Siła mięśnia czworogłowego		2 (I=65; K=65)	SMD=0,27	-0,08; 0,61	0,13; 0%																																																																																									
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p																																																																																										
Ból (skala VAS) – efekty średnioterminowe	3 (I=88; K=91)	MD=0,26	-0,41; 0,94	0,44; 52%																																																																																										
Sprawność funkcjonalna – efekty średnioterminowe	6 (I=199; K=206)	SMD=-0,08	-0,27; 0,12	0,45; 0%																																																																																										
Ogólna ocena pacjenta w zakresie efektywności leczenia (7 punktowa wizualna skala analogowa) – efekty długoterminowe	1 (I=30; K=30)	MD=-0,30	-0,74; 0,14	0,18																																																																																										
Zdarzenia niepożądane (opóźnione gojenie, wylew krwi do stawu, upadki, zakrzepica żył głębokich, zakażenia ran, zator płucny, krwiak kolana i pęknięcie rzepki)	16 (I=530; K=510)	RR=0,92	0,63; 1,33	0,65; 39%																																																																																										
Pasywne zgięcie kolana – zakres ruchu (stopnie) – efekt średnioterminowy	4 (I=134; K=130)	MD=-1,85	-5,25; 1,55	0,29; 29%																																																																																										
Obrzęk (cm) – efekt średnioterminowy	2 (I=58; K=61)	MD=0,82	-1,14; 2,77	0,41; 31%																																																																																										
<p>McDonald 2014 <u>Źródła finansowania:</u> Australasian Cochrane Centre, Australia.</p>																																																																																														
<p><u>Cel:</u> Określenie wpływu edukacji przedoperacyjnej</p>	<p><u>Populacja:</u> Pacjenci przed alloplastyką stawu biodrowego lub kolanowego</p>	<p><u>Włączone badania:</u> n=18 (18 badań RCT), (lata: 1994–2008).</p>																																																																																												

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori z przeglądu systematycznego)	Raportowane wyniki																																																							
<p>u pacjentów przystępujących do alloplastyki stawu kolanowego lub biodrowego.</p> <p><u>Synteza wyników:</u> ilościowa i jakościowa</p> <p><u>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</u> od 1966 do maja 2013 (w wybranych bazach)</p>	<p><u>Interwencja:</u> Edukacja przedoperacyjna – dowolna interwencja prowadzona celem zwiększenia wiedzy pacjenta, zmiany punktu widzenia lub poprawy zachowań zdrowotnych.</p> <p><u>Komparator:</u> standardowa lub rutynowa opieka</p> <p><u>Punkty końcowe:</u></p> <p>Pierwszorzędowe:</p> <p> pomiar bólu za pomocą skali: VAS, skali numerycznej lub katagorycznej,</p> <p> stan funkcjonalny pacjenta. W przypadku gdy publikacja raportowała stan pacjenta w więcej niż jednej skali, eksportowano dane będące najwyższej na następującej liście: 1. Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), 2. Harris Hip Score, 3. Oxford Hip/Knee Score, 4. 36- item Short Form (SF-36), 5. Health Assessment Questionnaire, 6. Dowolna inna skala funkcjonalna,</p> <p> jakość życia zależna od zdrowia (HRQoL) mierzona przy pomocy SF-36 lub Nottingham Health Profile,</p> <p> ogólna ocena sukcesu leczenia zdefiniowana przez autorów badań,</p> <p> lęk/niepokój pooperacyjny mierzony przy pomocy Spielberger State-Trait Anxiety Inventory lub Hospital Anxiety and Depression Scale,</p> <p> liczba pacjentów doświadczających poważnych zdarzeń niepożądanych,</p> <p> wskaźnik ponownych operacji</p> <p>Drugorzędowe:</p> <p> lęk/niepokój przedoperacyjny mierzony przy pomocy State-Trait Anxiety Inventory lub Hospital Anxiety and Depression Scale,</p> <p> długość pobytu w szpitalu,</p> <p> mobilność (liczba dni do osiągnięcia pozycji stojącej lub chodu),</p> <p> zakres ruchu.</p> <p><u>Metodyka:</u></p>	<p><u>Populacja:</u> 1463 pacjentów (interwencja=b.d., komparator=b.d.), szczegółowa liczebność populacji przedstawiona poniżej dla poszczególnych punktów końcowych.</p> <ul style="list-style-type: none"> wiek: przedział średniego wieku pacjentów: od 58 do 73 lat. pleć: 59% uczestników stanowiły kobiety, 41% mężczyźni <p><u>Interwencja:</u> przekazanie pisemnych informacji i/lub jedna (lub więcej) sesja edukacyjna, edukacja z wykorzystaniem audiowizualnych komponentów</p> <p><u>Komparator:</u> standardowa lub rutynowa opieka.</p> <p><u>Wyniki:</u></p> <p><u>Wyniki łączne na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych dla subpopulacji pacjentów po alloplastyce biodra.</p> <table border="1" data-bbox="952 635 2083 1200"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p; I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ból (do 3 miesięcy)</td> <td>3 (I=105; K=122)</td> <td>SMD=-0,17</td> <td>-0,47; 0,13</td> <td>0,26; 20%</td> </tr> <tr> <td>Stan funkcjonalny pacjenta (od 3 do 24 miesiąca)</td> <td>4 (I=89; K=88)</td> <td>SMD=-0,44</td> <td>-0,93; 0,06</td> <td>0,082; 61%</td> </tr> <tr> <td>Pooperacyjny lęk/niepokój (do 6 tygodni po operacji) (Spielberger State-Trait Anxiety Index)</td> <td>3 (I=120; K=144)</td> <td>MD=-2,28</td> <td>-5,68; 1,12</td> <td>0,19; 22%</td> </tr> <tr> <td>Liczba zdarzeń niepożądanych (np. zakażenia, zakrzepica, inne poważne zdarzenia niepożądane)</td> <td>2 (I=75; K=75)</td> <td>RR=0,79</td> <td>0,19; 3,21</td> <td>0,74; 78%</td> </tr> <tr> <td>Lęk/niepokój przedoperacyjny (Spielberger State-Trait Anxiety Index)</td> <td>4 (I=158; K=175)</td> <td>MD=-5,10</td> <td>-7,17; -3,03</td> <td><0,00001; 4%</td> </tr> <tr> <td>Długość pobytu w szpitalu (dni)</td> <td>7 (I=238; K=249)</td> <td>MD=-0,79</td> <td>-1,96; 0,37</td> <td>0,18; 82%</td> </tr> <tr> <td>Mobilność (liczba dni do pozycji stojącej lub chodu)</td> <td>6 (I=207; K=210)</td> <td>MD=-0,12</td> <td>-0,30; 0,07</td> <td>0,22; 47%</td> </tr> <tr> <td>Zakres ruchu – odwodzenie biodra (do 6 tygodni po operacji) (stopnie)</td> <td>2 (I=47; K=48)</td> <td>MD=-1,09</td> <td>-5,35; 3,17</td> <td>0,62; 0%</td> </tr> <tr> <td>Zakres ruchu – zgięcie biodra przy wyprostowanym kolanie (do 6 tygodni po operacji) (stopnie)</td> <td>1 (I=18; K=18)</td> <td>MD=-0,25</td> <td>-9,17; 8,67</td> <td>0,96</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Wyniki łączne na korzyść komparatora w ocenianych punktach końcowych – alloplastyka stawu biodrowego.</u></p> <p>Tabela 2. Wyniki przemawiające na korzyść komparatora w ocenianych punktach końcowych dla subpopulacji po alloplastyce stawu biodrowego.</p> <table border="1" data-bbox="952 1362 2083 1394"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p</th> </tr> </thead> </table>	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p; I ²	Ból (do 3 miesięcy)	3 (I=105; K=122)	SMD=-0,17	-0,47; 0,13	0,26; 20%	Stan funkcjonalny pacjenta (od 3 do 24 miesiąca)	4 (I=89; K=88)	SMD=-0,44	-0,93; 0,06	0,082; 61%	Pooperacyjny lęk/niepokój (do 6 tygodni po operacji) (Spielberger State-Trait Anxiety Index)	3 (I=120; K=144)	MD=-2,28	-5,68; 1,12	0,19; 22%	Liczba zdarzeń niepożądanych (np. zakażenia, zakrzepica, inne poważne zdarzenia niepożądane)	2 (I=75; K=75)	RR=0,79	0,19; 3,21	0,74; 78%	Lęk/niepokój przedoperacyjny (Spielberger State-Trait Anxiety Index)	4 (I=158; K=175)	MD=-5,10	-7,17; -3,03	<0,00001; 4%	Długość pobytu w szpitalu (dni)	7 (I=238; K=249)	MD=-0,79	-1,96; 0,37	0,18; 82%	Mobilność (liczba dni do pozycji stojącej lub chodu)	6 (I=207; K=210)	MD=-0,12	-0,30; 0,07	0,22; 47%	Zakres ruchu – odwodzenie biodra (do 6 tygodni po operacji) (stopnie)	2 (I=47; K=48)	MD=-1,09	-5,35; 3,17	0,62; 0%	Zakres ruchu – zgięcie biodra przy wyprostowanym kolanie (do 6 tygodni po operacji) (stopnie)	1 (I=18; K=18)	MD=-0,25	-9,17; 8,67	0,96	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p; I ²																																																					
Ból (do 3 miesięcy)	3 (I=105; K=122)	SMD=-0,17	-0,47; 0,13	0,26; 20%																																																					
Stan funkcjonalny pacjenta (od 3 do 24 miesiąca)	4 (I=89; K=88)	SMD=-0,44	-0,93; 0,06	0,082; 61%																																																					
Pooperacyjny lęk/niepokój (do 6 tygodni po operacji) (Spielberger State-Trait Anxiety Index)	3 (I=120; K=144)	MD=-2,28	-5,68; 1,12	0,19; 22%																																																					
Liczba zdarzeń niepożądanych (np. zakażenia, zakrzepica, inne poważne zdarzenia niepożądane)	2 (I=75; K=75)	RR=0,79	0,19; 3,21	0,74; 78%																																																					
Lęk/niepokój przedoperacyjny (Spielberger State-Trait Anxiety Index)	4 (I=158; K=175)	MD=-5,10	-7,17; -3,03	<0,00001; 4%																																																					
Długość pobytu w szpitalu (dni)	7 (I=238; K=249)	MD=-0,79	-1,96; 0,37	0,18; 82%																																																					
Mobilność (liczba dni do pozycji stojącej lub chodu)	6 (I=207; K=210)	MD=-0,12	-0,30; 0,07	0,22; 47%																																																					
Zakres ruchu – odwodzenie biodra (do 6 tygodni po operacji) (stopnie)	2 (I=47; K=48)	MD=-1,09	-5,35; 3,17	0,62; 0%																																																					
Zakres ruchu – zgięcie biodra przy wyprostowanym kolanie (do 6 tygodni po operacji) (stopnie)	1 (I=18; K=18)	MD=-0,25	-9,17; 8,67	0,96																																																					
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p																																																					

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia <i>a priori</i> z przeglądu systematycznego)	Raportowane wyniki																																																																					
	<p><u>Do przeglądu włączono badania spełniające następujące kryteria włączenia:</u></p> <p>badania RCT lub quasi-RCT, brak ograniczeń w zakresie języka lub daty publikacji.</p> <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <p>Edukacja była niespecyficzna dla operacji kolana/biodra, Badania inne niż RCT, Interwencja kombinowana – przed i po operacji.</p>	<table border="1" data-bbox="952 260 2092 316"> <tr> <td>Zakres ruchu – zgięcie biodra przy zgiętym stawie kolanowym (do 6 tygodni po operacji) (stopnie)</td> <td>1 (I=18; K=18)</td> <td>MD=0,75</td> <td>-7,67; 9,17</td> <td>0,86</td> </tr> </table> <p><u>Wyniki łączne na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych – alloplastyka stawu kolanowego.</u></p> <p>Tabela 3. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych dla subpopulacji po alloplastyce stawu kolanowego.</p> <table border="1" data-bbox="952 478 2092 794"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>P, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ból (2 dni po operacji) (100 pkt VAS)</td> <td>1 (I=17; K=9)</td> <td>MD=-12,20</td> <td>-29,77; 5,37</td> <td>0,17</td> </tr> <tr> <td>Zdarzenia niepożądane – dowolne</td> <td>1 (I=55; K=60)</td> <td>RR=0,69</td> <td>0,29; 1,66</td> <td>0,41</td> </tr> <tr> <td>Lęk/niepokój przedoperacyjny (Spielberger State-Trait Anxiety Index)</td> <td>1 (I=29; K=39)</td> <td>MD=-5,52</td> <td>-8,34; -2,70</td> <td>0,00012</td> </tr> <tr> <td>Długość pobytu w szpitalu (dni)</td> <td>2 (I=84; K=99)</td> <td>MD=-1,86</td> <td>-3,40; -0,32</td> <td>0,018; 0%</td> </tr> <tr> <td>Mobilność (liczba dni do pozycji stojącej lub chodu)</td> <td>1 (I=29; K=39)</td> <td>MD=-1,13</td> <td>-2,82; 0,56</td> <td>0,19</td> </tr> <tr> <td>Zakres ruchu – zgięcie i wyprost stawu kolanowego (stopnie)</td> <td>1 (I=51; K=58)</td> <td>MD=-4,00</td> <td>-10,02;2,02</td> <td>0,19</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Wyniki łączne na korzyść komparatora w ocenianych punktach końcowych – alloplastyka stawu kolanowego.</u></p> <p>Tabela 4. Wyniki przemawiające na korzyść komparatora w ocenianych punktach końcowych dla subpopulacji po alloplastyce stawu kolanowego.</p> <table border="1" data-bbox="952 957 2092 1153"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ból (12 miesięcy po operacji) (100 pkt VAS)</td> <td>1 (I=51; K=58)</td> <td>MD=2</td> <td>-3,45; 7,45</td> <td>0,47</td> </tr> <tr> <td>HRQoL – komponent fizyczny (SF-36) – 12 miesięcy po operacji (pkt)</td> <td>1 (I=51; K=58)</td> <td>MD=-3,00</td> <td>-6,38; 0,38</td> <td>0,082</td> </tr> <tr> <td>HRQoL – komponent psychiczny (SF-36) – 12 miesięcy po operacji (pkt)</td> <td>1 (I=51; K=58)</td> <td>MD=-2,00</td> <td>-5,06; 1,06</td> <td>0,20</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Wyniki łączne. neutralne w ocenianych punktach końcowych – alloplastyka stawu kolanowego.</u></p> <p>Tabela 5. Wyniki neutralne w ocenianych punktach końcowych dla subpopulacji po alloplastyce stawu kolanowego.</p> <table border="1" data-bbox="952 1316 2092 1343"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p</th> </tr> </thead> </table>					Zakres ruchu – zgięcie biodra przy zgiętym stawie kolanowym (do 6 tygodni po operacji) (stopnie)	1 (I=18; K=18)	MD=0,75	-7,67; 9,17	0,86	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	P, I ²	Ból (2 dni po operacji) (100 pkt VAS)	1 (I=17; K=9)	MD=-12,20	-29,77; 5,37	0,17	Zdarzenia niepożądane – dowolne	1 (I=55; K=60)	RR=0,69	0,29; 1,66	0,41	Lęk/niepokój przedoperacyjny (Spielberger State-Trait Anxiety Index)	1 (I=29; K=39)	MD=-5,52	-8,34; -2,70	0,00012	Długość pobytu w szpitalu (dni)	2 (I=84; K=99)	MD=-1,86	-3,40; -0,32	0,018; 0%	Mobilność (liczba dni do pozycji stojącej lub chodu)	1 (I=29; K=39)	MD=-1,13	-2,82; 0,56	0,19	Zakres ruchu – zgięcie i wyprost stawu kolanowego (stopnie)	1 (I=51; K=58)	MD=-4,00	-10,02;2,02	0,19	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p	Ból (12 miesięcy po operacji) (100 pkt VAS)	1 (I=51; K=58)	MD=2	-3,45; 7,45	0,47	HRQoL – komponent fizyczny (SF-36) – 12 miesięcy po operacji (pkt)	1 (I=51; K=58)	MD=-3,00	-6,38; 0,38	0,082	HRQoL – komponent psychiczny (SF-36) – 12 miesięcy po operacji (pkt)	1 (I=51; K=58)	MD=-2,00	-5,06; 1,06	0,20	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p
Zakres ruchu – zgięcie biodra przy zgiętym stawie kolanowym (do 6 tygodni po operacji) (stopnie)	1 (I=18; K=18)	MD=0,75	-7,67; 9,17	0,86																																																																			
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	P, I ²																																																																			
Ból (2 dni po operacji) (100 pkt VAS)	1 (I=17; K=9)	MD=-12,20	-29,77; 5,37	0,17																																																																			
Zdarzenia niepożądane – dowolne	1 (I=55; K=60)	RR=0,69	0,29; 1,66	0,41																																																																			
Lęk/niepokój przedoperacyjny (Spielberger State-Trait Anxiety Index)	1 (I=29; K=39)	MD=-5,52	-8,34; -2,70	0,00012																																																																			
Długość pobytu w szpitalu (dni)	2 (I=84; K=99)	MD=-1,86	-3,40; -0,32	0,018; 0%																																																																			
Mobilność (liczba dni do pozycji stojącej lub chodu)	1 (I=29; K=39)	MD=-1,13	-2,82; 0,56	0,19																																																																			
Zakres ruchu – zgięcie i wyprost stawu kolanowego (stopnie)	1 (I=51; K=58)	MD=-4,00	-10,02;2,02	0,19																																																																			
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p																																																																			
Ból (12 miesięcy po operacji) (100 pkt VAS)	1 (I=51; K=58)	MD=2	-3,45; 7,45	0,47																																																																			
HRQoL – komponent fizyczny (SF-36) – 12 miesięcy po operacji (pkt)	1 (I=51; K=58)	MD=-3,00	-6,38; 0,38	0,082																																																																			
HRQoL – komponent psychiczny (SF-36) – 12 miesięcy po operacji (pkt)	1 (I=51; K=58)	MD=-2,00	-5,06; 1,06	0,20																																																																			
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p																																																																			

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori z przeglądu systematycznego)	Raportowane wyniki				
		Stan funkcjonalny pacjenta (12 miesięcy po operacji) (WOMAC) (pkt)	1 (I=51; K=58)	MD=0,0	-5,63; 5,63	1
		<u>Warunki prowadzenia interwencji:</u> Wszystkie interwencje były prowadzone w warunkach szpitalnych.				

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

5.1.3. Pacjenci po operacjach w obrębie jamy brzusznej

W tabeli poniżej zawarto zestawienie wyników zawartych w odnalezionych przeglądach systematycznych włączonych do analizy skuteczności w subpopulacji pacjentów po operacjach w obrębie jamy brzusznej.

Tabela 77. Skuteczność interwencji rehabilitacji/ćwiczeń fizycznych u pacjentów po operacjach jamy brzusznej w ocenianych punktach końcowych.

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia priori)	Raportowane wyniki																			
Gillis 2018 Źródła finansowania: b.d.																					
<u>Cel:</u> określenie indywidualnego i łącznego wpływu prerrehabilitacji polegającej wyłącznie na terapii żywieniowej i multimodalnym (terapia żywieniowa plus ćwiczenia) w porównaniu z brakiem rehabilitacji u pacjentów poddawanych resekcji jelita grubego. <u>Synteza wyników:</u> ilościowa i jakościowa <u>Przedział czasu objętym wyszukiwaniem:</u> b.d.	<u>Populacja:</u> pacjenci poddawani resekcji jelita grubego <u>Interwencja:</u> prerrehabilitacja polegająca na zastosowaniu terapii żywieniowej (jakakolwiek nieinwazyjna interwencja żywieniowa, taka jak stosowanie doustnych suplementów pokarmowych z lub bez poradnictwa dietetycznego, które zmienia spożycie dowolnego makroskładnika (węglowodanów, białka, tłuszczu) przynajmniej 7 dni przed operacją) i/lub multimodalnej prerrehabilitacji (każda interwencja spełniająca kryteria w zakresie żywienia i obejmująca ćwiczenia aerobowe i oporowe) <u>Komparator:</u> brak prerrehabilitacji <u>Punkty końcowe:</u> Pierwszorzędowe: <ul style="list-style-type: none"> długość pobytu w szpitalu (w dniach). Drugorzędowe: <ul style="list-style-type: none"> poprawa w zakresie wydolności funkcjonalnej oceniona na podstawie 6-MWT. <u>Metodyka:</u> Do przeglądu włączono badania spełniające następujące kryteria włączenia:	<u>Włączone badania:</u> n=9 (5 badań RCT, 4 badań prospektywnych kohortowych), (lata: 2000–2016). <u>Populacja:</u> 914 pacjentów (interwencja=438, komparator=476). <ul style="list-style-type: none"> wiek: średni wiek pacjentów zawierał się w przedziale 55–69 lat, płeć: b.d. w zakresie płci pacjentów. <u>Interwencja:</u> doustne suplementy pokarmowe (6 badań) i/lub multimodalna prerrehabilitacja (ćwiczenia fizyczne realizowane w warunkach domowych – 2 badania, realizowane w warunkach domowych i szpitalnych – 1 badanie, trwające od 2 do 4 tygodni) (3 badania). <u>Komparator:</u> standardowa opieka (5 badań), zintensyfikowana regeneracja po operacji (3 badania), program zintensyfikowanej regeneracji (1 badanie). <u>Czas trwania:</u> Doustne suplementy pokarmowe – średnia czasu stosowania zawierała się w przedziale od 15,5 do 37,6 dni. Prerrehabilitacja multimodalna – mediana czasu stosowania zawierała się w przedziale od 24,5 do 33,0 dni. <u>Wyniki:</u> <u>Wyniki łączne na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</u>	Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych (doustne suplementy pokarmowe oraz multimodalna prerrehabilitacja vs nieokreślony komparator). <table border="1"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>długość pobytu w szpitalu (łącznie)*</td> <td>9 (I=438; K=476)</td> <td>WMD= -2,17</td> <td>-3,45; -0,89</td> <td>0,009; 61%</td> </tr> <tr> <td>komplikacje pooperacyjne (łącznie)*</td> <td>10** (I=b.d.; K=b.d.)</td> <td>RR=0,79</td> <td>0,64; 0,98</td> <td>0,273; 18,5%</td> </tr> </tbody> </table>				punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	długość pobytu w szpitalu (łącznie)*	9 (I=438; K=476)	WMD= -2,17	-3,45; -0,89	0,009; 61%	komplikacje pooperacyjne (łącznie)*	10** (I=b.d.; K=b.d.)	RR=0,79	0,64; 0,98	0,273; 18,5%
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²																	
długość pobytu w szpitalu (łącznie)*	9 (I=438; K=476)	WMD= -2,17	-3,45; -0,89	0,009; 61%																	
komplikacje pooperacyjne (łącznie)*	10** (I=b.d.; K=b.d.)	RR=0,79	0,64; 0,98	0,273; 18,5%																	

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia priori)	Raportowane wyniki																																																																										
	<ul style="list-style-type: none"> oryginalne prospektywne badanie kohortowe lub badanie RCT dotyczące stosowania rehabilitacji wyłącznie żywieniowej lub multimodalnej, populację stanowią dorośli mający co najmniej 18 lat oczekujący na zabieg resekcji jelita grubego, czas trwania rehabilitacji powinien wynosić co najmniej 7 dni. <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> badania obejmujące inwazyjne przedoperacyjne wsparcie żywieniowe wymagające hospitalizacji, w tym żywienie pozajelitowe i / lub dojelitowego, badania obejmujące przyjmowanie wyłącznie węglowodanów (ang. loading-only) lub specjalistycznych produktów odżywczych (ang. specialized immiunonutrition products) (suplementy odżywcze wzbogacone różnymi substancjami farmaceutycznymi takimi jak arginina, glutamina, kwasy tłuszczowe omega-3, nukleotydy oraz antyoksydanty). 	komplikacje pooperacyjne (wśród pacjentów, którzy byli objęci opieką ERPC)*	4 (I=b.d.; K=b.d.)	RR=0,77	0,55; 1,08	0,976; 0%																																																																						
		<p>*Szczegółowe wyniki zostały przedstawione w odrębnej tabeli.</p> <p>**Autorzy przeglądu deklarują, iż do metaanalizy punktu końcowego „komplikacje pooperacyjne” włączono 10 badań, pomimo wcześniejszej informacji o 9 badaniach włączonych do metaanalizy.</p>																																																																										
		<p>Tabela 2. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych (multimodalna rehabilitacja vs nieokreślony komparator).</p>																																																																										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>wydolność funkcjonalna oceniona na podstawie 6-MWT 8 tygodni po operacji (łącznie)</td> <td>2 (I=b.d.; K=b.d.)</td> <td>RR=1,63</td> <td>1,10; 2,41</td> <td>0,099; 63,3%</td> </tr> <tr> <td>poważne komplikacje pooperacyjne (>3 pkt w skali Clavien-Dindo) podczas początkowego (ang. primary) pobytu w szpitalu w celu przeprowadzenia resekcji jelita grubego</td> <td>3 (I=b.d.; K=b.d.)</td> <td>RR=0,65</td> <td>0,23; 1,84</td> <td>0,426; 0%</td> </tr> </tbody> </table>					punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	wydolność funkcjonalna oceniona na podstawie 6-MWT 8 tygodni po operacji (łącznie)	2 (I=b.d.; K=b.d.)	RR=1,63	1,10; 2,41	0,099; 63,3%	poważne komplikacje pooperacyjne (>3 pkt w skali Clavien-Dindo) podczas początkowego (ang. primary) pobytu w szpitalu w celu przeprowadzenia resekcji jelita grubego	3 (I=b.d.; K=b.d.)	RR=0,65	0,23; 1,84	0,426; 0%																																																							
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²																																																																								
wydolność funkcjonalna oceniona na podstawie 6-MWT 8 tygodni po operacji (łącznie)	2 (I=b.d.; K=b.d.)	RR=1,63	1,10; 2,41	0,099; 63,3%																																																																								
poważne komplikacje pooperacyjne (>3 pkt w skali Clavien-Dindo) podczas początkowego (ang. primary) pobytu w szpitalu w celu przeprowadzenia resekcji jelita grubego	3 (I=b.d.; K=b.d.)	RR=0,65	0,23; 1,84	0,426; 0%																																																																								
		<p>Tabela 3. Szczegółowe wyniki w zakresie długości pobytu w szpitalu.</p>																																																																										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">ze względu na złożoność interwencji</td> </tr> <tr> <td>Doustne suplementy pokarmowe</td> <td>6 (I=b.d.; K=b.d.)</td> <td>WMD= -2,74</td> <td>-4,01; -1,46</td> <td>0,123; 42,3%</td> </tr> <tr> <td>multimodalna rehabilitacja</td> <td>3 (I=b.d.; K=b.d.)</td> <td>WMD= -1,42</td> <td>-3,44; 0,60</td> <td>0,148; 47,7%</td> </tr> <tr> <td>łącznie</td> <td>9 (I=438; K=476)</td> <td>WMD= -2,17</td> <td>-3,45; -0,89</td> <td>0,009; 61%</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">ze względu na rodzaj interwencji</td> </tr> <tr> <td>standardowa (ang. traditional care)</td> <td>5 (I=b.d.; K=b.d.)</td> <td>WMD= 2,88</td> <td>-4,19; -1,57</td> <td>0,118; 45,7%</td> </tr> <tr> <td>ścieżka zintensyfikowanej regeneracji (ang. Enhanced Recovery Pathway care)</td> <td>4 (I=b.d.; K=b.d.)</td> <td>WMD= -1,22</td> <td>-2,80; 0,36</td> <td>0,277; 22,3%</td> </tr> <tr> <td>łącznie</td> <td>9 (I=438; K=476)</td> <td>WMD= -2,17</td> <td>-3,45; -0,89</td> <td>0,009; 61%</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">ze względu na włączenie interwencji żywieniowej po operacji</td> </tr> <tr> <td>brak pooperacyjnej terapii żywieniowej w szpitalu (ang. in-hospital)</td> <td>2 (I=b.d.; K=b.d.)</td> <td>WMD= -1,22</td> <td>-3,52; 1,08</td> <td>0,809; 0%</td> </tr> <tr> <td>ERPC</td> <td>4 (I=b.d.; K=b.d.)</td> <td>WMD= -1,22</td> <td>-2,80; 0,36</td> <td>0,277; 22,3%</td> </tr> <tr> <td>włączenie pooperacyjnej terapii żywieniowej w szpitalu</td> <td>3 (I=b.d.; K=b.d.)</td> <td>WMD= -3,42</td> <td>-4,66; -2,17</td> <td>0,189; 40%</td> </tr> <tr> <td>łącznie</td> <td>9 (I=438; K=476)</td> <td>WMD= -2,17</td> <td>-3,45; -0,89</td> <td>0,009; 61%</td> </tr> </tbody> </table>					punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	ze względu na złożoność interwencji					Doustne suplementy pokarmowe	6 (I=b.d.; K=b.d.)	WMD= -2,74	-4,01; -1,46	0,123; 42,3%	multimodalna rehabilitacja	3 (I=b.d.; K=b.d.)	WMD= -1,42	-3,44; 0,60	0,148; 47,7%	łącznie	9 (I=438; K=476)	WMD= -2,17	-3,45; -0,89	0,009; 61%	ze względu na rodzaj interwencji					standardowa (ang. traditional care)	5 (I=b.d.; K=b.d.)	WMD= 2,88	-4,19; -1,57	0,118; 45,7%	ścieżka zintensyfikowanej regeneracji (ang. Enhanced Recovery Pathway care)	4 (I=b.d.; K=b.d.)	WMD= -1,22	-2,80; 0,36	0,277; 22,3%	łącznie	9 (I=438; K=476)	WMD= -2,17	-3,45; -0,89	0,009; 61%	ze względu na włączenie interwencji żywieniowej po operacji					brak pooperacyjnej terapii żywieniowej w szpitalu (ang. in-hospital)	2 (I=b.d.; K=b.d.)	WMD= -1,22	-3,52; 1,08	0,809; 0%	ERPC	4 (I=b.d.; K=b.d.)	WMD= -1,22	-2,80; 0,36	0,277; 22,3%	włączenie pooperacyjnej terapii żywieniowej w szpitalu	3 (I=b.d.; K=b.d.)	WMD= -3,42	-4,66; -2,17	0,189; 40%	łącznie	9 (I=438; K=476)	WMD= -2,17	-3,45; -0,89	0,009; 61%
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²																																																																								
ze względu na złożoność interwencji																																																																												
Doustne suplementy pokarmowe	6 (I=b.d.; K=b.d.)	WMD= -2,74	-4,01; -1,46	0,123; 42,3%																																																																								
multimodalna rehabilitacja	3 (I=b.d.; K=b.d.)	WMD= -1,42	-3,44; 0,60	0,148; 47,7%																																																																								
łącznie	9 (I=438; K=476)	WMD= -2,17	-3,45; -0,89	0,009; 61%																																																																								
ze względu na rodzaj interwencji																																																																												
standardowa (ang. traditional care)	5 (I=b.d.; K=b.d.)	WMD= 2,88	-4,19; -1,57	0,118; 45,7%																																																																								
ścieżka zintensyfikowanej regeneracji (ang. Enhanced Recovery Pathway care)	4 (I=b.d.; K=b.d.)	WMD= -1,22	-2,80; 0,36	0,277; 22,3%																																																																								
łącznie	9 (I=438; K=476)	WMD= -2,17	-3,45; -0,89	0,009; 61%																																																																								
ze względu na włączenie interwencji żywieniowej po operacji																																																																												
brak pooperacyjnej terapii żywieniowej w szpitalu (ang. in-hospital)	2 (I=b.d.; K=b.d.)	WMD= -1,22	-3,52; 1,08	0,809; 0%																																																																								
ERPC	4 (I=b.d.; K=b.d.)	WMD= -1,22	-2,80; 0,36	0,277; 22,3%																																																																								
włączenie pooperacyjnej terapii żywieniowej w szpitalu	3 (I=b.d.; K=b.d.)	WMD= -3,42	-4,66; -2,17	0,189; 40%																																																																								
łącznie	9 (I=438; K=476)	WMD= -2,17	-3,45; -0,89	0,009; 61%																																																																								

Tabela 4. Szczegółowe wyniki w zakresie komplikacji pooperacyjnych.

punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²
pacjenci z jedną lub więcej komplikacją w szpitalu (ang. in-hospital) zgodnie z definicją Buzby	1 (I=b.d.; K=b.d.)	RR=1,06	0,70; 1,61	b.d.
pacjenci z przynajmniej jedną komplikacją zgodnie ze skalą Clavien-Dindo >3 podczas początkowego (ang. primary) pobytu w szpitalu	1 (I=b.d.; K=b.d.)	RR=0,63	0,16; 2,52	b.d.
pacjenci z przynajmniej jedną komplikacją w ciągu 30 dni od operacji zgodnie z definicją Clavien-Dindo	2 (I=b.d.; K=b.d.)	RR=0,77	0,49; 1,22	0,743; 0%
jakikolwiek komplikacje w ciągu 30 dni po operacji (niesprecyzowane kryteria)	1 (I=b.d.; K=b.d.)	RR=0,72	0,14; 3,79	b.d.
pacjenci z jedną lub więcej komplikacją w szpitalu (ang. in-hospital) zgodnie z definicją Clavien-Dindo	1 (I=b.d.; K=b.d.)	RR=0,80	0,48; 1,35	b.d.
całkowita liczba komplikacji zgodnie z definicją Copeland	2 (I=b.d.; K=b.d.)	RR=2,26	0,93; 5,45	0,864; 0%
całkowita liczba komplikacji zgodnie z definicją Buzby	2 (I=b.d.; K=b.d.)	RR=0,62	0,48; 0,81	0,884; 0%
łącznie	10** (I=b.d.; K=b.d.)	RR=0,79	0,64; 0,98	0,273; 18,5%

Tabela 5. Szczegółowe wyniki w zakresie komplikacji pooperacyjnych (wśród pacjentów, którzy byli objęci opieką ERPC).

punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²
pacjenci z przynajmniej jedną komplikacją zgodnie ze skalą Clavien-Dindo >3 podczas początkowego pobytu w szpitalu	1 (I=b.d.; K=b.d.)	RR=0,63	0,16; 2,52	b.d.
pacjenci z przynajmniej jedną komplikacją w ciągu 30 dni od operacji zgodnie z definicją Clavien-Dindo	2 (I=b.d.; K=b.d.)	RR=0,77	0,49; 1,22	0,743; 0%
pacjenci z jedną lub więcej komplikacją w szpitalu (ang. in-hospital) zgodnie z definicją Clavien-Dindo	1 (I=b.d.; K=b.d.)	RR=0,80	0,48; 1,35	b.d.
łącznie	4 (I=b.d.; K=b.d.)	RR=0,77	0,55; 1,08	0,976; 0%

Wyniki łączne na korzyść kontroli w ocenianych punktach końcowych.

Brak wyników łącznych na korzyść kontroli w ocenianych punktach końcowych.

Warunki prowadzenia interwencji:

- tradycyjna opieka szpitalna – 5 badań,
- w miejscu udzielania ścieżka zintensyfikowanej regeneracji (and. Enhanced Recovery Pathway) – 1 badanie.

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia priori)	Raportowane wyniki																									
<u>Źródła finansowania:</u> stypendia studenckie z Trinity College Dublin																											
<p>Cel: wpływ rehabilitacji przedoperacyjnej na szybszy powrót do pełnej sprawności po operacjach jamy brzusznej</p> <p><u>Synteza wyników:</u> jakościowa i ilościowa</p> <p><u>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</u> b.d.</p>	<p><u>Populacja:</u> pacjenci poddani operacjom jamy brzusznej (operacje jelita grubego, brzucha, górnego odcinka przewodu pokarmowego, hepatektomię oraz otwarte operacje bariatryczne)</p> <p><u>Interwencja:</u> ćwiczenia aerobowe lub siłowe, w tym ćwiczenia mięśni wdechowych mające na celu zwiększenie funkcji mięśniowo-szkieletowych, sercowo-naczyniowych lub oddechowych</p> <p><u>Komparator:</u> brak rehabilitacji przedoperacyjnej lub standardowa opieka przedoperacyjna</p> <p><u>Punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • śmiertelność, • pooperacyjne powikłania pulmonologiczne, • długość pobytu w szpitalu, • powikłania pooperacyjne, <p><u>Metodyka:</u></p> <p><u>Do przeglądu włączono badania spełniające następujące kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • badania randomizowane, • pacjenci skierowani na operację jamy brzusznej, • interwencje przedoperacyjne, <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <p>Pacjenci po operacjach ortopedycznych lub innych nie dotyczących jamy brzusznej</p>	<p><u>Włączone badania:</u> n=9 (9 badań RCT), (lata: 2008–2014).</p> <p><u>Populacja:</u> 435 pacjentów (interwencja=b.d., komparator=b.d.), szczegółowe liczebności populacji przedstawiono poniżej w poszczególnych punktach końcowych.</p> <ul style="list-style-type: none"> • wiek: średni wiek zawierał się w zakresie 34,8–71,3 lat • płeć: b.d. <p><u>Interwencja:</u> ćwiczenia aerobowe lub siłowe, w tym ćwiczenia mięśni wdechowych, mające na celu zwiększenie funkcji mięśniowo-szkieletowych, sercowo-naczyniowych lub oddechowych</p> <p><u>Komparator:</u> brak rehabilitacji przedoperacyjnej lub standardowa opieka przedoperacyjna obejmująca standardowe ćwiczenia oddechowe przedoperacyjne, interwencje ruchowe, trening mięśni wdechowych, chodzenie oraz ćwiczenia aerobowe i oporowe o niższej intensywności</p> <p><u>Okres badania follow-up:</u> b.d.</p> <p><u>Wyniki:</u></p> <p><u>Wyniki łączne na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Powikłania pooperacyjne</td> <td>9 (I=218; K=217)</td> <td>OR = 0,59</td> <td>0,38; 0,91</td> <td>0,02; I² = 43%</td> </tr> <tr> <td>Powikłania pooperacyjne (komparator: wyłącznie standardowa opieka)</td> <td>5 (I=97; K=101)</td> <td>OR = 0,35</td> <td>0,17; 0,71</td> <td>0,003; I² = 5%</td> </tr> <tr> <td>pooperacyjne powikłania pulmonologiczne</td> <td>6 (I=101; K=101)</td> <td>OR = 0,27</td> <td>0,3; 0,57</td> <td>0,0005; I² = 41%</td> </tr> <tr> <td>Długość pobytu w szpitalu</td> <td>4 (I=117; K=115)</td> <td>OR = -1,62</td> <td>-7,57; 4,33</td> <td>0,59; I² = 41%</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Wyniki łączne na korzyść kontroli w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Brak wyników na korzyść kontroli</p> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u></p> <p>Brak informacji.</p>	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p	Powikłania pooperacyjne	9 (I=218; K=217)	OR = 0,59	0,38; 0,91	0,02; I ² = 43%	Powikłania pooperacyjne (komparator: wyłącznie standardowa opieka)	5 (I=97; K=101)	OR = 0,35	0,17; 0,71	0,003; I ² = 5%	pooperacyjne powikłania pulmonologiczne	6 (I=101; K=101)	OR = 0,27	0,3; 0,57	0,0005; I ² = 41%	Długość pobytu w szpitalu	4 (I=117; K=115)	OR = -1,62	-7,57; 4,33	0,59; I ² = 41%
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p																							
Powikłania pooperacyjne	9 (I=218; K=217)	OR = 0,59	0,38; 0,91	0,02; I ² = 43%																							
Powikłania pooperacyjne (komparator: wyłącznie standardowa opieka)	5 (I=97; K=101)	OR = 0,35	0,17; 0,71	0,003; I ² = 5%																							
pooperacyjne powikłania pulmonologiczne	6 (I=101; K=101)	OR = 0,27	0,3; 0,57	0,0005; I ² = 41%																							
Długość pobytu w szpitalu	4 (I=117; K=115)	OR = -1,62	-7,57; 4,33	0,59; I ² = 41%																							

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

5.1.4. Pacjenci geriatryczni

W tabeli poniżej zawarto zestawienie wyników zawartych w odnalezionych przeglądach systematycznych włączonych do analizy skuteczności w subpopulacji pacjentów geriatrycznych.

Tabela 78. Skuteczność interwencji rehabilitacji/ćwiczeń fizycznych u pacjentów geriatrycznych w ocenianych punktach końcowych.

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia priori)	Raportowane wyniki																				
McKelvie 2018 <u>Źródła finansowania:</u> the National Institute for Health Research (NIHR), Collaboration for Leadership in Applied Health Research oraz Care Oxford at Oxford Health NHS Foundation Trust																						
<p><u>Cel:</u> wpływ interwencji z zakresu ćwiczeń fizycznych na poprawę funkcjonowania pacjentów geriatrycznych po nieplanowanym przyjęciu do szpitala</p> <p><u>Synteza wyników:</u> jakościowa i ilościowa</p> <p><u>Przedział czasu objętym wyszukiwaniem:</u> Nie określono</p>	<p><u>Populacja:</u> pacjenci geriatryczni >65 r.ż.</p> <p><u>Interwencja:</u> ćwiczenia fizyczne</p> <p><u>Komparator:</u> standardowa opieka szpitalna (nieokreślona)</p> <p><u>Punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ocena funkcjonowania i czynności życia codziennego pacjenta mierzona za pomocą np.: Barthel index (BI), Katz ADL, Instrumental ADL (IADL), Nottingham Extended ADL, formularze SF36 lub SF12, Elderly Mobility Score (EMS). <p><u>Metodyka:</u></p> <p><u>Do przeglądu włączono badania spełniające następujące kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> pacjenci >65 r.ż. przyjęci do szpitala poprzez SOR (ang. emergency department) lub poprzez inny, niezaplanowany sposób; hospitalizacja trwająca powyżej 4h; badania RCT porównujące interwencje oparte na ćwiczeniach ze standardowym modelem szpitalnej opieki; głównym elementem interwencji są ćwiczenia fizyczne dostarczone przez wykwalifikowaną osobę, rozpoczynające się po przyjęciu do szpitala lub w warunkach domowych; standardowa opieka szpitalna rozumiana jest jako ocena i nadzorowanie pacjenta poprzez wykwalifikowaną osobę aż do wypisu ze szpitala; ocena pacjenta powinna być wykonana za pomocą: Barthel index (BI), Katz ADL, Instrumental ADL (IADL), Nottingham Extended ADL, formularze SF36 lub SF12, Elderly Mobility Score (EMS). <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> więcej niż 20% populacji stanowili pacjenci <65 r.ż.; pacjenci niewymagający hospitalizacji poprzez SOR; pacjenci leczeni chirurgicznie lub ortopedycznie lub wymagający specjalistycznego leczenia (jak udar). 	<p><u>Włączone badania:</u> n=9 RCT (lata: 2000–2017).</p> <p><u>Populacja:</u> 1602 pacjentów (interwencja=795, komparator=807)</p> <ul style="list-style-type: none"> wiek: średnio 79 lat (zakres 73–85 lat); pleć: b.d. <p><u>Interwencja:</u> ćwiczenia fizyczne, prowadzone w zróżnicowany sposób. Interwencje zawierały m.in. fizjoterapię, ćwiczenia oporowe, programy mobilności (polegające na powolnej mobilizacji pacjenta), treningi o wysokiej intensywności lub ćwiczenia aerobowe.</p> <p><u>Komparator:</u> standardowa opieka szpitalna. W 3 badaniach nieokreślona. Jeśli określona – sesje ćwiczeniowe trwały 45 minut, od dwóch do pięciu sesji tygodniowo pod nadzorem. W jednym badaniu miesięczna rehabilitacja domowa była częścią standardowego modelu opieki. W pozostałych fizjoterapeuci prowadzili pacjenta w domu lub odbywały się konsultacje telefoniczne.</p> <p><u>Wyniki:</u></p> <p><u>Wyniki łączne na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="929 798 2083 890"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zdolność funkcjonalna* – rehabilitacja szpitalna plus kontynuacja w warunkach domowych</td> <td>3 (I=260, K=270)</td> <td>SMD= 0,56</td> <td>-0,02; 0,13</td> <td>p=0,06; I²=89%</td> </tr> </tbody> </table> <p>* mierzona za pomocą BI, ADL lub Katz</p> <p><u>Wyniki łączne na korzyść kontroli w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 2. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="929 1037 2083 1109"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zdolność funkcjonalna* – rehabilitacja szpitalna</td> <td>4 (I=178, K=188)</td> <td>SMD= -0,04</td> <td>-0,31; 0,22</td> <td>p=0,75; I²=35%</td> </tr> </tbody> </table> <p>* mierzona za pomocą BI, ADL lub Katz</p> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> szpitalne lub szpitalne i kontynuowane w warunkach domowych <p><u>Okres follow-up:</u> b.d.</p>	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	Zdolność funkcjonalna* – rehabilitacja szpitalna plus kontynuacja w warunkach domowych	3 (I=260, K=270)	SMD= 0,56	-0,02; 0,13	p=0,06; I ² =89%	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	Zdolność funkcjonalna* – rehabilitacja szpitalna	4 (I=178, K=188)	SMD= -0,04	-0,31; 0,22	p=0,75; I ² =35%
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²																		
Zdolność funkcjonalna* – rehabilitacja szpitalna plus kontynuacja w warunkach domowych	3 (I=260, K=270)	SMD= 0,56	-0,02; 0,13	p=0,06; I ² =89%																		
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²																		
Zdolność funkcjonalna* – rehabilitacja szpitalna	4 (I=178, K=188)	SMD= -0,04	-0,31; 0,22	p=0,75; I ² =35%																		

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia priori)	Raportowane wyniki
----------	--------------------------------------	--------------------

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

5.1.5. Pacjenci onkologiczni

W tabeli poniżej zawarto zestawienie wyników zawartych w odnalezionych przeglądach systematycznych włączonych do analizy skuteczności w subpopulacji pacjentów onkologicznych.

Tabela 79. Skuteczność interwencji rehabilitacji/ćwiczeń fizycznych u pacjentów onkologicznych w ocenianych punktach końcowych.

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori)	Raportowane wyniki																									
Steffens 2018																											
Źródła finansowania: brak informacji																											
<p><u>Cel:</u> ocena skuteczności przedoperacyjnych ćwiczeń u pacjentów onkologicznych</p> <p><u>Synteza wyników:</u> jakościowa i ilościowa</p> <p><u>Przedział czasu objętym wyszukiwaniem:</u> Do 20.11.2016</p>	<p><u>Populacja:</u> pacjenci oczekujący na operację onkologiczną.</p> <p><u>Interwencja:</u> interwencje opierające się na ćwiczeniach, prowadzone przedoperacyjnie.</p> <p><u>Komparator:</u> brak interwencji lub placebo lub minimalna interwencja.</p> <p><u>Punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> długość pobytu w szpitalu; zdarzenia niepożądane; jakość życia. <p><u>Metodyka:</u></p> <p><u>Do przeglądu włączono badania spełniające następujące kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> badania RCT i quasi-randomizowane (qRCT); włączono pacjentów będących przed dowolną operacją onkologiczną; włączono badania, które oceniały przynajmniej jeden z następujących punktów końcowych: długość pobytu w szpitalu, zdarzenia niepożądane i/lub jakość życia. <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Badania porównujące dwie aktywne interwencje 	<p><u>Włączone badania:</u> n=13 badań (11 RCT, 2 qRCT z lat: 2010–2017);</p> <ul style="list-style-type: none"> 6 badań – rak płuc; 2 badania – rak przełyku; 2 badania – rak prostaty; 1 badanie – rak jelita grubego; 1 badanie – przerzuty raka wątroby do jelita grubego; 1 badanie – rak jamy ustnej. ogółem w metaanalizie ujęto 7 badań RCT. <p><u>Populacja:</u> 806 pacjentów (interwencja, komparator – brak łącznego raportowania) (1 badanie – rak jelita grubego – 42 pacjentów; 1 badanie - przerzuty do wątroby z jelita grubego – 38 pacjentów; 2 badania – rak przełyku – 98 pacjentów; 8 badań – rak płuc – 434 pacjentów; 1 badanie – rak jamy ustnej – 60 pacjentów; 2 badania – rak prostaty – 134 pacjentów)</p> <ul style="list-style-type: none"> wiek: przedział średniego wieku: 54,4–70 lat płeć: jeśli raportowano, kobiety stanowiły od 20% do 52,6% populacji. <p><u>Interwencja:</u> ćwiczenia fizyczne, w tym m.in. jazda na rowerze, ćwiczenia na ergometrze, spacer, trening mięśni oddechowych</p> <p><u>Komparator:</u> grupa kontrolna lub standardowy model opieki (nieokreślony).</p> <p><u>Wyniki:</u></p> <p><u>Wyniki łączne na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Długość pobytu w szpitalu (dni) – rak płuca</td> <td>5 (I=165, K=167)</td> <td>MD= -2,86</td> <td>-5,40; -0,33</td> <td>b.d.; I²=0%</td> </tr> <tr> <td>Wystąpienie zdarzenia niepożądanego – rak płuca</td> <td>5 (I=165, K=167)</td> <td>RR= 0,52</td> <td>0,36; 0,74</td> <td>b.d.; I²=0%</td> </tr> <tr> <td>Wystąpienie zdarzenia niepożądanego – rak jelita grubego</td> <td>1 (n=41)</td> <td>RR=1,07</td> <td>0,52; 2,22</td> <td>b.d.</td> </tr> <tr> <td>Długość pobytu w szpitalu (dni) – rak jelita grubego</td> <td>1 (n=41)</td> <td>MD=-5,40</td> <td>-16,72; 5,92</td> <td>b.d.</td> </tr> </tbody> </table>	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	Długość pobytu w szpitalu (dni) – rak płuca	5 (I=165, K=167)	MD= -2,86	-5,40; -0,33	b.d.; I ² =0%	Wystąpienie zdarzenia niepożądanego – rak płuca	5 (I=165, K=167)	RR= 0,52	0,36; 0,74	b.d.; I ² =0%	Wystąpienie zdarzenia niepożądanego – rak jelita grubego	1 (n=41)	RR=1,07	0,52; 2,22	b.d.	Długość pobytu w szpitalu (dni) – rak jelita grubego	1 (n=41)	MD=-5,40	-16,72; 5,92	b.d.
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²																							
Długość pobytu w szpitalu (dni) – rak płuca	5 (I=165, K=167)	MD= -2,86	-5,40; -0,33	b.d.; I ² =0%																							
Wystąpienie zdarzenia niepożądanego – rak płuca	5 (I=165, K=167)	RR= 0,52	0,36; 0,74	b.d.; I ² =0%																							
Wystąpienie zdarzenia niepożądanego – rak jelita grubego	1 (n=41)	RR=1,07	0,52; 2,22	b.d.																							
Długość pobytu w szpitalu (dni) – rak jelita grubego	1 (n=41)	MD=-5,40	-16,72; 5,92	b.d.																							

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori)	Raportowane wyniki																													
		Jakość życia (EORTC Global health status)	1 (n=41)	MD=-4,00	-15,34; 7,34	b.d.																									
		Wystąpienie zdarzenia niepożądanego - przerzuty do wątroby z jelita grubego	1 (n=34)	RR=0,90	0,42; 1,92	b.d.																									
		Długość pobytu w szpitalu (dni) – przerzuty do wątroby z jelita grubego	1 (n=34)	MD=-0,66	-17,78; 0,46	b.d.																									
		Jakość życia (ICSmaleSF) – 1 miesiąc po operacji	1 (n=118)	MD=-3,70	b.d.	p=0,002																									
		Jakość życia (ICSmaleSF) – 3 miesiące po operacji	1 (n=118)	MD=-4,10	b.d.	p=0,002																									
		Jakość życia (PCI – komponent fizyczny)	1 (n=16)	MD=-3,40	-6,93; 0,13	b.d.																									
<u>Wyniki łączne na korzyść kontroli w ocenianych punktach końcowych.</u>																															
Tabela 2. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="947 675 1361 707">punkt końcowy</th> <th data-bbox="1361 675 1550 707">liczba badań</th> <th data-bbox="1550 675 1697 707">wynik</th> <th data-bbox="1697 675 1854 707">95%CI</th> <th data-bbox="1854 675 2092 707">p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="947 707 1361 738">Długość pobytu w szpitalu (dni) – rak przełyku</td> <td data-bbox="1361 707 1550 738">2 (I=51; K=48)</td> <td data-bbox="1550 707 1697 738">MD= 2,00</td> <td data-bbox="1697 707 1854 738">-2,35; 6,35</td> <td data-bbox="1854 707 2092 738">b.d.; I²=0%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="947 738 1361 770">Wystąpienie zdarzenia niepożądanego – rak przełyku</td> <td data-bbox="1361 738 1550 770">1 (n=83)</td> <td data-bbox="1550 738 1697 770">RR=1,18</td> <td data-bbox="1697 738 1854 770">0,71; 1,97</td> <td data-bbox="1854 738 2092 770">b.d.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="947 770 1361 802">Długość pobytu w szpitalu (dni) – rak przełyku</td> <td data-bbox="1361 770 1550 802">1 (n=83)</td> <td data-bbox="1550 770 1697 802">MD=2,00</td> <td data-bbox="1697 770 1854 802">-2,35; 6,35</td> <td data-bbox="1854 770 2092 802">b.d.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="947 802 1361 834">Jakość życia (PCI – komponent psychiczny)</td> <td data-bbox="1361 802 1550 834">1 (n=16)</td> <td data-bbox="1550 802 1697 834">MD=1,10</td> <td data-bbox="1697 802 1854 834">-3,66; 5,86</td> <td data-bbox="1854 802 2092 834">b.d.</td> </tr> </tbody> </table>							punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	Długość pobytu w szpitalu (dni) – rak przełyku	2 (I=51; K=48)	MD= 2,00	-2,35; 6,35	b.d.; I ² =0%	Wystąpienie zdarzenia niepożądanego – rak przełyku	1 (n=83)	RR=1,18	0,71; 1,97	b.d.	Długość pobytu w szpitalu (dni) – rak przełyku	1 (n=83)	MD=2,00	-2,35; 6,35	b.d.	Jakość życia (PCI – komponent psychiczny)	1 (n=16)	MD=1,10	-3,66; 5,86	b.d.
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²																											
Długość pobytu w szpitalu (dni) – rak przełyku	2 (I=51; K=48)	MD= 2,00	-2,35; 6,35	b.d.; I ² =0%																											
Wystąpienie zdarzenia niepożądanego – rak przełyku	1 (n=83)	RR=1,18	0,71; 1,97	b.d.																											
Długość pobytu w szpitalu (dni) – rak przełyku	1 (n=83)	MD=2,00	-2,35; 6,35	b.d.																											
Jakość życia (PCI – komponent psychiczny)	1 (n=16)	MD=1,10	-3,66; 5,86	b.d.																											
<u>Warunki prowadzenia interwencji:</u>																															
<ul style="list-style-type: none"> • jeśli określono, szpital lub warunki domowe. 																															
<u>Okres follow-up:</u>																															
b.d.																															
Loughney 2016																															
<u>Źródła finansowania:</u> nie określono																															
<u>Cel:</u> interwencje oparte na ćwiczeniach u osób chorych na raka poddawanych jednocześnie leczeniu neoadjuwantowemu i chirurgicznemu <u>Synteza wyników:</u> jakościowa i ilościowa	<u>Populacja:</u> pacjenci onkologiczni poddawani jednocześnie leczeniu neoadjuwantowemu i chirurgicznemu. <u>Interwencja:</u> interwencje oparte na ćwiczeniach aerobowych, zawierających minimum 3 sesje ćwiczeniowe trwające minimum 10 minut. <u>Komparator:</u> nie określono. <u>Punkty końcowe:</u>	<u>Włączone badania:</u> n=4 (n=3 pilotażowe RCT, n=1 pilotażowe nRCT) (lata: 2012–2014); - 3 badania dotyczące raka piersi; - 1 badanie dotyczące raka odbytnicy; <u>Populacja:</u> n=85 pacjentów (interwencja, komparator – brak raportowania danych) - badania dotyczące raka piersi, n=50, wyłącznie kobiety; - badania dotyczące raka odbytnicy, n= 39, płeć mieszana • wiek: średni wiek zawierał się w przedziale 45–84 lata.																													

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori)	Raportowane wyniki														
<p><u>Przedział czasu objętym wyszukiwaniem:</u> Wyszukiwanie przeprowadzone 23.05.2013; aktualizacja 01.10.2014, 01.12.2014, 01.04.2015.</p>	<ul style="list-style-type: none"> nie określono. <p><u>Metodyka:</u> <u>Do przeglądu włączono badania spełniające następujące kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> dorośli pacjenci onkologiczni poddawani leczeniu neoadjuwantowemu oczekujący na zabieg chirurgiczny; badania RCT i nRCT; badania opisujące trening fizyczny prowadzony podczas leczenia i przed operacją, zdefiniowany jako przepisana aktywność fizyczna angażująca duże grupy mięśniowe, prowadzony co najmniej w 3 sesjach ćwiczeniowych, każda co najmniej 10 minut. <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> studia przypadku; publikacje dostępne jedynie w formie abstraktu. 	<ul style="list-style-type: none"> płeć: brak raportowania danych łącznych <p><u>Interwencja:</u> program ćwiczeń aerobowych trwający 6–12 tygodni lub obóz ćwiczeniowy.</p> <p><u>Komparator:</u> nie określono</p> <p><u>Wyniki:</u> <u>Wyniki łączne na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="947 491 2092 563"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Wydolność ćwiczeniowa, VO2peak</td> <td>2 (I=32, K=23)</td> <td>MD= 3,76</td> <td>3,43; 4,08</td> <td>p>0,00001; I²=0%</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> trening nadzorowany w warunkach szpitalnych lub środowiskowych (ang. community) lub nienadzorowany w warunkach domowych. <p><u>Okres follow-up:</u> b.d.</p>					punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	Wydolność ćwiczeniowa, VO2peak	2 (I=32, K=23)	MD= 3,76	3,43; 4,08	p>0,00001; I ² =0%
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²												
Wydolność ćwiczeniowa, VO2peak	2 (I=32, K=23)	MD= 3,76	3,43; 4,08	p>0,00001; I ² =0%												
<p>Ni 2016 <u>Źródła finansowania:</u> Program of Shanghai Municipal Commission of Health and Family Planning (20144Y0196), Shanghai Natural Science Foundation (15ZR1434400), Program of National Natural Science Foundation of China (81500040).</p>																
<p><u>Cel:</u> trening fizyczny prowadzony przed- i pooperacyjnie u pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuc</p> <p><u>Synteza wyników:</u> jakościowa i ilościowa</p> <p><u>Przedział czasu objętym wyszukiwaniem:</u> do 16.08.2015</p>	<p><u>Populacja:</u> pacjenci chorzy na niedrobnokomórkowego raka płuc poddawani jego resekcji</p> <p><u>Interwencja:</u> trening fizyczny</p> <p><u>Komparator:</u> brak interwencji</p> <p><u>Punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> długość pobytu w szpitalu po operacji; zdarzenia niepożądane; wydolność ćwiczeniowa – 6-minutowy test marszowy; kwestionariusz European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire (EORTC-QLQ-C30); kwestionariusz 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) <p><u>Metodyka:</u></p>	<p><u>Włączone badania:</u> N=15, w tym 8 RCT i 7 nRCT (lata: 2005–2015).</p> <ul style="list-style-type: none"> 8 badań (238 pacjentów) otrzymywało interwencję po operacji 7 badań (112 pacjentów) otrzymywało interwencję przed operacją <p><u>Populacja:</u> 350 pacjentów w stadiach I–IV (interwencja=b.d., komparator=b.d.), szczegółowa liczebność interwencji przedstawiona w tabeli poniżej</p> <ul style="list-style-type: none"> wiek: średni wiek zawierał się w przedziale 54–70 lat płeć: b.d. pacjenci skierowani na resekcję torakotomiczną lub wideooperacyjną torakoskopię. <p><u>Interwencja:</u> program ćwiczeń zawierał jazdę na rowerze, spacer, ćwiczenia oddechowe i inne. Średni czas trwania programu wynosił 8 ± 7 tygodni z częstotliwością 3–7 razy/tydzień.</p> <p><u>Komparator:</u> brak interwencji</p> <p><u>Wyniki:</u> <u>Wyniki łączne na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="947 1345 2092 1377"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> </table>				punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²						
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²												

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia a priori)	Raportowane wyniki													
	<p><u>Do przeglądu włączono badania spełniające następujące kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> pacjenci otrzymujące dowolne interwencje z zakresu ćwiczeń, obejmujące co najmniej trening aerobowy wykonywany przez kończyny dolne (rower, bieżnia), trwający 1, 4, 12 lub 20 tygodni, samodzielnie lub jako element kompleksowej rehabilitacji; kompleksowa rehabilitacja rozumiana jako zawierająca elementy treningu fizycznego, ćwiczeń oddechowych, edukacji zdrowotnej i interwencji psychologicznych; <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> artykuły przeglądowe, raporty przypadków, abstrakty konferencyjne. 	Pooperacyjna długość pobytu w szpitalu (dni) – interwencja przedoperacyjna	4 (I=73, K=107)	MD= -4,98	-6,22; 3,74	p<0,00001; I ² =0%									
Pooperacyjne komplikacje – interwencja przedoperacyjna	4 (I=73, K=107)	OR= 0,33	0,15; 0,74	p=0,007; I ² =7%											
Wydolność ćwiczeniowa, 6MWT [m]	interwencja przedoperacyjna*	3 (I=45; K=45)	MD= 39,95	5,31; 74,60	p=0,02; I ² =0%										
	interwencja pooperacyjna*	6 (I=133; K=133)	MD= 62 83	57,94; 67,72	p<0,00001; I ² =7%										
HRQoL wg EORTC-QLQ-30, aspekt duszności	3 (I=80, K=80)	MD= 14,31	-20,03; -8,58	p<0,00001; I ² =17%											
HRQoL wg SF36	komponent fizyczny*	4 (I=69, K=69)	MD= 3,00	0,81; 5,20	p=0,007; I ² =0%										
	komponent psychiczny*	3 (I=39, K=39)	MD= 1,93	-0,53; 4,39	p=0,12; I ² =0%										
<p>* zachodzi sprzeczność raportowanych informacji, z dyskusji autorów wynika, iż wyniki są na korzyść prowadzenia interwencji, forrest ploty przedstawiają wyniki na korzyść kontroli.</p> <p><u>Wyniki łączne na korzyść kontroli w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 2. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="947 767 2092 839"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HRQoL wg EORTC-QLQ-30, zdrowie globalne</td> <td>4 (I=61, K=61)</td> <td>MD= 2,38</td> <td>-2,88; 7,65</td> <td>p=0,37; I²=11%</td> </tr> </tbody> </table> <p>* mierzona za pomocą BI, ADL lub Katz</p> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> szpitalne, opieka środowiskowa lub domowa. <p><u>Okres follow-up:</u></p> <p>b.d.</p>						punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	HRQoL wg EORTC-QLQ-30, zdrowie globalne	4 (I=61, K=61)	MD= 2,38	-2,88; 7,65	p=0,37; I ² =11%
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²											
HRQoL wg EORTC-QLQ-30, zdrowie globalne	4 (I=61, K=61)	MD= 2,38	-2,88; 7,65	p=0,37; I ² =11%											

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

5.2. Przegląd niesystematyczny

5.2.1. Opis metodyki

Ze względu na zdefiniowany w ramach analizy problemu decyzyjnego profil kliniczny pacjenta kwalifikującego się do rehabilitacji ogólnoustrojowej, dla której nie odnaleziono definicji/odpowiednika w literaturze międzynarodowej, zdecydowano się rozszerzyć przeprowadzoną analizę skuteczności o niesystematyczne wyszukiwanie dowodów naukowych oceniających skuteczność stosowania rehabilitacji i/lub fizjoterapii wśród populacji pacjentów niezidentyfikowanych w ramach wyszukiwania systematycznego.

Wyszukiwanie rozszerzono o następujące populacje:

- pacjenci z chorobami reumatologicznymi, zapalnymi, zapalnymi tkanki łącznej, zapalnymi stawów lub układowymi tkanki łącznej,
- pacjenci po amputacji kończyny dolnej lub górnej,
- pacjenci z chorobami metabolicznymi,
- pacjenci po zabiegach ginekologicznych lub po przebyciu choroby nowotworowej ginekologicznej,
- pacjenci z obrzękiem limfatycznym o dowolnej etiologii,

5.2.2. Pacjenci z reumatoidalnym zapaleniem stawów

W tabeli poniżej zawarto zestawienie wyników zawartych w odnalezionym przeglądzie systematycznym włączonych do analizy skuteczności w subpopulacji pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów.

Tabela 80. Skuteczność interwencji rehabilitacji/ćwiczeń fizycznych u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów w ocenianych punktach końcowych.

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia priori)	Raportowane wyniki																																																		
Baillet 2011																																																				
<u>Źródła finansowania:</u> b.d.																																																				
<p><u>Cel:</u> określenie efektywności oporowego treningu u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów</p> <p><u>Synteza wyników:</u> jakościowa i ilościowa</p> <p><u>Przedział czasu objętym wyszukiwaniem:</u> od: b.d. do: 11.2019</p>	<p><u>Populacja:</u> Pacjenci ze zdiagnozowanym reumatoidalnym zapaleniem stawów (zgodnie z definicją American Rheumatism Association lub American College of Rheumatology)</p> <p><u>Interwencja:</u> Ćwiczenia oporowe powtarzalne, opracowane pod kątem zwiększenia siły mięśniowej, z maksymalnym obciążeniem na poziomie 30–100% lub dostosowane przez terapeutę.</p> <p><u>Komparator:</u> standardowa opieka lub rehabilitacja nieaerobowa</p> <p><u>Punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Siła mięśniowa – siła izokinetyczna mierzona jako szczytowy moment siły przy stałym ruchu wyprostnym kolana z prędkością 60°/s, siła izometryczna oraz siła uchwytu została zmierzona za pomocą dynamometru • Sprawność (ang. Disability) – mierzony przy pomocy Health Assessment Questionnaire (HAQ) • Stan funkcjonalny – oceniany przy pomocy prędkości chodzenia, 50-foot walk test (50 FWT). Wynik ze wszystkich badań został przeliczony na wynik 50 FWT • Wskaźnik aktywności choroby (DAS) – DAS-28, • Liczba stawów (ang. Joint count) – liczba spuchniętych, obolałych stawów oraz index Richie. Wynik został przeliczony na skalę procentową, • Ból – mierzony przy pomocy skali VAS, • Odczyn Biernackiego – odczyt po 1 godzinie, • Tolerancja wysiłkowa – oceniany na podstawie liczby pacjentów, którzy ukończyli ćwiczenia, 	<p><u>Włączone badania:</u> n=10 (RCT), (lata: 1997–2009).</p> <p><u>Populacja:</u> 547 pacjentów (interwencja=282, komparator=265).</p> <ul style="list-style-type: none"> • wiek: przedział średniego wieku pacjentów: od 41 do 62 lat • płeć: średni odsetek kobiet we włączonych badaniach – w przedziale od 47,6% do 100% <p><u>Interwencja:</u> nadzorowany wzmacniający trening mięśnia czworogłowego, ćwiczenia wzmacniające mięśni ramienia bez nadzoru, ćwiczenia oporowe na kończyny górne lub dolne pod nadzorem/bez nadzoru, ćwiczenia tułowia</p> <p><u>Komparator:</u> standardowa opieka, ćwiczenia zakresu ruchów, ćwiczenia nieaerobowe</p> <p><u>Wyniki:</u> <u>Wyniki łączne na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Siła izokinetyczna (% poprawa)</td> <td>3 (I=76; K=72)</td> <td>WMD=23,7%</td> <td>11,0; 36,4</td> <td>p<0,001; I²=0%</td> </tr> <tr> <td>Siła izometryczna (% poprawa)</td> <td>5 (I=153; K=147)</td> <td>WMD=35,8%</td> <td>24,4; 47,1</td> <td>p<0,001; I²=68%</td> </tr> <tr> <td>Siła uchwytu (% poprawa)</td> <td>4 (I=126; K=117)</td> <td>WMD=26,4%</td> <td>12,3; 40,5</td> <td>p<0,001; I²=0%</td> </tr> <tr> <td>Sprawność – HAQ</td> <td>9 (I=289; K=324)</td> <td>WMD=-0,22</td> <td>-0,35; -0,10</td> <td>p<0,001; I²=36%</td> </tr> <tr> <td>Stan funkcjonalny (50 FWT)</td> <td>5 (I=137; K=138)</td> <td>WMD=-1,90s</td> <td>-2,95; 0,85</td> <td>p<0,001; I²=35%</td> </tr> <tr> <td>Liczba stawów opuchniętych/tkliwych lub indeks Richie (ang. Joint count)</td> <td>6 (I=201; K=189)</td> <td>WMD=-5,36%</td> <td>-9,00; -1,72</td> <td>p=0,004; I²=73%</td> </tr> <tr> <td>Ból (skala VAS)*</td> <td>5 (I=144; K=140)</td> <td>WMD=-4,11mm</td> <td>-11,0; 2,7</td> <td>p=0,24; I²=54%</td> </tr> <tr> <td>Odczyn Biernackiego</td> <td>3 (I=133; K=125)</td> <td>WMD=-5,17mm</td> <td>-8,77; -1,58</td> <td>p=0,005; I²=0%</td> </tr> <tr> <td>Wycofanie się z badania (ang. withdrawals)</td> <td>7 (I=199; K=172)</td> <td>RR=0,95</td> <td>0,61; 1,48</td> <td>p=0,51; I²=0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>* - w przeglądzie nie wskazano rodzaju zastosowanej skali VAS</p> <p><u>Wyniki łączne na korzyść komparatora w ocenianych punktach końcowych.</u></p>	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	Siła izokinetyczna (% poprawa)	3 (I=76; K=72)	WMD=23,7%	11,0; 36,4	p<0,001; I ² =0%	Siła izometryczna (% poprawa)	5 (I=153; K=147)	WMD=35,8%	24,4; 47,1	p<0,001; I ² =68%	Siła uchwytu (% poprawa)	4 (I=126; K=117)	WMD=26,4%	12,3; 40,5	p<0,001; I ² =0%	Sprawność – HAQ	9 (I=289; K=324)	WMD=-0,22	-0,35; -0,10	p<0,001; I ² =36%	Stan funkcjonalny (50 FWT)	5 (I=137; K=138)	WMD=-1,90s	-2,95; 0,85	p<0,001; I ² =35%	Liczba stawów opuchniętych/tkliwych lub indeks Richie (ang. Joint count)	6 (I=201; K=189)	WMD=-5,36%	-9,00; -1,72	p=0,004; I ² =73%	Ból (skala VAS)*	5 (I=144; K=140)	WMD=-4,11mm	-11,0; 2,7	p=0,24; I ² =54%	Odczyn Biernackiego	3 (I=133; K=125)	WMD=-5,17mm	-8,77; -1,58	p=0,005; I ² =0%	Wycofanie się z badania (ang. withdrawals)	7 (I=199; K=172)	RR=0,95	0,61; 1,48	p=0,51; I ² =0%
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²																																																
Siła izokinetyczna (% poprawa)	3 (I=76; K=72)	WMD=23,7%	11,0; 36,4	p<0,001; I ² =0%																																																
Siła izometryczna (% poprawa)	5 (I=153; K=147)	WMD=35,8%	24,4; 47,1	p<0,001; I ² =68%																																																
Siła uchwytu (% poprawa)	4 (I=126; K=117)	WMD=26,4%	12,3; 40,5	p<0,001; I ² =0%																																																
Sprawność – HAQ	9 (I=289; K=324)	WMD=-0,22	-0,35; -0,10	p<0,001; I ² =36%																																																
Stan funkcjonalny (50 FWT)	5 (I=137; K=138)	WMD=-1,90s	-2,95; 0,85	p<0,001; I ² =35%																																																
Liczba stawów opuchniętych/tkliwych lub indeks Richie (ang. Joint count)	6 (I=201; K=189)	WMD=-5,36%	-9,00; -1,72	p=0,004; I ² =73%																																																
Ból (skala VAS)*	5 (I=144; K=140)	WMD=-4,11mm	-11,0; 2,7	p=0,24; I ² =54%																																																
Odczyn Biernackiego	3 (I=133; K=125)	WMD=-5,17mm	-8,77; -1,58	p=0,005; I ² =0%																																																
Wycofanie się z badania (ang. withdrawals)	7 (I=199; K=172)	RR=0,95	0,61; 1,48	p=0,51; I ² =0%																																																

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia priori)	Raportowane wyniki										
	<p>obecności na ćwiczeniach oraz zdarzeń niepożądanych,</p> <ul style="list-style-type: none"> Ocena radiologiczna uszkodzeń – oceniana przy pomocy systemu oceny Larsena. <p><u>Metodyka:</u> Do przeglądu włączono badania spełniające następujące kryteria włączenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> badania RCT <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> pooperacyjna rehabilitacja, język publikacji inny niż angielski lub francuski. 	<p>Tabela 2. Wyniki przemawiające na korzyść komparatora w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zdarzenia niepożądane (zależne lub niezależne od ćwiczeń lub reumatoidalnego zapalenia stawów)</td> <td>7 (I=197; K=181)</td> <td>RR=1,08</td> <td>0,72; 1,63</td> <td>p=0,72; I²=0%</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u> Brak informacji w zakresie warunków prowadzenia interwencji</p>	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	Zdarzenia niepożądane (zależne lub niezależne od ćwiczeń lub reumatoidalnego zapalenia stawów)	7 (I=197; K=181)	RR=1,08	0,72; 1,63	p=0,72; I ² =0%
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²								
Zdarzenia niepożądane (zależne lub niezależne od ćwiczeń lub reumatoidalnego zapalenia stawów)	7 (I=197; K=181)	RR=1,08	0,72; 1,63	p=0,72; I ² =0%								

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

5.2.3. Pacjenci z obrzękiem limfatycznym zależnym od nowotworu

W tabeli poniżej zawarto zestawienie wyników zawartych w odnalezionym przeglądzie systematycznym włączonych do analizy skuteczności w subpopulacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym.

Tabela 81. Skuteczność interwencji rehabilitacji/ćwiczeń fizycznych u pacjentów z obrzękiem limfatycznym w ocenianych punktach końcowych.

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia priori)	Raportowane wyniki
<p>Singh 2016 <u>Źródła finansowania:</u> brak informacji</p>		
<p><u>Cel:</u> ocena efektów ćwiczeń fizycznych na obrzęk limfatyczny zależny od nowotworu</p> <p><u>Synteza wyników:</u> jakościowa i ilościowa</p> <p><u>Przedział czasu objętym wyszukiwaniem:</u> od: nie ograniczono do: 1.01.2015</p>	<p><u>Populacja:</u> Pacjenci ze zdiagnozowanym zależnym od nowotworów obrzękiem limfatycznym</p> <p><u>Interwencja:</u> Przegląd 1 i 2: Badania uwzględniające ćwiczenia fizyczne opisane jako oporowe, aerobowe lub inne. Ćwiczenia realizowane jednorazowo lub w serii.</p> <p><u>Komparator:</u> Przegląd 1: brak interwencji, inny typ ćwiczeń z uwzględnieniem ćwiczeń o innej intensywności/częstotliwości, standardowa opieka lub brak komparatora Przegląd 2: ćwiczenia fizyczne bez kompresjoterapii</p> <p><u>Punkty końcowe:</u></p>	<p><u>Włączone badania do przeglądu 1:</u> Przegląd 1: n=21 (w tym 7 badań RCT lub nRCT), (lata: 2003–2014)</p> <ul style="list-style-type: none"> wiek: b.d. płeć: 20 badań uwzględnia kobiety z jednostronnym nowotworem piersi, 1 badanie uwzględnia osoby z obrzękiem limfatycznym kończyn dolnych, brak szczegółowych informacji w zakresie rozkładu płci <p><u>Populacja:</u> 18 badań zawiera populację ≥ 60 pacjentów</p> <p><u>Interwencja:</u> Ćwiczenia oporowe uwzględniające kończyny górne oraz dolne z wykorzystaniem ciężaru własnego ciała lub sprzętów do ćwiczeń, ćwiczenia g bkości, ćwiczenia aerobowe, ćwiczenia rozciągające inne ćwiczenia (np. Tai-Chi, Yoga, ćwiczenia relaksacyjne)</p> <p><u>Komparator:</u> brak interwencji, inny typ ćwiczeń z uwzględnieniem ćwiczeń o innej intensywności/częstotliwości, standardowa opieka lub brak komparatora</p> <p><u>Włączone badania do przeglądu 2:</u> Przegląd 2: n=4 (4 badania RCT)</p>

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia priori)	Raportowane wyniki																																																																							
	<ul style="list-style-type: none"> Punkty końcowe oceniające obrzęk limfatyczny z lub bez symptomów zależnych od obrzęku limfatycznego: ból, uczucie ciężkości lub napięcia (ang. tightness). <p><u>Metodyka:</u> Do przeglądu włączono badania spełniające następujące kryteria włączenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> badania RCT, nRCT, jednoramienne, pretest-posttest <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Badania oceniające wyłącznie pacjentów wysokiego ryzyka lub bez klinicznej diagnozy obrzęku limfatycznego, Badania które jako interwencje uwzględniają ćwiczenia fizyczne zawarte w terapii obkurczającej, Badania uwzględniające więcej niż jedną interwencję zostały wykluczone w przypadku gdy niemożliwa jest ocena skuteczności ćwiczeń fizycznych. 	<ul style="list-style-type: none"> wiek: b.d. pleć: wszystkie badania uwzględniają kobiety z jednostronnym nowotworem piersi <p><u>Populacja:</u> b.d. <u>Interwencja:</u> ćwiczenia fizyczne z kompresjoterapią <u>Komparator:</u> ćwiczenia fizyczne bez kompresjoterapii</p> <p><u>Wyniki:</u> <u>Wyniki łączne na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="929 560 2092 1086"> <thead> <tr> <th colspan="2">punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Zmiana objętości ramienia po jednorazowych ćwiczeniach</td> <td>wynik łączny</td> <td>9 (n=227)</td> <td>SMD=-0,1</td> <td>-0,3; 0,1</td> <td>p=0,42; I²=0%</td> </tr> <tr> <td>ćwiczenia aerobowe</td> <td>2 (n=b.d.)</td> <td>SMD=-0,06</td> <td>-0,35; 0,24</td> <td>p=0,70; I²=0%</td> </tr> <tr> <td>inne ćwiczenia</td> <td>5 (n=b.d.)</td> <td>SMD=-0,14</td> <td>-0,44; 0,16</td> <td>p=0,35; I²=0%</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Zmiana objętości ramienia po regularnych ćwiczeniach fizycznych trwających dłużej niż 8 tygodni*</td> <td>wynik łączny</td> <td>11 (n=283)</td> <td>SMD=-0,1</td> <td>-0,3; 0,4</td> <td>p=0,34; I²=0%</td> </tr> <tr> <td>ćwiczenia oporowe</td> <td>6 (n=b.d.)</td> <td>SMD=-0,08</td> <td>-0,27; 0,12</td> <td>p=0,44; I²=0%</td> </tr> <tr> <td>inne ćwiczenia</td> <td>3 (n=b.d.)</td> <td>SMD=-0,07</td> <td>-0,56; 0,42</td> <td>p=0,79; I²=0%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Redukcja bólu (brak wskazanej metody pomiaru)</td> <td>pretest-posttest</td> <td>2 (n=85)</td> <td>SMD=-0,1</td> <td>-0,6; 0,1</td> <td>p=0,54; I²=0%</td> </tr> <tr> <td>po 8–12 tygodniowej sesji treningowej</td> <td>2 (n=55)</td> <td>SMD=-0,2</td> <td>-0,6; 0,2</td> <td>p=0,28; I²=0%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Wystąpienie symptomów zależnych od obrzęku limfatycznego po jednorazowych ćwiczeniach – pomiar 24h po treningu</td> <td>3 (n=190)</td> <td>SMD=-0,2</td> <td>-0,4; 0,0</td> <td>p=0,07; I²=0%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Redukcja obrzęku limfatycznego (trening z kompresjoterapią vs trening bez kompresjoterapii) po jednorazowej ćwiczeniach – pomiar bezpośrednio po ćwiczeniach (przeгляд 2)</td> <td>3 (n=138)</td> <td>SMD=-0,2</td> <td>-0,5; 0,1</td> <td>p=0,24; I²=0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>* – w badaniu występują rozbieżności pomiędzy wynikami wskazanymi w dyskusji a wynikami przedstawionymi na wykresach forest plot</p> <p><u>Wyniki łączne na korzyść rehabilitacji domowej w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 2. Wyniki przemawiające na korzyść rehabilitacji domowej w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="929 1238 2092 1331"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zmiana objętości ramienia po jednorazowych ćwiczeniach – ćwiczenia oporowe</td> <td>2 (n=b.d.)</td> <td>SMD=0,01</td> <td>-0,38; 0,39</td> <td>p=0,97; I²=0%</td> </tr> </tbody> </table>	punkt końcowy		liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	Zmiana objętości ramienia po jednorazowych ćwiczeniach	wynik łączny	9 (n=227)	SMD=-0,1	-0,3; 0,1	p=0,42; I ² =0%	ćwiczenia aerobowe	2 (n=b.d.)	SMD=-0,06	-0,35; 0,24	p=0,70; I ² =0%	inne ćwiczenia	5 (n=b.d.)	SMD=-0,14	-0,44; 0,16	p=0,35; I ² =0%	Zmiana objętości ramienia po regularnych ćwiczeniach fizycznych trwających dłużej niż 8 tygodni*	wynik łączny	11 (n=283)	SMD=-0,1	-0,3; 0,4	p=0,34; I ² =0%	ćwiczenia oporowe	6 (n=b.d.)	SMD=-0,08	-0,27; 0,12	p=0,44; I ² =0%	inne ćwiczenia	3 (n=b.d.)	SMD=-0,07	-0,56; 0,42	p=0,79; I ² =0%	Redukcja bólu (brak wskazanej metody pomiaru)	pretest-posttest	2 (n=85)	SMD=-0,1	-0,6; 0,1	p=0,54; I ² =0%	po 8–12 tygodniowej sesji treningowej	2 (n=55)	SMD=-0,2	-0,6; 0,2	p=0,28; I ² =0%	Wystąpienie symptomów zależnych od obrzęku limfatycznego po jednorazowych ćwiczeniach – pomiar 24h po treningu		3 (n=190)	SMD=-0,2	-0,4; 0,0	p=0,07; I ² =0%	Redukcja obrzęku limfatycznego (trening z kompresjoterapią vs trening bez kompresjoterapii) po jednorazowej ćwiczeniach – pomiar bezpośrednio po ćwiczeniach (przeгляд 2)		3 (n=138)	SMD=-0,2	-0,5; 0,1	p=0,24; I ² =0%	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	Zmiana objętości ramienia po jednorazowych ćwiczeniach – ćwiczenia oporowe	2 (n=b.d.)	SMD=0,01	-0,38; 0,39	p=0,97; I ² =0%
punkt końcowy		liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²																																																																				
Zmiana objętości ramienia po jednorazowych ćwiczeniach	wynik łączny	9 (n=227)	SMD=-0,1	-0,3; 0,1	p=0,42; I ² =0%																																																																				
	ćwiczenia aerobowe	2 (n=b.d.)	SMD=-0,06	-0,35; 0,24	p=0,70; I ² =0%																																																																				
	inne ćwiczenia	5 (n=b.d.)	SMD=-0,14	-0,44; 0,16	p=0,35; I ² =0%																																																																				
Zmiana objętości ramienia po regularnych ćwiczeniach fizycznych trwających dłużej niż 8 tygodni*	wynik łączny	11 (n=283)	SMD=-0,1	-0,3; 0,4	p=0,34; I ² =0%																																																																				
	ćwiczenia oporowe	6 (n=b.d.)	SMD=-0,08	-0,27; 0,12	p=0,44; I ² =0%																																																																				
	inne ćwiczenia	3 (n=b.d.)	SMD=-0,07	-0,56; 0,42	p=0,79; I ² =0%																																																																				
Redukcja bólu (brak wskazanej metody pomiaru)	pretest-posttest	2 (n=85)	SMD=-0,1	-0,6; 0,1	p=0,54; I ² =0%																																																																				
	po 8–12 tygodniowej sesji treningowej	2 (n=55)	SMD=-0,2	-0,6; 0,2	p=0,28; I ² =0%																																																																				
Wystąpienie symptomów zależnych od obrzęku limfatycznego po jednorazowych ćwiczeniach – pomiar 24h po treningu		3 (n=190)	SMD=-0,2	-0,4; 0,0	p=0,07; I ² =0%																																																																				
Redukcja obrzęku limfatycznego (trening z kompresjoterapią vs trening bez kompresjoterapii) po jednorazowej ćwiczeniach – pomiar bezpośrednio po ćwiczeniach (przeгляд 2)		3 (n=138)	SMD=-0,2	-0,5; 0,1	p=0,24; I ² =0%																																																																				
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²																																																																					
Zmiana objętości ramienia po jednorazowych ćwiczeniach – ćwiczenia oporowe	2 (n=b.d.)	SMD=0,01	-0,38; 0,39	p=0,97; I ² =0%																																																																					

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia priori)	Raportowane wyniki				
		Wystąpienie symptomów zależnych od obrzęku limfatycznego po jednorazowych ćwiczeniach – pomiar bezpośrednio po treningu	3 (n=190)	SMD=0,1	-0,1; 0,3	p=0,57; I ² =0%
		<u>Warunki prowadzenia interwencji:</u> Brak informacji w zakresie warunków prowadzenia interwencji				

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

5.2.4. Pacjenci ginekologiczni

W tabeli poniżej zawarto zestawienie wyników zawartych w odnalezionym przeglądzie systematycznym włączonych do analizy skuteczności w subpopulacji pacjentów z nowotworem.

Tabela 82. Skuteczność interwencji rehabilitacji/ćwiczeń fizycznych u pacjentów ginekologicznych w ocenianych punktach końcowych.

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia priori)	Raportowane wyniki													
Lin 2016 <u>Źródła finansowania:</u> b.d.															
<p><u>Cel:</u> Zestawienie i ocena skuteczności interwencji zawierających element związany z ćwiczeniami u pacjentów z rakiem ginekologicznym</p> <p><u>Synteza wyników:</u> jakościowa i ilościowa</p> <p><u>Przedział czasu objętym wyszukiwaniem:</u> do 2014 r.</p>	<p><u>Populacja:</u> pacjenci w każdym wieku, u których zdiagnozowano dowolny rodzaj raka ginekologicznego (tj. nowotwory sromu, pochwy, szyjki macicy, macicy, jajnika, jajowodu i łożyska), w każdym stadium choroby.</p> <p><u>Interwencja:</u> interwencje zawierające jakikolwiek element związany z ćwiczeniami (np. trening aerobowy, wzmacnianie mięśni, ćwiczenia rozciągające lub edukacja dotycząca ćwiczeń)</p> <p><u>Komparator:</u> standardowa opieka</p> <p><u>Punkty końcowe:</u></p> <p>Pierwszorzędowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> funkcjonalna wydolność wysiłkowa mierzona za pomocą testów maksymalnych (np. próba wysiłkowa, spiroergometryczny test wysiłkowy (ang. cardiopulmonary exercise testing) lub testów submaksymalnych (np. testy chodzenia w terenie), HRQoL. <p>Drugorzędowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> poziom aktywności fizycznej, 	<p><u>Włączone badania:</u> n=7 (7badań RCT), (lata: 2008–2014).</p> <p><u>Populacja:</u> 221 pacjentów (interwencja=113, komparator=108)</p> <ul style="list-style-type: none"> wiek: średni wiek pacjentów zawierał się w przedziale 52,1–63,9 lat, pleć: b.d. o płci pacjentów. <p><u>Interwencja:</u> 6-miesięczny program interwencji polegający na zmianie stylu życia, który obejmował edukację w celu zwiększenia aktywności fizycznej (4 badania); intermodalna interwencja rehabilitacyjna, która obejmowała 5-dniową rehabilitację, uwzględniającą edukację z zakresu aktywności fizycznej (1 badanie); interwencja trwająca 12 tygodni związana ze modyfikacją stylu życia oraz aktywnością fizyczną o umiarkowanej intensywności, w tym z edukacją dotyczącą aktywności fizycznej (1 badanie); 4-tygodniowy program rehabilitacji dna miednicy, który obejmował sesje biofeedbacku i sesje ćwiczeń podstawowych (1 badanie).</p> <p><u>Komparator:</u> standardowa opieka</p> <p><u>Wyniki:</u></p> <p><u>Wyniki łączne na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>poziom aktywności fizycznej raportowany przez pacjenta (mierzony za pomocą skali LSI)</td> <td>2 (I=64, K=56)</td> <td>MD=12,92</td> <td>6,34; 19,51</td> <td>0,0001 0%</td> </tr> </tbody> </table>	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	poziom aktywności fizycznej raportowany przez pacjenta (mierzony za pomocą skali LSI)	2 (I=64, K=56)	MD=12,92	6,34; 19,51	0,0001 0%			
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²											
poziom aktywności fizycznej raportowany przez pacjenta (mierzony za pomocą skali LSI)	2 (I=64, K=56)	MD=12,92	6,34; 19,51	0,0001 0%											

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia priori)	Raportowane wyniki													
	<ul style="list-style-type: none"> siła mięśni, zmęczenie, skład ciała, objawy depresyjne <p><u>Metodyka:</u> Do przeglądu włączono badania spełniające następujące kryteria włączenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> badania RCT opublikowane w czasopismach recenzowanych, badania z mieszanymi grupami nowotworowymi, w których uczestnikami z rakiem ginekologicznym było co najmniej 50% lub zostały zaraportowane dane dla pacjentów z rakiem ginekologicznym. <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> abstrakty konferencyjne, protokoły badań. 	masa ciała (kg)	2 (I=64, K=56)	MD= -3,74	-13,66; 6,18	0,46 0%									
obwód w talii (cm)	2 (I=64, K=56)	MD= -0,57	-6,31; 5,16	0,84 0%											
zmęczenie* (mierzone za pomocą MFSI-SF, FACIT-F lub FACT)	3 (I=b.d., K=b.d.)	SMD=0,18	-0,27; 0,62	0,43 b.d.											
<p><i>I – Interwencja, K – Komparator</i></p> <p>* – W związku z brakiem dostępu do suplementarnych materiałów dotyczących przeglądu systematycznego Lin 2016 oraz brakiem precyzyjnej informacji nt. wyników w zakresie punktu końcowego zmęczenie nie można jednoznacznie stwierdzić, czy interwencja w tym zakresie jest skuteczna.</p> <p><u>Wyniki łączne na korzyść standardowej opieki w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 2. Wyniki przemawiające na korzyść komparatora w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="929 659 2092 754"> <thead> <tr> <th data-bbox="929 659 1397 699">punkt końcowy</th> <th data-bbox="1397 659 1615 699">liczba badań</th> <th data-bbox="1615 659 1783 699">wynik</th> <th data-bbox="1783 659 1960 699">95%CI</th> <th data-bbox="1960 659 2092 699">p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="929 699 1397 754">HRQoL (mierzony za pomocą EORTC QLQ-C30 lub FACT-G)</td> <td data-bbox="1397 699 1615 754">4 (I=72, K=74)</td> <td data-bbox="1615 699 1783 754">SMD=0,05</td> <td data-bbox="1783 699 1960 754">-0,28; 0,37</td> <td data-bbox="1960 699 2092 754">0,78 6%</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>I – Interwencja, K – Komparator</i></p> <p>Wnioski autorów przeglądu:</p> <p>W związku z brakiem dostępu do suplementarnych materiałów dotyczących przeglądu systematycznego Lin 2016, na podstawie dyskusji zamieszczonej w publikacji można dodatkowo stwierdzić, iż nie odnotowano istotnie statystycznych wyników odnoszących się do oceny objawów depresji mierzonych za pomocą BDI lub BDI-II pomiędzy grupami po interwencji.</p> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u> b.d.</p> <p><u>Okres follow-up:</u> Czas trwania interwencji wynosił od 5 dni do 6 miesięcy.</p>						punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	HRQoL (mierzony za pomocą EORTC QLQ-C30 lub FACT-G)	4 (I=72, K=74)	SMD=0,05	-0,28; 0,37	0,78 6%
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²											
HRQoL (mierzony za pomocą EORTC QLQ-C30 lub FACT-G)	4 (I=72, K=74)	SMD=0,05	-0,28; 0,37	0,78 6%											

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

5.2.5. Pacjenci z cukrzycą typu 2

W tabeli poniżej zawarto zestawienie wyników zawartych w odnalezionym przeglądzie systematycznym włączonych do analizy skuteczności w subpopulacji pacjentów z cukrzycą typu 2.

Tabela 83. Skuteczność interwencji rehabilitacji/ćwiczeń fizycznych u pacjentów z cukrzycą typu 2 w ocenianych punktach końcowych.

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia priori)	Raportowane wyniki																																			
<p>Kumar 2018 <u>Źródła finansowania:</u> publi kacja nie posiadała żadnych źródeł finansowania</p>																																					
<p><u>Cel:</u> ocena efektu programów ćwiczeń (aerobowych i oporowych) u pacjentów z cukrzycą typu 2 <u>Synteza wyn ków:</u> jakościowa i ilościowa <u>Przedział czasu objętym wyszukiwaniem:</u> do czerwca 2017 r.</p>	<p><u>Populacja:</u> pacjenci z cukrzycą typu 2 <u>Interwencja:</u> ustrukturyzowane programy ćwiczeń aerobowych i oporowych <u>Komparator:</u> brak ćwiczeń <u>Punkty końcowe:</u> Pierwszorzędowe: <ul style="list-style-type: none"> • diagnostyka insulinooporności, poprzez badanie surogatowych punktów końcowych: - stężenie insuliny na czczo (FI), - homeostatyczna ocena modelu oporności na insulinę (Homa-IR), - stężenie glukozy na czczo we krwi (FBS), - hemoglobina gl kowana (Hba1c) - wskaźnik masy ciała (BMI). Wskaźnik insulinooporności Homa-IR obliczono jako insulinę na czczo (uIU/L) x glukoza na czczo (nmol/l) / 22,5 <u>Metodyka:</u> <u>Do przeglądu włączono badania spełniające następujące kryteria włączenia:</u> <ul style="list-style-type: none"> • badania, w której populacją były osoby z cukrzycą typu 2 powyżej 18 r.ż. • badania, w których interwencją były ćwiczenia aerobowe (ciągłe, przerywane lub intensywny trening interwałowy), progresywny interwałowy trening oporowy, lub oba. <u>Kryteria wykluczenia:</u> b.d.</p>	<p><u>Włączone badania:</u> n=11 (7 badań RCT, 4 badania nRCT), (lata: 2001–2015). <u>Populacja:</u> 846 pacjentów (interwencja=440, komparator=406) <ul style="list-style-type: none"> • wiek: b.d. o wieku pacjentów, • płeć: b.d. o płci pacjentów. <u>Interwencja:</u> ćwiczenia aerobowe (4 badania), ćwiczenia oporowe (3 badania), ćwiczenia aerobowe i oporowe (2 badania), ćwiczenia o wysokiej lub umiarkowanej intensywności (1 badanie), submaksymalne ćwiczenia wysiłkowe (1 badanie) <u>Komparator:</u> brak ćwiczeń (3 badania) lub sham (1 badanie), lub brak grupy kontrolnej (5 badań), lub ćwiczenia elastyczności (1 badanie), lub grupa zdrowych, starszych osób (1 badanie) <u>Wyniki:</u> <u>Wyniki łączne na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</u> Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji (dowolne ćwiczenia) w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="929 754 2094 981"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>stężenie glukozy na czczo (nmol/l)</td> <td>5 (I=144, K=118)</td> <td>MD=-5,12</td> <td>-7,78; -2,45</td> <td>0,0002 99%</td> </tr> <tr> <td>stężenie insuliny na czczo (uIU/L)</td> <td>4 (I=135, K=106)</td> <td>MD=-1,64</td> <td>-3,38; 0,10</td> <td>0,06 85%</td> </tr> <tr> <td>wskaźnik BMI</td> <td>5 (I=156, K=140)</td> <td>MD=0,63</td> <td>-0,82; 2,08</td> <td>0,39 94%</td> </tr> </tbody> </table> <p>I – Interwencja, K – Komparator <u>Wyniki łączne na korzyść komparatora w ocenianych punktach końcowych.</u> Tabela 2. Wyniki przemawiające na korzyść komparatora (dowolne ćwiczenia) w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="929 1098 2094 1260"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>wskaźnik HOMA-IR</td> <td>4 (I=83, K=92)</td> <td>MD=0,14</td> <td>-1,48; 1,76</td> <td>0,87 89%</td> </tr> <tr> <td>hemoglobina glikowana</td> <td>3 (I=78, K=90)</td> <td>MD=0,63</td> <td>-0,82; 2,08</td> <td>0,54 59%</td> </tr> </tbody> </table> <p>I – Interwencja, K – Komparator <u>Warunki prowadzenia interwencji:</u> <ul style="list-style-type: none"> • tryb szpitalny – b.d. o liczbie badań, </p>	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	stężenie glukozy na czczo (nmol/l)	5 (I=144, K=118)	MD=-5,12	-7,78; -2,45	0,0002 99%	stężenie insuliny na czczo (uIU/L)	4 (I=135, K=106)	MD=-1,64	-3,38; 0,10	0,06 85%	wskaźnik BMI	5 (I=156, K=140)	MD=0,63	-0,82; 2,08	0,39 94%	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	wskaźnik HOMA-IR	4 (I=83, K=92)	MD=0,14	-1,48; 1,76	0,87 89%	hemoglobina glikowana	3 (I=78, K=90)	MD=0,63	-0,82; 2,08	0,54 59%
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²																																	
stężenie glukozy na czczo (nmol/l)	5 (I=144, K=118)	MD=-5,12	-7,78; -2,45	0,0002 99%																																	
stężenie insuliny na czczo (uIU/L)	4 (I=135, K=106)	MD=-1,64	-3,38; 0,10	0,06 85%																																	
wskaźnik BMI	5 (I=156, K=140)	MD=0,63	-0,82; 2,08	0,39 94%																																	
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²																																	
wskaźnik HOMA-IR	4 (I=83, K=92)	MD=0,14	-1,48; 1,76	0,87 89%																																	
hemoglobina glikowana	3 (I=78, K=90)	MD=0,63	-0,82; 2,08	0,54 59%																																	

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia priori)	Raportowane wyniki
		<ul style="list-style-type: none"> tryb ambulatoryjny (ang. outpatient) – bud. o liczbie badań. <p><u>Okres follow-up:</u> Czas trwania interwencji wynosił od 6 tygodni do 12 miesięcy.</p>

Źródło: Opracowanie własne AOTMIT

5.2.6. Pacjenci po złamaniach

W tabeli poniżej zawarto zestawienie wyników zawartych w odnalezionym przeglądzie systematycznym włączonych do analizy skuteczności w subpopulacji pacjentów po złamaniu biodra.

Tabela 84. Skuteczność interwencji rehabilitacji/ćwiczeń fizycznych u pacjentów po złamaniach w ocenianych punktach końcowych.

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia priori)	Raportowane wyniki															
Diiong 2015																	
<u>Źródła finansowania:</u> b.d.																	
<p><u>Cel:</u> określenie efektu ustrukturyzowanych ćwiczeń w zakresie ogólnej mobilności u osób po złamaniu biodra.</p> <p><u>Synteza wyników:</u> jakościowa i ilościowa</p> <p><u>Przedział czasu objętym</u></p> <p><u>wyszukiwaniem:</u> do maja 2014 r.</p>	<p><u>Populacja:</u> pacjenci po złamaniu biodra</p> <p><u>Interwencja:</u> ustrukturyzowane ćwiczenia (takie jak mobilizacja, trening fizyczny, trening oporowy, trening fitness, itp.)</p> <p><u>Komparator:</u> interwencja kontrolna</p> <p><u>Punkty końcowe:</u> Pierwszorzędowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mobilność – ogólnie zdefiniowana jako dowolna miara ogólnej mobilności, tj. zdolność do chodzenia, poruszania się i zmiany lub utrzymywania pozycji ciała (jeśli w badaniu odnotowano wiele miar mobilności, wybrano a priori najbardziej złożoną miarę mobilności mierzoną za pomocą wielowymiarowego instrumentu jako główną miarę wyniku, np. zmodyfikowany test sprawności fizycznej wybrano zamiast testu prędkości szybkiego chodzenia jako główną miarę wyniku mobilności). <p>Drugorzędowe: Wyniki drugorzędne dla tego badania zostały podzielone na konkretne i złożone miary mobilności, a powiązane wyniki zostały podzielone na podkategorie.</p>	<p><u>Włączone badania:</u> n=13 (13 badań RCT), (lata: 1997–2014).</p> <p><u>Populacja:</u> 1903 pacjentów (interwencja=b.d., komparator=b.d.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • wiek: b.d. • płeć: b.d. <p><u>Interwencja:</u> ćwiczenia o wysokiej intensywności (5 badań), ćwiczenia w domu (4 badania), ćwiczenia obciążeniowe (5 badań), ćwiczenia oporowe (3 badania), kombinacja interwencji (1 badanie – ćwiczenia oporowe lub aerobowe, 1 badanie – interwencja żywieniowa i ćwiczenia oporowe lub ćwiczenia oporowe osobno, 1 badanie – ćwiczenia i motywacja lub ćwiczenia osobno).</p> <p><u>Komparator:</u> standardowa opieka (5 badań), brak interwencji (3 badania), edukacja (2 badania), standardowa fizjoterapia (2 badania), kontrola uwagi (ang. attention control) (2 badania), opóźnione ćwiczenia obciążeniowe (1 badanie), aktywność motoryczna (placebo) (1 badanie), aktywność przy łóżku (ang. bedside activity) (1 badanie), NWB (ang. non weight bearing) (1 badanie)</p> <p><u>Wyniki:</u> <u>Wyniki łączne na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 1. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>liczba badań</th> <th>wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>mobilność*</td> <td>16 (I=b.d., K=b.d.)</td> <td>SMD (Hedges' g)=0,35</td> <td>0,12; 0,58</td> <td>0,000 66,7%</td> </tr> <tr> <td>szybkość chodu</td> <td>9 (I=b.d., K=b.d.)</td> <td>SMD (Hedges' g)=0,07</td> <td>0,01; 0,14</td> <td>0,046</td> </tr> </tbody> </table>	punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²	mobilność*	16 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,35	0,12; 0,58	0,000 66,7%	szybkość chodu	9 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,07	0,01; 0,14	0,046
punkt końcowy	liczba badań	wynik	95%CI	p, I ²													
mobilność*	16 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,35	0,12; 0,58	0,000 66,7%													
szybkość chodu	9 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,07	0,01; 0,14	0,046													

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia priori)	Raportowane wyniki																																																																																				
<p>Oddzielne analizy przeprowadzono dla każdej z podkategorii.</p> <ul style="list-style-type: none"> • proste miary: <ul style="list-style-type: none"> ○ zadania związane z mobilnością: <ul style="list-style-type: none"> ▪ test sit-to-stand, ▪ prędkość chodu, ▪ zdolność do wspinania się po schodach lub generowania siły krokowej, ○ zadania związane z równowagą: <ul style="list-style-type: none"> ▪ punkty końcowe związane z zawężeniem pola podstawy oparcia (ang. outcomes measuring a narrowing of base of support), ▪ punkty końcowe związane z kontrolą ciała w przestrzeni, ▪ testy krokowe, ○ miary funkcjonowania zgłaszane przez pacjentów: <ul style="list-style-type: none"> ▪ czynności dnia codziennego, ▪ jakość życia, ▪ mobilność zgłaszana przez pacjentów, • złożone miary: <ul style="list-style-type: none"> ○ ogólna mobilność <ul style="list-style-type: none"> ▪ test Timed up and go, ▪ zdolność do chodzenia (np. niezależna mobilność na płaskim terenie lub jeden stopień w górę), ○ skale mobilności <ul style="list-style-type: none"> ▪ skala równowagi Berga, ▪ test sprawności fizycznej. <p><u>Metodyka:</u> Do przeglądu włączono badania spełniające następujące kryteria włączenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • badania RCT, w których interwencją były strukturyzowane ćwiczenia (takie jak mobilizacja, trening fizyczny, trening oporowy, trening fitness, itp.), które miały na celu poprawę mobilności w porównaniu z interwencją kontrolną u dorosłych uczestników po operacji złamanego biodra. 	<table border="1" data-bbox="929 252 2092 526"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>49,3%</td> </tr> <tr> <td>test Timed up and go</td> <td>3 (I=b.d., K=b.d.)</td> <td>SMD (Hedges' g)=7,14</td> <td>3,90; 10,38</td> <td>0,041 68,7%</td> </tr> <tr> <td>czynności życia codziennego</td> <td>6 (I=b.d., K=b.d.)</td> <td>SMD (Hedges' g)=0,24</td> <td>0,07; 0,41</td> <td>0,312 15,9%</td> </tr> <tr> <td>mobilność uznawana przez pacjenta za dobrą</td> <td>2 (I=b.d., K=b.d.)</td> <td>SMD (Hedges' g)=0,31</td> <td>0,10; 0,52</td> <td>0,520 0%</td> </tr> <tr> <td>skala równowagi Berga</td> <td>4 (I=b.d., K=b.d.)</td> <td>SMD (Hedges' g)=3,09</td> <td>1,97; 4,21</td> <td>0,271 23,3%</td> </tr> </table> <p><i>I – Interwencja, K – Komparator</i></p> <p><i>*Podany wynik jest metaanalizą wartości wyników dla punktu końcowego mobilność. Poniżej znajdują się tabele z podziałem na obecność nadzoru nad ćwiczeniami, włączenie elementu związanego z treningiem progresywnym oporowym oraz z podziałem na warunki przeprowadzenia interwencji.</i></p> <p><u>II Analiza w podgrupach – wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</u></p> <p>Tabela 2. Wyniki przemawiające na korzyść interwencji w ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="929 758 2092 1391"> <thead> <tr> <th>Punkt końcowy</th> <th>Liczba badań (liczebność I; K)</th> <th>Wynik</th> <th>95%CI</th> <th>p, I²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">w podziale na obecność nadzoru nad ćwiczeniami</td> </tr> <tr> <td>z nadzorem</td> <td>12 (I=b.d., K=b.d.)</td> <td>SMD (Hedges' g)=0,42</td> <td>0,14; 0,70</td> <td>0,000 73,5%</td> </tr> <tr> <td>bez nadzoru</td> <td>4 (I=b.d., K=b.d.)</td> <td>SMD (Hedges' g)=0,13</td> <td>-0,17; 0,44</td> <td>0,981 0%</td> </tr> <tr> <td>łącznie</td> <td>16 (I=b.d., K=b.d.)</td> <td>SMD (Hedges' g)=0,35</td> <td>0,12; 0,58</td> <td>0,000 66,7%</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">w podziale na włączenie elementu związanego z równowagą</td> </tr> <tr> <td>z elementem związanym z równowagą</td> <td>8 (I=b.d., K=b.d.)</td> <td>SMD (Hedges' g)=0,32</td> <td>0,09; 0,55</td> <td>0,053 49,7%</td> </tr> <tr> <td>bez elementu związanego z równowagą</td> <td>8 (I=b.d., K=b.d.)</td> <td>SMD (Hedges' g)=0,34</td> <td>-0,10; 0,78</td> <td>0,000 75,7%</td> </tr> <tr> <td>łącznie</td> <td>16 (I=b.d., K=b.d.)</td> <td>SMD (Hedges' g)=0,35</td> <td>0,12; 0,58</td> <td>0,000 66,7%</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">w podziale na włączenie elementu związanego z treningiem progresywnym oporowym</td> </tr> <tr> <td>z elementem związanym z treningiem progresywnym oporowym</td> <td>7 (I=b.d., K=b.d.)</td> <td>SMD (Hedges' g)=0,67</td> <td>0,25; 1,08</td> <td>0,003 69,3%</td> </tr> <tr> <td>bez elementu związanego z treningiem progresywnym oporowym</td> <td>9 (I=b.d., K=b.d.)</td> <td>SMD (Hedges' g)=0,19</td> <td>0,04; 0,34</td> <td>0,611</td> </tr> </tbody> </table>					49,3%	test Timed up and go	3 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=7,14	3,90; 10,38	0,041 68,7%	czynności życia codziennego	6 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,24	0,07; 0,41	0,312 15,9%	mobilność uznawana przez pacjenta za dobrą	2 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,31	0,10; 0,52	0,520 0%	skala równowagi Berga	4 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=3,09	1,97; 4,21	0,271 23,3%	Punkt końcowy	Liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p, I ²	w podziale na obecność nadzoru nad ćwiczeniami					z nadzorem	12 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,42	0,14; 0,70	0,000 73,5%	bez nadzoru	4 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,13	-0,17; 0,44	0,981 0%	łącznie	16 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,35	0,12; 0,58	0,000 66,7%	w podziale na włączenie elementu związanego z równowagą					z elementem związanym z równowagą	8 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,32	0,09; 0,55	0,053 49,7%	bez elementu związanego z równowagą	8 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,34	-0,10; 0,78	0,000 75,7%	łącznie	16 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,35	0,12; 0,58	0,000 66,7%	w podziale na włączenie elementu związanego z treningiem progresywnym oporowym					z elementem związanym z treningiem progresywnym oporowym	7 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,67	0,25; 1,08	0,003 69,3%	bez elementu związanego z treningiem progresywnym oporowym	9 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,19	0,04; 0,34	0,611
						49,3%																																																																																
		test Timed up and go	3 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=7,14	3,90; 10,38	0,041 68,7%																																																																																
		czynności życia codziennego	6 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,24	0,07; 0,41	0,312 15,9%																																																																																
		mobilność uznawana przez pacjenta za dobrą	2 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,31	0,10; 0,52	0,520 0%																																																																																
		skala równowagi Berga	4 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=3,09	1,97; 4,21	0,271 23,3%																																																																																
		Punkt końcowy	Liczba badań (liczebność I; K)	Wynik	95%CI	p, I ²																																																																																
		w podziale na obecność nadzoru nad ćwiczeniami																																																																																				
		z nadzorem	12 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,42	0,14; 0,70	0,000 73,5%																																																																																
		bez nadzoru	4 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,13	-0,17; 0,44	0,981 0%																																																																																
łącznie	16 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,35	0,12; 0,58	0,000 66,7%																																																																																		
w podziale na włączenie elementu związanego z równowagą																																																																																						
z elementem związanym z równowagą	8 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,32	0,09; 0,55	0,053 49,7%																																																																																		
bez elementu związanego z równowagą	8 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,34	-0,10; 0,78	0,000 75,7%																																																																																		
łącznie	16 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,35	0,12; 0,58	0,000 66,7%																																																																																		
w podziale na włączenie elementu związanego z treningiem progresywnym oporowym																																																																																						
z elementem związanym z treningiem progresywnym oporowym	7 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,67	0,25; 1,08	0,003 69,3%																																																																																		
bez elementu związanego z treningiem progresywnym oporowym	9 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,19	0,04; 0,34	0,611																																																																																		

Metodyka	Kryteria selekcji (założenia priori)	Raportowane wyniki				
	<p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • badania, w których interwencje nie miały na celu poprawy mobilności, • badania, w których analizowano stymulację mięśniową lub strategie zarządzania pasywnego (ang. passive management strategies) i inne interwencje wieloczynnikowe, które zostały zdefiniowane jako interwencje składające się z szeregu elementów, w których nie można wyizolować interwencji związanej z ćwiczeniami osobno. 					0%
		łącznie	16 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,35	0,12; 0,58	0,000 66,7%
		w podziale na warunki przeprowadzenia interwencji				
		tryb inny niż szpitalny	10 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,55	0,24; 0,85	0,002 86,4%
		tryb szpitalny	6 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,07	-0,12; 0,27	0,982 0%
		łącznie	16 (I=b.d., K=b.d.)	SMD (Hedges' g)=0,35	0,12; 0,58	0,000 66,7%
		<u>Wyniki łączne na korzyść komparatora w ocenianych punktach końcowych.</u> Brak wyników łącznych na korzyść komparatora.				
		<u>Warunki prowadzenia interwencji:</u> <ul style="list-style-type: none"> • tryb szpitalny – 9 badań, • tryb mieszany (tryb szpitalny i opieka środowiskowa) lub opieka środowiskowa osobno – 5 badań. 				
		<u>Okres follow-up:</u> 1–24 tygodnie				

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

5.2.7. Pacjenci po amputacjach

W ramach przeglądu niesystematycznego oceniającego skuteczność rehabilitacji/fizjoterapii u pacjentów po amputacji odnaleziono jeden przegląd systematyczny Ulger 2018. Z uwagi na to, iż autorzy nie raportują wyników włączonych badań pierwotnych, zdecydowano włączyć się do poniższej analizy 1 badanie RCT (Rau 2007), włączone do przeglądu Ulger 2018, spełniające kryteria włączenia i raportujące wyniki w sposób tabelaryczny (liczbowy).

W tabeli poniżej zawarto zestawienie wyników zawartych w badaniach RCT włączonych do analizy skuteczności w subpopulacji pacjentów po złamaniu biodra.

Tabela 85. Skuteczność interwencji rehabilitacji/ćwiczeń fizycznych u pacjentów po amputacjach w ocenianych punktach końcowych.

Metodyka	Wyniki
Rau 2007	
<u>Źródła finansowania:</u> b.d.	
Badanie RCT	<p><u>Populacja:</u> pacjenci >15 r.ż. po amputacji kończyny dolnej, która została spowodowana urazem lub nowotworem i mieli jednostronną</p> <p><u>Populacja:</u> 58 pacjentów (interwencja=28, komparator=28)</p> <ul style="list-style-type: none"> • płeć: mężczyźni stanowili 100% populacji.

Metodyka	Wyniki																																
<p><u>Cel:</u> ocena skuteczności i krótkiego i intensywnego programu fizjoterapii w porównaniu do zwykłej opieki, głównie polegającej na chodzeniu.</p> <p><u>Metodyka badania:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • kraj: Birma, • jednoośrodkowe, • dwuramienne, • jednonarodowe. 	<p>trans-udową, kolanową, przepiszczelową lub częściową amputację stóp, mieli już jedną lub więcej protezę, a ich stan ogólny był określony jako dobry.</p> <p><u>Interwencja:</u> trzydniowy program składający się z siedmiu konkretnych ćwiczeń, trwających łącznie około godziny.</p> <p><u>Komparator:</u> zwykła opieka, która polegała głównie na chodzeniu pod nadzorem.</p> <p><u>Punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2-minutowy test marszowy, • wskaźnik kosztów fizjologicznych (PCI)*, • wielkość obciążenia na obu nogach, • 5 pytań z kwestionariusza Functional Measure for Amputees questionnaire, • test Timed and go. <p>* – PCI (uderzenia serca/m) = [tętno na końcu badania (uderzenia/min) – tętno w spoczynku (uderzenia/min)] / prędkość (m/min)</p> <p>Charakterystyka pacjentów w grupie interwencyjnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • średnia wieku = 36,93 lat (SD=10,9), • średni wzrost = 161,86 cm (SD=5,77), • średnia masa ciała = 52,41 kg (SD=6,77), • średni czas od amputacji = 11,34 lat (SD=8,13). <p>Charakterystyka pacjentów w grupie kontrolnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • średnia wieku = 35,24 lat (SD=7,99), • średni wzrost = 163,97 cm (SD=5,10), • średnia masa ciała = 52,62 kg (SD=4,64), • średni czas od amputacji = 9,66 lat (SD=5,76). <p><u>Wyniki:</u></p> <p>Tabela 1. Wyniki w zakresie ocenianych punktach końcowych.</p> <table border="1" data-bbox="875 722 2098 1094"> <thead> <tr> <th>punkt końcowy</th> <th>poprawa w grupie interwencyjnej średnia (odchylenie standardowe)</th> <th>poprawa w grupie kontrolnej średnia (odchylenie standardowe)</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>dystans w 2-minutowym teście marszowym (m)</td> <td>20,15 (SD=17,12)</td> <td>8,93 (SD=19,52)</td> <td>0,024</td> </tr> <tr> <td>prędkość chodzenia (m/min)</td> <td>10,08 (SD=8,56)</td> <td>3,94 (SD=10,15)</td> <td>0,016</td> </tr> <tr> <td>maksymalne obciążenie na protezę (kg)</td> <td>3,70 (SD=5,66)</td> <td>1,06 (SD=3,36)</td> <td>0,035</td> </tr> <tr> <td>wskaźnik kosztu fizjologicznego chodu (PCI) (uderzenie serca/m)</td> <td>0,77 (SD=0,10)</td> <td>0,39 (SD=0,23)</td> <td>0,020</td> </tr> <tr> <td>obciążenie na protezę podczas stania na dwóch nogach (kg)</td> <td>1,86 (SD=3,04)</td> <td>0,45 (SD=3,25)</td> <td>0,093</td> </tr> <tr> <td>wskaźnik zdolności lokomotorycznej (pkt)</td> <td>1,90 (SD=4,42)</td> <td>2,00 (SD=4,68)</td> <td>0,930</td> </tr> <tr> <td>test Timed and go (s)</td> <td>1,76 (SD=2,33)</td> <td>0,99 (SD=2,73)</td> <td>0,250</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Warunki prowadzenia interwencji:</u> Interwencja odbywała się w centrum rehabilitacji.</p> <p><u>Okres follow-up:</u> b.d.</p>	punkt końcowy	poprawa w grupie interwencyjnej średnia (odchylenie standardowe)	poprawa w grupie kontrolnej średnia (odchylenie standardowe)	p	dystans w 2-minutowym teście marszowym (m)	20,15 (SD=17,12)	8,93 (SD=19,52)	0,024	prędkość chodzenia (m/min)	10,08 (SD=8,56)	3,94 (SD=10,15)	0,016	maksymalne obciążenie na protezę (kg)	3,70 (SD=5,66)	1,06 (SD=3,36)	0,035	wskaźnik kosztu fizjologicznego chodu (PCI) (uderzenie serca/m)	0,77 (SD=0,10)	0,39 (SD=0,23)	0,020	obciążenie na protezę podczas stania na dwóch nogach (kg)	1,86 (SD=3,04)	0,45 (SD=3,25)	0,093	wskaźnik zdolności lokomotorycznej (pkt)	1,90 (SD=4,42)	2,00 (SD=4,68)	0,930	test Timed and go (s)	1,76 (SD=2,33)	0,99 (SD=2,73)	0,250
punkt końcowy	poprawa w grupie interwencyjnej średnia (odchylenie standardowe)	poprawa w grupie kontrolnej średnia (odchylenie standardowe)	p																														
dystans w 2-minutowym teście marszowym (m)	20,15 (SD=17,12)	8,93 (SD=19,52)	0,024																														
prędkość chodzenia (m/min)	10,08 (SD=8,56)	3,94 (SD=10,15)	0,016																														
maksymalne obciążenie na protezę (kg)	3,70 (SD=5,66)	1,06 (SD=3,36)	0,035																														
wskaźnik kosztu fizjologicznego chodu (PCI) (uderzenie serca/m)	0,77 (SD=0,10)	0,39 (SD=0,23)	0,020																														
obciążenie na protezę podczas stania na dwóch nogach (kg)	1,86 (SD=3,04)	0,45 (SD=3,25)	0,093																														
wskaźnik zdolności lokomotorycznej (pkt)	1,90 (SD=4,42)	2,00 (SD=4,68)	0,930																														
test Timed and go (s)	1,76 (SD=2,33)	0,99 (SD=2,73)	0,250																														

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

5.3. Podsumowanie

5.3.1. Podsumowanie przeglądu systematycznego

W ramach przeglądu systematycznego odnaleziono i włączono do analizy klinicznej łącznie 15 przeglądów systematycznych dotyczących następujących populacji pacjentów:

- po alloplastyce stawu kolanowego (Buhagiar 2019, Chen 2017, Henderson 2017, Li 2017, Harvey 2014) alloplastyce stawu biodrowego (Wu 2019), łączonej - po alloplastyce stawu biodrowego lub kolanowego (Luo 2017, Wang 2016, McDonald 2014),
- po operacjach w obrębie jamy brzusznej (Gillis 2018, Moran 2016),
- geriatrycznych (Mckelvie 2018), oraz
- onkologicznych (Steffens 2018, Loughney 2016, Ni 2016).

W publikacjach oceniano skuteczność interwencji w zakresie:

- ćwiczeń fizycznych (Wu 2019, Mckelvie 2018),
- różnych form fizjoterapii lub rehabilitacji (Henderson 2017, Luo 2017),
- rehabilitacji prowadzonej przed operacją (Steffens 2018, Chen 2017, Loughney 2016, Wang 2016, Moran 2016),
- rehabilitacja przed oraz po operacji (Ni 2016),
- terapii ciągłym ruchem biernym (Harvey 2014),
- edukacji przedoperacyjnej (McDonald 2014),
- terapii żywieniowej (ONS) prowadzonej z lub bez ćwiczeń fizycznych (Gillis 2018), a także
- porównanie pomiędzy rehabilitacją w trybie szpitalnym z rehabilitacją w trybie domowym (Buhagiar 2019, Li 2017).

Poniżej wskazano informacje o uzyskanych wynikach we włączonych przeglądach systematycznych. Szczegółowe informacje w zakresie badań oraz liczby pacjentów uwzględnionych w poszczególnych punktach końcowych znajdują się w pełnej treści raportu. Wyniki dla heterogeniczności wyników punktów końcowych przedstawiono jedynie dla wartości istotnych statystycznie.

Pacjenci po alloplastyce stawu kolanowego

W 3 z 5 włączonych przeglądów systematycznych (Buhagiar 2019, Chen 2017, Henderson 2017, Li 2017, Harvey 2014) oceniano skuteczność zastosowania następujących interwencji:

- Ćwiczenia fizyczne w ramach rehabilitacji przedoperacyjnej w porównaniu ze standardową opieką – Chen 2017,
- Wczesna fizjoterapia, hydroterapia, hydroterapia w połączeniu z fizjoterapią standardową lub ćwiczeń fizycznych przy wykorzystaniu sprzętu (ergometr, deska ślizgowa, ekscentryczne ćwiczenia ścięgna) w porównaniu do standardowej fizjoterapii lub późnej hydroterapii – Henderson 2017,
- Terapia ciągłym ruchem biernym (ang. continuous passive motion – CPM) – Harvey 2014,

Ponadto w 2 z 5 włączonych przeglądów systematycznych porównywano skuteczność rehabilitacji domowej z rehabilitacją szpitalną (Buhagiar 2019, Li 2017).

Do przeglądu **Chen 2017**, porównującego skuteczność przedoperacyjnych ćwiczeń fizycznych do standardowej opieki, włączono łącznie 16 badań RCT uwzględniających populację 1224 pacjentów. Dla raportowanych punktów końcowych przemawiających **na korzyść zastosowania ćwiczeń przed operacją** przedstawiono następujące istotnie statystycznie wyniki:

- Skrócenie długości pobytu w szpitalu (dni: MD=-0,8, [95%CI -1,11; 0,48], p<0,00001, I²=45%).

Wyniki istotne statystycznie, przemawiające **na korzyść komparatora** odnotowano w następujących punktach końcowych:

- Poprawa wyniku testu sit to stand (sekundy: MD=1,68, [95%CI 1,25; 2,10], p<0,00001, I²=60%),
- Zwiększenie zakresu ruchu kolana (stopnie: MD=3,62, [95%CI 0,09; 7,15], p=0,04, I²=22%).

Jednocześnie należy podkreślić, iż istotnym ograniczeniem przeglądu jest niezgodność pomiędzy interpretacją wyników przez autorów, wskazujących iż wszystkie powyższe wyniki przemawiają na korzyść skuteczności zastosowania interwencji, natomiast dane raportowane w formie wykresów forest plot, wskazują, iż jedynym punktem końcowym przemawiającym na korzyść interwencji jest skrócenie długości pobytu w szpitalu.

Dla poniższych raportowanych punktów końcowych **nie odnotowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupą interwencyjną a grupą kontrolną:**

- Stan funkcjonalny według skali WOMAC (punkty: MD=-1,10 [95%CI -3,92; 1,72], p<0,044),
- Ból według skali WOMAC (punkty: MD=-0,23 [95%CI -0,64; 0,18], p=0,27),
- Sztywność według skali WOMAC (punkty: MD=-0,26, [95%CI -0,65; 0,13], p=0,19),
- Wytrzymałość mięśnia czworogłowego – brak podanej metody pomiaru (MD=0,20 [95%CI -0,52; 0,64], p=0,38),
- Zgięcie kolana (stopnie: MD=2,20 [95%CI -0,84; 5,23], p=0,16).

W przeglądzie systematycznym **Henderson 2017** (11 badań RCT, w tym łącznie 1 197 pacjentów), porównującego skuteczność stosowania wczesnej fizjoterapii lub hydroterapii, hydroterapii w połączeniu z fizjoterapią lub ćwiczeń fizycznych przy wykorzystaniu sprzętu w porównaniu do standardowej fizjoterapii lub późnej hydroterapii, wyniki istotnie statystycznie **na korzyść stosowania interwencji** osiągnięto dla jednego punktu końcowego:

- Skrócenie długości pobytu w szpitalu (dni: MD=-3,47 [95%CI -5,67; -1,27], p=0,002, I²=75%.

W analizie w podgrupach wyniki istotnie statystycznie na korzyść:

- **stosowania hydroterapii w połączeniu z fizjoterapią standardową** w porównaniu do samej fizjoterapii standardowej uzyskano w następujących punktach końcowych:
 - Aktywność według skali WOMAC (fizjoterapia wodna) (SMD=-1,91 [95%CI -3,02; -0,80], p<0,05,
 - Aktywność według skali WOMAC (ćwiczenia w wodzie) (SMD=-2,62 [95%CI -3,94; -1,30], p<0,05,
- **stosowania wczesnej fizjoterapii** w porównaniu do standardowej fizjoterapii uzyskano w następujących punktach końcowych:
 - Aktywność według skali WOMAC lub AKSS (SMD=-0,41 [95%CI -0,74; -0,09], p<0,05,
 - Ból według skali VAS (SMD=-0,96 [95%CI -1,21; -0,71], p<0,05,
 - Zgięcie kolana (stopnie: MD=16,29 [95%CI 13,43; 19,15], p<0,05,
 - Wyprostowanie kolana (stopnie: MD=-2,12 [95%CI -2,48; -1,76], p<0,05.

Dla poniżej raportowanych wyników **nie odnotowano istotnych statystycznie różnic** pomiędzy grupą interwencyjną a grupą kontrolną:

- Aktywność miesiąc po operacji (SMD=-0,34 [95%CI -0,82; 0,13], p=0,16,
- Długość pobytu w szpitalu (fizjoterapia wodna) (dni: MD=0,90 [95%CI -2,07; 0,27], p=b.d.,
- Długość pobytu w szpitalu (ćwiczenia w wodzie) (dni: MD=-0,20 [95%CI -1,38; 0,98], p=b.d.,
- Aktywność według skali WOMAC, SF-36, Lequesne Hip and Knee Score (wczesna hydroterapia vs. późna hydroterapia) (dni: SMD=-0,24 [95%CI -0,55; 0,06], p=b.d.,
- Ból według skali WOMAC (SMD=-0,11 [95%CI -0,42; 0,19], p=b.d.,

Fizjoterapia dwa razy dziennie vs. fizjoterapia raz dziennie:

- Aktywność według skali WOMAC (SMD=-0,34 [95%CI -0,95; 0,26], p=b.d.),
- Długość pobytu w szpitalu (dni: MD=-0,4 [95%CI -1,07; 0,27], p=b.d.),
- Ból według skali WOMAC, VAS (SMD=-0,36; -0,97; 0,24], p=b.d.),
- Zgięcie kolana (stopnie: MD=-1,40 [95%CI -9,78; 6,98], p=b.d.),
- Wyprostowanie kolana (stopnie: MD=-3,0 [95%CI -6,17; 0,17], p=b.d).

Dodatkowe ćwiczenia (np. ergometr) wraz ze standardową fizjoterapią vs. standardowa fizjoterapia:

- Aktywność według skali WOMAC, SF-36, Lequesne Hip and Knee Score, KSS (3 badania):

- SMD=0,00 [95%CI -0,48; 0,48], p=b.d.,
- SMD=0,23 [95%CI -0,28; 0,74], p=b.d.,
- SMD=0,03 [95%CI -0,31; 0,37], p=b.d.
- Długość pobytu w szpitalu (dni: MD=-0,30 [95%CI -1,53; 0,93], p=b.d.,
- Ból według skali WOMAC, SF-36 (2 badania):
 - SMD=0,11 [95%CI -0,38; 0,59], p=b.d.,
 - SMD=-0,07 [95%CI -0,41; 0,27], p=b.d.,
- Zakres ruchu kolana – zgięcie – stopnie (2 badania):
 - MD=5,00 [95%CI -1,44; 11,44], p=b.d.,
 - MD=-2,32 [95%CI -6,24; 1,61], p=b.d.,
- Zakres ruchu kolana – wyprost – stopnie (2 badania):
 - MD=1,00 [95%CI -1,36; 3,36], p=b.d.,
 - MD=1,42 [95%CI -0,13; 2,97], p=b.d.

W przeglądzie systematycznym **Harvey 2014** oceniano skuteczność stosowania terapii ciągłym ruchem biernym i standardowej opieki pooperacyjnej w porównaniu do opieki pooperacyjnej z lub bez elementu ćwiczeń fizycznych w populacji pacjentów po całkowitej alloplastyce stawu kolanowego z przedoperacyjną diagnozą zapalenia stawów. Do przeglądu włączono 24 badania RCT z łączną populacją pacjentów wynoszącą 1445 osób.

Wyniki istotne statystycznie **na korzyść interwencji** odnotowano w następujących punktach końcowych:

- Częstość wykonywania manipulacji w znieczuleniu (MUA): RR=0,34 [95%CI 0,13; 0,89], p=0,028, I²=22%,
- Pasywne zgięcie kolana – zakres ruchu (stopnie) – efekty krótkoterminowe: MD=2,03 [95%CI 0,21; 3,86], p=0,029.

W wynikach następujących punktach końcowych **nie odnotowano istotnych statystycznie różnic** pomiędzy grupą interwencyjną a grupą kontrolną:

- Aktywne zgięcie kolana – zakresu ruchu (stopnie):
 - Efekty krótkoterminowe: MD=2,4 [95%CI -0,22; 5,03], p=0,073,
 - Efekty długoterminowe: MD=2,85 [95%CI -1,16; 6,87], p=0,16,
- Ból (pomiar przy pomocy skali VAS):
 - Efekty krótkoterminowe: MD=2,85 [95%CI -0,84; 0,08], p=0,1
 - Efekty średnioterminowe: MD=0,26 [95%CI -0,41; 0,94], p=0,44,
- Sprawność funkcjonalna (pomiar przy wykorzystaniu m.in. Knee Society Score, TheHospital for Special Surgery Score, The Timed Up and Go Test, 10 metrowy test marszowy):
 - Efekty średnioterminowe: SMD=-0,08 [95%CI -0,27; 0,12], p=0,45,
 - Efekty długoterminowe: SMD=0,02 [95%CI -0,22; 0,25], p=0,89,
- Jakość życia (SF-12):
 - Efekty średnioterminowe: MD=0,75 [95%CI -2,58; 4,08], p=0,66,
 - Efekty długoterminowe: MD=2,2 [95%CI -3,90; 8,30], p=48,
- Pasywne zgięcie kolana – zakres ruchu (stopnie):
 - Efekty długoterminowe: MD=0,06 [95%CI -2,22; 2,35], p=0,96,
- Aktywny wyprost kolana – zakres ruchu (stopnie):
 - Efekty krótkoterminowe: MD=0,85 [95%CI -0,36; 2,06], p=0,17,
 - Efekty średnioterminowe: MD=0,77 [95%CI -0,78; 2,31], p=0,33,
 - Efekty długoterminowe: MD=0,06 [95%CI -0,06; 0,18], p=0,33,
- Pasywny wyprost kolana – zakres ruchu (stopnie):

- Efekty krótkoterminowe: MD=0,64 [95%CI -0,26; 1,55], p=0,16,
- Efekty długoterminowe: MD=0,13 [95%CI -0,34; 0,59], p=0,59,
- Długość pobytu w szpitalu (dni): MD=-0,44 [95%CI -1,03; 0,16], p=0,15,
- Siła mięśnia czworogłowego: SMD=0,27 [95%CI -0,08; 0,61], p=0,13,
- Zdarzenia niepożądane: RR=0,92 [95%CI 0,63; 1,33], p=0,65,
- Obrzęk (cm): MD=0,82 [95%CI -1,14; 2,77], p=0,41.

W 2 odnalezionych przeglądach systematycznych **Buhagiar 2019** (5 badań RCT, 752 pacjentów) oraz **Li 2017** (10 badań RCT, 1240 pacjentów) dotyczących porównania skuteczności prowadzenia rehabilitacji w warunkach szpitalnych (w przeglądzie Buhagiar 2019 uwzględniono 3 badania w trybie szpitalnym, 1 badanie w trybie ambulatoryjnym, 2 badania jako grupowe zajęcia w szpitalu (ang. Group clinic)) do rehabilitacji prowadzonych w warunkach domowych uzyskano istotnie statystycznie wyniki przemawiające **na korzyść rehabilitacji szpitalnej** w następujących punktach końcowych:

- Buhagiar 2019: Bierny zakres ruchu kolana w 26 tygodniu obserwacji (stopnie: MD=4,22 [95%CI -0,33; 8,76], p=0,07, I²=0%).
- Li 2017: Ból według WOMAC, KOOS, VAS (SMD=0,35 [95%CI 0,03; 0,67], p=0,03, I²=0%).

Wyniki istotne statystycznie przemawiające **na korzyść rehabilitacji domowej** uzyskano w następujących punktach końcowych:

- Buhagiar 2019: Mobilność mierzona za pomocą 6MWT w 52 tygodniu obserwacji (metry: MD=-25,37 [95%CI -47,41; -3,32], p=0,02, I²=0%),
- Li 2017: Zginanie kolana mierzone w 52 tygodniu (stopnie: MD=3,00 [95% 1,86; 4,14], p=0,01).

W zakresie poniższych punktów końcowych **nie odnotowano istotnych statystycznie różnic** pomiędzy grupą interwencyjną a grupą kontrolną: Buhagiar 2019:

- Zgłaszany przez pacjenta ból oraz ocena funkcjonalna (skala Oxford Knee Score) (punkty):
 - 10–12 tydzień: SMD=-0,15 [95%CI -0,35; 0,05], p=0,14,
 - 26 tydzień: SMD=0,05 [95%CI -0,18; 0,28], p=0,68,
 - 52 tydzień: SMD=0,10 [95%CI -0,14; 0,34], p=0,43,
- Aktywny zakres ruchu kolana – zgięcie (stopnie):
 - 10–12 tydzień: MD=1,60 [95%CI -1,93; 5,13], p=0,37,
 - 26 tydzień: MD=2,28 [95%CI -1,61; 6,16], p=0,25,
 - 3 badania – 52 tydzień: MD=0,88 [95%CI -1,35; 3,10], p=0,44,
 - 1 badanie – 52 tydzień: MD=-0,20 [95%CI -0,92; 0,52], p=0,59
- Bierny zakres ruchu kolana – zgięcie (stopnie):
 - 10–12 tydzień: MD=0,30 [95%CI -3,85; 4,44], p=0,89,
 - 52 tydzień: MD=3,40 [95%CI -2,52; 9,31], p=0,26.
- Mobilność (6MWT – metry):
 - 10–12 tydzień: MD=-11,89 [95%CI -29,75; 23,66], p=0,33,
 - 26 tydzień: MD=-3,05 [95%CI -29,75; 23,66], p=0,82,
- Jakość życia (SF-12 lub SF-36):
 - 10–12 tydzień: SMD=0,12 [95%CI -0,35; 0,11], p=0,31,
 - 26 tydzień: SMD=-0,16 [95%CI -0,48; 0,16], p=0,33,
 - 52 tydzień: SMD=0,19 [95%CI -0,47; 0,08], p=0,16.

Li 2017:

- Całkowity wynik skali WOMAC (punkty):
 - ≤12 tygodni: MD=-3,59 [95%CI -9,06; 1,89], p=0,2,
 - 52 tydzień: MD=-3,92 [95%CI -19,82; 11,97], p=0,63,

- Ból (skale: WOMAC, KOOS, VAS):
 - ≤12 tygodni: SMD=-0,04 [95%CI -0,18; 0,09], p=0,53,
- Sprawność fizyczna (skale: WOMAC, SF-36):
 - ≤12 tygodni: SMD=-0,09 [95%CI -0,24; 0,09], p=0,21,
 - 52 tydzień: SMD=0,15 [95%CI -0,54; 0,83], p=0,68,
- Zakres ruchu kolana – zginanie (stopnie):
 - ≤12 tygodni: MD=1,53 [95%CI -0,63; 3,68], p=0,16,
- Zakres ruchu kolana – prostowanie (stopnie):
 - ≤12 tygodni: MD=0,82 [95%CI -0,99; 2,64], p=0,37,
- Ocena sztywności (skala WOMAC, punkty):
 - ≤12 tygodni: SMD=-0,23 [95% CI -0,48; 0,02], p=0,08,
 - 52 tydzień: SMD=0,27 [95%CI -0,25; 0,78], p=0,31,
- Test chodu (brak wskazanej metody pomiaru):
 - ≤12 tygodni: MD=-0,008 [95%CI -0,73; 0,57], p=0,81,
 - 52 tydzień: MD=0,1 [95%CI -1,05; 1,25], p=0,87,
- Ocena stawu kolanowego przy pomocy Oxford Knee Score (punkty):
 - MD=-0,40 [95%CI -1,54; 0,74], p=0,49,
- Koszty rehabilitacji (USD):
 - MD=9,54 [95%CI -215,03; 234,11], p=0,93.

Pacjenci po alloplastyce stawu biodrowego

W zakresie subpopulacji pacjentów po alloplastyce stawu biodrowego zidentyfikowano jeden przegląd systematyczny **Wu 2019**, porównujący efekty ćwiczeń fizycznych lub treningu fizycznego z brakiem leczenia lub standardową opieką. Do przeglądu włączono łącznie 10 badań RCT uwzględniających populację 441 pacjentów. Wyniki istotne statystycznie statystycznie wskazujące **na korzyść grupy interwencyjnej** uzyskano w następujących punktach końcowych:

- Zwiększenie prędkości chodu (m/s): WMD=0,15 [95%CI 0,08; 0,22], p=0,000, I²=57%,
- Poprawa wyniku (skala Harris Hip Score), punkty: WMD=9,49 [95%CI 5,19; 11,78], p=0,000, I²=76,5%,
- Redukcja bólu (brak wskazanej metody pomiaru, publikacja opisuje jako *pain scores*): WMD=-1,32 [95%CI -2,07; -0,57], p=0,000, I²=92%,
- Siła odwodzenia (brak wskazanej metody pomiaru): WMD=9,75 [95%CI 5,33; 14,17], p=0,001, I²=0%,
- Długość pobytu w szpitalu (dni): WMD=-0,68 [95% -1,07; -0,29], p=0,001, I²=0%.

Dla poniżej wskazanego wyniku **nie odnotowano istotnych statystycznie różnic** pomiędzy grupą interwencyjną a grupą kontrolną:

- Aktywność fizyczna (brak informacji w zakresie metody pomiaru): WMD=-2,13 [95%CI -6,31; 2,05], p=0,317.

Pacjenci po alloplastyce stawu biodrowego lub kolanowego

W ramach wyszukiwania odnaleziono 3 przeglądy systematyczne dotyczące mieszanej populacji pacjentów, które włączono do niniejszej analizy:

- Luo 2017 (7 badań RCT, 824 pacjentów) – porównujący skuteczność rehabilitacji w warunkach szpitalnych (w przeglądzie uwzględniono również badania, w których opieka realizowana była w trybie dziennym lub z kontynuacją w warunkach ambulatoryjnych) z rehabilitacją w warunkach domowych,
- Wang 2016 (22 badania RCT, 1492 pacjentów) – porównujący skuteczność stosowania przedoperacyjnych programów rehabilitacji do braku takich programów,
- McDonald 2014 (18 badań RCT, 1463 pacjentów) – oceniających skuteczność prowadzenia przedoperacyjnej edukacji w porównaniu do standardowej lub rutynowej opieki.

W przeglądzie systematycznym **Luo 2017** zidentyfikowano następujące punkty końcowe **na korzyść rehabilitacji domowej**, w których wynik osiągnął istotność statystyczną:

- Zakres ruchu w 12. miesiącu (brak wskazanej metody): SMD=0,55 [95%CI 0,18; 0,92], p=0,004,

Wyniki istotne statystycznie przemawiające **na korzyść rehabilitacji szpitalnej** osiągnięto w następującym punkcie końcowym:

- Stan funkcjonalny pacjenta po operacji (brak wskazanej metody pomiaru): SMD=-0,27 [-0,53; -0,01], p=0,04.

Dla poniżej raportowanych wyników **nie odnotowano istotnych statystycznie różnic** pomiędzy grupą interwencyjną a grupą kontrolną:

- Zakres ruchu (brak wskazanej metody pomiaru):
 - 3–4 miesiąc: SMD=0,28 [95%CI -0,41; 0,98], p=0,42,
 - Dowolny follow-up: SMD=0,37 [95%CI -0,10; 0,83], p=0,12,
- Koszty leczenia: SMD=0,42 [95%CI 0,04; 0,80], p=0,25,
- Redukcja bólu (brak wskazanej metody pomiaru):
 - 2–4 miesiąc: SMD=-0,01 [95%CI -0,17; 0,16], p=0,93,
 - 12 miesiąc: SMD=-0,21 [95%CI -0,41; 0,05], p=0,11,
 - Dowolny follow-up: SMD=-0,07 [95%CI -0,21; 0,12], p=0,34,
- Stan funkcjonalny pacjenta po operacji (brak wskazanej metody pomiaru):
 - 2–4 miesiąc follow-up: SMD=-0,04 [95%CI -0,21; 0,12], p=0,60,
 - Dowolny follow-up: SMD=-0,11 [95%CI 0,25; 0,03], p=0,12,
- Zmiana wyniku testu 6MWT:
 - 2 miesiąc: SMD=-1,68 [95%CI -4,32; 0,97], p=0,21,
 - 4 miesiąc: SMD=-0,21 [95%CI -0,50; 0,08], p=0,15,
 - Dowolny follow-up: SMD=-1,18 [95%CI -3,19; 0,83], p=0,25.

W przeglądzie systematycznym **Wang 2016** oceniającym skuteczność przedoperacyjnej fizjoterapii u pacjentów przed planowaną alloplastyką dowolnego stawu (biodrowy lub kolanowy) w porównaniu do braku interwencji, standardowej opieki, edukacji, placebo lub ćwiczeń w domu, wskazano następujące punkty końcowe przemawiające **na korzyść stosowania interwencji**:

- Redukcja bólu (skala WOMAC, punkty):
 - ≤4 tydzień: WMD=-6,1 [95%CI -10,6; -1,6], p<0,05, I²=55%,
- Stan funkcjonalny pacjenta (skala WOMAC, punkty):
 - 6–8 tydzień: WMD=-3,9 [95%CI -7,6; -0,3] p<0,05, I²=31%,
 - 12 tydzień: WMD=-4,0 [95%CI -7,5; -0,5], p<0,05, I²=69%,
- Liczba dni do rozpoczęcia korzystania:
 - Ze schodów: WMD=-1,4 [95%CI -1,9; -0,8], p<0,05, I²=0%,
 - Z toalety: WMD=-0,9 [95%CI -1,3; -0,5], p<0,05, I²=0%,
 - Z krzesła: WMD=-1,2 [95%CI -1,7; -0,8], p<0,05, I²=0%.

Dla poniżej raportowanych wyników **nie odnotowano istotnych statystycznie różnic** pomiędzy grupą interwencyjną a grupą kontrolną:

- Redukcja bólu (skala WOMAC, punkty):
 - 6–8 tydzień: WMD=-1,4 [95%CI -5,5; 2,6], p=b.d.,
 - 12 tydzień: WMD=-2,9 [95%CI -6,2; 0,3], p=b.d.,
 - 24 tydzień: WMD=-2,5 [95%CI -5,6; 0,6], p=b.d.,
 - ≥ 1 rok: WMD=-2,0 [95%CI -2,6; 1,5], p=b.d.,

- Liczba do rozpoczęcia chodzenia: WMD=-0,2 [95%CI -0,4; 0,002], p=b.d.,
- Jakość życia – komponent fizyczny (SF-36 - punkty):
 - 6 tydzień: WMD=2,7 [95%CI -9,4; 14,7], p=b.d.,
 - 12 tydzień: WMD=-0,13 [95%CI -5,4; 4,7], p=b.d.,
 - 24 tydzień: WMD=0,0 [95% -3,4; 3,4], p=b.d.,
 - 1 rok: WMD=-3,0 [95%CI -6,4; 0,4], p=b.d.,
- Długość pobytu w szpitalu (dni): WMD=-0,3 [95%CI -0,8; 0,1], p=b.d.,
- Jakość życia – komponent psychiczny (SF-36):
 - 6 tydzień: WMD=-3,4 [95%CI -19,9; 13], p=b.d.,
 - 12 tydzień: WMD=-0,4 [95%CI -3,7; 2,9], p=b.d.,
 - 24 tydzień: WMD=-1,0 [95%CI -4,9; 2,9], p=b.d.,
 - 1 rok: WMD =-2,0 [95%CI -5,1; 1,1], p=b.d.,
- Łączny koszt (dolary kanadyjskie): WMD=5 [95%CI -384; 393], p=b.d.

W przeglądzie **McDonald 2014** (18 badań RCT, 1463 pacjentów) badano skuteczność stosowania przedoperacyjnej edukacji u pacjentów przed alloplastyką stawu kolanowego lub biodrowego. Wyniki przedstawiono w podziale na obie włączone populacje pacjentów. Poniżej wskazano wartości dla poszczególnych punktów końcowych przemawiających **na korzyść zastosowania interwencji** w których osiągnięto istotność statystyczną:

- Subpopulacja pacjentów po alloplastyce stawu biodrowego:
 - Lęk przedoperacyjny (Spielberger State-Trait Anxiety Index - punkty): MD=-5,10 [95%CI -7,13; 3,03] p<0,00001, I²=4%,
- Subpopulacja pacjentów po alloplastyce stawu kolanowego:
 - Lęk przedoperacyjny (Spielberger State-Trait Anxiety Index - punkty): MD=-5,52 [95%CI -8,34; -2,70], p<0,00012,
 - Długość pobytu w szpitalu (dni): MD=-1,86 [95%CI -3,40; -0,32] p=0,018, I²=0%.

Dla poniżej raportowanych wyników **nie odnotowano istotnych statystycznie różnic** pomiędzy grupą interwencyjną a grupą kontrolną:

- Subpopulacja pacjentów po alloplastyce stawu biodrowego:
 - Ból: SMD=-0,17 [95%CI -0,47; 0,13], p=0,26
 - Stan funkcjonalny pacjenta (od 3 do 24 miesiąca): SMD=-0,44 [95%CI -0,93; 0,06], p=0,82,
 - Lęk pooperacyjny – do 6 tygodni po operacji (Spielberger State-Trait Anxiety Index): MD=-2,28 [95%CI -5,68 1,12], p=0,19,
 - Zdarzenia niepożądane: RR=0,79 [95%CI 0,19; 3,21], p=0,74,
 - Długość pobytu w szpitalu (dni): MD=-0,79 [95%CI -1,96; 0,37], p=0,18,
 - Mobilność (liczba dni do pozycji stojącej lub chodu): MD=-0,12 [-0,30; 0,07], p=0,22,
 - Zakres ruchu – odwodzenia biodra – do 6 tygodnia po operacji (stopnie): MD=-0,12 [95%CI -5,35; 3,17], p=0,62,
 - Zakres ruchu – zgięcie biodra przy prostowanym kolanie – do 6 tygodnia po operacji (stopnie): MD=-0,25 [95%CI -9,17; 8,67], p=0,96.
 - Zakres ruchu – zgięcie biodra przy zgiętym stawie kolanowym – do 6 tygodnia po operacji (stopnie): MD=0,75 [95%CI -7,67; 9,17], p=0,86.
- Subpopulacja pacjentów po alloplastyce stawu biodrowego:
 - Ból 2 dni po operacji (100 pkt skala VAS): MD=-12,20 [95%CI -29,77; 5,37], p=0,17,
 - Zdarzenia niepożądane: RR=0,69 [95%CI 0,29; 1,66], p=0,41,
 - Mobilność (liczba dni do pozycji stojącej lub chodu): MD=-1,13 [95%CI -2,82; 0,56], p=0,19,

- Zakres ruchu – zgięcie i wyprost stawu kolanowego (stopnie): MD=-4,00 [95%CI -10,02; 2,02], p=0,19,
- Ból 12 miesięcy po operacji (100 pkt skala VAS): MD=2,00 [95%CI -3,45; 7,45], p=0,47,
- Jakość życia zależna od zdrowia (SF-36 – komponent fizyczny) – 12 miesięcy po operacji: MD=-3,00 [95%CI -6,38; 0,38], p=0,082,
- Jakość życia zależna od zdrowia (SF-36 – komponent psychiczny) – 12 miesięcy po operacji: MD=-2,00 [95%CI -5,06; 1,06], p=0,20,
- Stan funkcjonalny pacjenta (skala WOMAC) – 12 miesięcy po operacji: MD=0,0 [-5,63; 5,63], p=1.

Pacjenci geriatryczni

W ramach przeglądu systematycznego odnaleziono 1 przegląd systematyczny (**McKelvie 2018** – 9 RCT, 1 602 pacjentów) dotyczący pacjentów geriatrycznych >65 r.ż., w którym porównywano ćwiczenia fizyczne vs. standardowa opieka szpitalna, **nie odnotowano istotnego statystycznie** wpływu interwencji w wynikach z zakresu zdolności funkcjonalnej (rehabilitacja szpitalna plus kontynuacja w warunkach domowych) (SMD= 0,56 [95%CI -0,02; 0,13]; p=0,06; I²=89%) oraz zdolności funkcjonalnej (rehabilitacja szpitalna) (SMD= -0,04 [95%CI -0,31; 0,22]; p=0,75; I²=35%).

Pacjenci po operacjach jamy brzusznej

W ramach przeglądu systematycznego odnaleziono 2 przeglądy systematyczne dotyczące pacjentów po operacjach w obrębie jamy brzusznej (Gillis 2018, Moran 2016).

W przeglądzie systematycznym **Gillis 2018** (5 RCT, 914 pacjentów), porównującym prerrehabilitację (interwencje w zakresie żywienia) i/lub multimodalną rehabilitację (interwencje w zakresie żywienia i ćwiczeń fizycznych) vs. standardowa opieka lub regeneracja po operacji u pacjentów poddawanych resekcji jelita grubego, odnotowano istotnie statystyczne wyniki w zakresie długości pobytu w szpitalu przemawiające **na korzyść grupy interwencyjnej** (WMD= -2,17 [95% CI -3,45; -0,89]; p=0,009; I²=61%).

W wynikach dotyczących: komplikacji pooperacyjnych (łącznie) (RR=0,79 [95%CI 0,64; 0,98]; p=0,273; I²=18,5%), komplikacji pooperacyjnych (wśród pacjentów, którzy byli objęci opieką ERPC) (RR=0,77 [95%CI 0,55; 1,08]; p=0,976; I²=0%), wydolności funkcjonalnej ocenionej na podstawie 6-MWT 8 tygodni po operacji (RR=1,63 [95%CI 1,10; 2,41], p=0,099; I²=63,3%) oraz poważnych komplikacji pooperacyjnych (>3 pkt w skali Clavien-Dindo³ – skala oceny powikłań chirurgicznych) podczas początkowego pobytu w szpitalu w celu przeprowadzenia resekcji jelita grubego (RR=0,65 [95% CI 0,23; 1,84]; p=0,426; I²=0%) **nie odnotowano istotnego statystycznie wpływu interwencji**.

W publikacji **Moran 2016** (9 RCT, 435 pacjentów), w której porównywano przedoperacyjne ćwiczenia fizyczne vs. brak rehabilitacji przedoperacyjnej lub standardowa opieka przedoperacyjna u pacjentów poddanych operacjom jamy brzusznej, odnotowano istotność statystyczną w wynikach następujących punktów końcowych **na korzyść stosowania interwencji**:

- powikłania pooperacyjne (OR = 0,59 [95%CI 0,38; 0,91]; p=0,02; I² = 43%),
- powikłania pooperacyjne (komparator: wyłącznie standardowa opieka) (OR = 0,35 [95%CI 0,17; 0,71]; p=0,003; I² = 5%),
- pooperacyjne powikłania pulmonologiczne (OR = 0,27 [95%CI 0,3; 0,57]; p=0,0005; I² =41%)

W wyniku dotyczącym długości pobytu w szpitalu (OR = -1,62 [95%CI -7,57; 4,33] p=0,59; I²=41%) **nie odnotowano istotności statystycznej**.

³ Klasyfikacja Clavien-Dindo znajduje zastosowanie w ocenie powikłań chirurgicznych po np. zabiegach urologicznych. Obejmuje ona 7 stopni: I - jakiegokolwiek odchylenia od standardowego śród- i pooperacyjnego przebiegu, II - komplikacje wymagające dożylnego leczenia, żywienia pozajelitowego, transfuzji KKCz, IIIa - komplikacje wymagające interwencji chirurgicznej, endoskopowej lub radiologicznej w znieczuleniu miejscowym, IIIb - komplikacje wymagają interwencji chirurgicznej, endoskopowej lub radiologicznej w znieczuleniu ogólnym, IVa - niewydolność jednonarządowa, IVb - niewydolność wielonarządowa, V - zgon pacjenta

[Źródło: Analiza przyczyn i skutków zaciśnięcia szypuły naczyniowej w trakcie NSS (Nephron Sparing Surgery). Lek. med. Paweł Bobik. Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych. Wrocław 2018]

Pacjenci onkologiczni

W ramach przeglądu systematycznego odnaleziono 3 przeglądy systematyczne dotyczące pacjentów onkologicznych (Steffens 2018, Loughney 2016, Ni 2016).

W przeglądzie systematycznym **Steffens 2018** (13 badań RCT, 806 pacjentów) badano skuteczność prowadzenia interwencji opartych na ćwiczeniach fizycznych w porównaniu do braku interwencji, placebo lub standardowej opieki, u pacjentów przed operacjami onkologicznymi.

W publikacji przedstawiono wartość p jedynie dla dwóch punktów końcowych, dla pozostałych wartości autorzy wskazali wyniki istotne statystycznie na podstawie przedziałów ufności. Wyniki istotne statystycznie **na korzyść interwencji**, zgodnie ze wskazaniem autorów, przedstawiono w następujących punktach końcowych dla poszczególnych rodzajów raka:

Rak płuca:

- Zdarzenia niepożądane: RR=0,52 [95%CI 0,36; 0,74], p=b.d.,
- Długość pobytu w szpitalu (dni): MD=-2,86 [95%CI -5,30; -0,33], p=b.d.,

Rak prostaty:

- Jakość życia (ICSmaleSF) – 1 miesiąc po operacji: MD=-3,70 [95%CI b.d.], p=0,002,
- Jakość życia (ICSmaleSF) – 3 miesiące po operacji: MD=-4,10 [95%CI b.d.], p=0,002.

Nie odnotowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupą interwencyjną a grupą kontrolą w zakresie następujących punktów końcowych w podziale na rodzaj raka:

Rak jelita grubego:

- Zdarzenia niepożądane: RR=1,07 [95%CI 0,52; 2,22], p=b.d.,
- Długość pobytu w szpitalu (dni): MD=-5,40 [95%CI -16,72; 5,92], p=b.d.,
- Jakość życia (EORTC Global health status – punkty): MD=-4,00 [95%CI -15,34; 7,34], p=b.d.,

Przerzuty do wątroby z jelita grubego:

- Zdarzenia niepożądane: RR=0,90 [95%CI 0,42; 1,92], p=b.d.,
- Długość pobytu w szpitalu (dni): MD=-0,66 [95%CI -17,78; 0,46], p=b.d.,

Rak przełyku:

- Wystąpienie zdarzenia niepożądanego: RR=1,18 [95%CI 0,71; 1,97], p=b.d.,
- Długość pobytu w szpitalu (dni): MD=2,00 [95%CI -2,35; 6,35], p=b.d.,

Rak prostaty:

- Jakość życia (PCI – komponent fizyczny): MD=-3,40 [95%CI -6,93; 0,13], p=b.d.,
- Jakość życia (PCI – komponent psychiczny): MD=1,10 [95%CI -3,66; 5,86], p=b.d.

W przeglądzie systematycznym **Loughney 2016**, w którym porównywano ćwiczenia aerobowe vs. nieokreślony komparator u pacjentów onkologicznych poddawanych jednocześnie leczeniu neoadjuwantowemu i chirurgicznemu odnotowano wynik istotny statystycznie w zakresie wydolności ćwiczeniowej, VO₂peak (MD= 3,76 [95% CI 3,43; 4,08]; p>0,00001; I²=0%) **na korzyść grupy rehabilitowanej**.

W publikacji **Ni 2016**, porównującej trening fizyczny vs. brak interwencji w populacji pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuc poddawanych jego resekcji, istotnie statystyczne wyniki przemawiające **na korzyść interwencji** odnotowano dla następujących punktów końcowych:

- Pooperacyjna długość pobytu w szpitalu (dni) (interwencja przedoperacyjna) (MD= -4,98 [95% CI - 6,22; 3,74]; p<0,00001; I²=0%),
- Pooperacyjne komplikacje (interwencja przedoperacyjna) (OR=0,33 [95% CI 0,15; 0,74]; p=0,007; I²=7%),
- Wydolność ćwiczeniowa, 6MWT (m) (interwencja przedoperacyjna) (MD= 39,95 [95% CI 5,31; 74,60]; p=0,02; I²=0%),

- Wydolność ćwiczeniowa, 6MWT (m) (interwencja pooperacyjna) (MD= 62,83 [95% CI 57,94; 67,72]; $p < 0,00001$; $I^2 = 7\%$),
- HRQoL wg EORTC-QLQ-30 (aspekt duszności) (MD=14,31 [95% CI -20,03; -8,58]; $p < 0,00001$; $I^2 = 17\%$),
- HRQoL wg SF-36 (komponent fizyczny) (MD= 3,00 [95% CI 0,81; 5,20]; $p = 0,007$; $I^2 = 0\%$).

W wynikach dotyczących HRQoL wg SF-36 (komponent psychiczny) (MD= 1,93 [95% CI -0,53; 4,39]; $p = 0,12$; $I^2 = 0\%$) oraz HRQoL wg EORTC-QLQ-30, zdrowie globalne (MD= 2,38 [95% CI -2,88; 7,65]; $p = 0,37$; $I^2 = 11\%$) **nie odnotowano istotnego statystycznie wpływu interwencji.**

5.3.2. Podsumowanie przeglądu niesystematycznego

W ramach przeglądu niesystematycznego odnaleziono i włączono do analizy 5 przeglądów systematycznych, które dotyczyły populacji pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów (Baillet 2011), pacjentów z obrzękiem limfatycznym (Singh 2016), pacjentów z nowotworem ginekologicznym (Lin 2016), pacjentów z cukrzycą typu 2 (Kumar 2018) i pacjentów po złamaniu biodra (Diong 2015) oraz 1 badanie RCT w populacji pacjentów po amputacji kończyny dolnej (Rau 2007). W publikacjach badano skuteczność interwencji w zakresie ćwiczeń fizycznych (Baillet 2011, Singh 2016, Lin 2016, Kumar 2018, Diong 2015, Rau 2007).

Pacjenci z reumatoidalnym zapaleniem stawów

W badaniu **Baillet 2011** porównującym ćwiczenia oporowe vs. standardowa opieka u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów, istotnie statystyczne wyniki osiągnięto w zakresie następujących punktów końcowych na **korzyść grupy interwencyjnej**:

- siła izokinetyczna (% poprawa) (WMD=23,7% [95%CI 11,0; 36,4]; $p < 0,001$; $I^2 = 0\%$),
- siła izometryczna (% poprawa) (WMD=35,8% [95%CI 24,4; 47,1]; $p < 0,001$; $I^2 = 68\%$),
- siła uchwytu (% poprawa) (WMD=26,4% [95%CI 12,3; 40,5]; $p < 0,001$; $I^2 = 0\%$),
- sprawność – HAQ (WMD=-0,22 [95%CI -0,35; -0,10]; $p < 0,001$; $I^2 = 36\%$),
- stan funkcjonalny (50 FWT) (WMD=-1,90 s [95%CI -2,95; 0,85]; $p < 0,001$; $I^2 = 35\%$),
- odsetek stawów opuchniętych/tkliwych lub indeks Ritchie (wynik przekształcony na skalę procentową) (WMD=-5,36% [95%CI -9,00; -1,72]; $p = 0,004$; $I^2 = 73\%$),
- odczyn Biernackiego (WMD=-5,17 mm [95%CI -8,77; -1,58]; $p = 0,005$; $I^2 = 0\%$).

W wynikach w zakresie bólu (skala VAS) (WMD=-4,11mm [95%CI -11,0; 2,7]; $p = 0,24$; $I^2 = 54\%$), wycofania się (ang. withdrawals) (RR=0,95 [95%CI 0,61; 1,48]; $p = 0,51$; $I^2 = 0\%$), oraz zdarzeń niepożądanych (RR=1,08 [95%CI 0,72; 1,63]; $p = 0,72$; $I^2 = 0\%$) **nie osiągnięto istotnego statystycznie wpływu interwencji.**

Pacjenci z obrzękiem limfatycznym:

W przeglądzie systematycznym **Singh 2016**, w którym przeprowadzono dwa wyszukiwania porównywanego:

- Wyszukiwanie 1: ćwiczenia fizyczne vs. brak interwencji, ćwiczenia fizyczne o mniejszej intensywności, lub
- Wyszukiwanie 2: ćwiczenia fizyczne z wykorzystaniem kompresjoterapii vs. ćwiczenia fizyczne bez kompresjoterapii u pacjentów z obrzękiem limfatycznym.

W poniższych punktach końcowych **nie osiągnięto statystycznie istotnych różnic** pomiędzy grupą interwencyjną a grupą kontrolną:

Wyszukiwanie 1:

- zmiany objętości ramienia po jednorazowych ćwiczeniach (wynik łączny) (SMD=-0,1 [95%CI -0,3; 0,1]; $p = 0,42$; $I^2 = 0\%$),
- zmiany objętości ramienia po jednorazowych ćwiczeniach (ćwiczenia aerobowe) (SMD=-0,06 [95% CI -0,35; 0,24]; $p = 0,70$; $I^2 = 0\%$),
- zmiany objętości ramienia po jednorazowych ćwiczeniach (inne ćwiczenia) (SMD=-0,14 [95%CI -0,44; 0,16]; $p = 0,35$; $I^2 = 0\%$),
- zmiany objętości ramienia po regularnych ćwiczeniach fizycznych trwających dłużej niż 8 tygodni (wynik łączny) (SMD=-0,1 [95%CI -0,3; 0,4]; $p = 0,34$; $I^2 = 0\%$),

- zmiany objętości ramienia po regularnych ćwiczeniach fizycznych trwających dłużej niż 8 tygodni (ćwiczenia oporowe) (SMD=-0,08 [95%CI -0,27; 0,12] p=0,44; I²=0%),
- zmiany objętości ramienia po regularnych ćwiczeniach fizycznych trwających dłużej niż 8 tygodni (inne ćwiczenia) (SMD=-0,07 [95%CI -0,56; 0,42] p=0,79; I²=0%),
- redukcji bólu (brak wskazanej metody pomiaru) pretest-posttest (SMD=-0,1 [95%CI -0,6; 0,1]; p=0,54; I²=0%),
- redukcji bólu (brak wskazanej metody pomiaru) po 8–12 tygodniowej sesji treningowej (SMD=-0,2 [95%CI -0,6; 0,2]; p=0,28; I²=0%),
- wystąpienia symptomów zależnych od obrzęku limfatycznego po jednorazowych ćwiczeniach (pomiar 24h po treningu) (SMD=-0,2 [95% CI -0,4; 0,0]; p=0,07; I²=0%),
- zmiany objętości ramienia po jednorazowych ćwiczeniach (ćwiczenia oporowe) (SMD=0,01 [95% CI -0,38;0,39]; p=0,97; I²=0%),
- wystąpienia symptomów zależnych od obrzęku limfatycznego po jednorazowych ćwiczeniach (pomiar bezpośrednio po treningu) (SMD=0,1 [95% CI -0,1; 0,3]; p=0,57; I²=0%)

Wyszukiwanie 2:

redukcji obrzęku limfatycznego po jednorazowych ćwiczeniach (pomiar bezpośrednio po ćwiczeniach) (SMD=-0,2 [95% CI -0,5; 0,1]; p=0,24; I²=0%).

Pacjenci z nowotworem ginekologicznym

W przeglądzie systematycznym **Lin 2016**, porównującym ćwiczenia fizyczne ze standardową opieką u pacjentów z nowotworem ginekologicznym, istotność statystyczna została osiągnięta w wyniku z zakresu poziomu aktywności fizycznej raportowanego przez pacjenta (mierzonej za pomocą skali LSI, punkty) (MD=12,92 [95% CI 6,34; 19,51], p=0,0001, I²=0%) **na korzyść grupy rehabilitowanej**.

Dla wyników dotyczących: masy ciała (kg) (MD= -3,74 [95%CI -13,66; 6,18]; p=0,46; I²=0%), obwodu w talii (cm) (MD= -0,57 [95%CI -6,31; 5,16]; p=0,84; I²=0%), odczucia zmęczenia* (mierzonego za pomocą skal MFSI-SF, FACIT-F lub FACT) (SMD=0,18 [95%CI -0,27; 0,62]; p=0,43; I²=b.d.) oraz HRQoL (mierzonego za pomocą EORTC QLQ-C30 lub FACT-G) (SMD=0,05 [95%CI -0,28; 0,37]; p=0,78; I²=6%) **nie stwierdzono istotnie statystycznego** wpływu interwencji.

Pacjenci z cukrzycą typu 2

W przeglądzie systematycznym **Kumar 2018**, w którym porównywano wpływ ćwiczeń fizycznych (m.in. ćwiczeń aerobowych, oporowych, ćwiczeń o wysokiej intensywności lub ćwiczeń mieszanych) vs. brak ćwiczeń u pacjentów z cukrzycą typu 2, w warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnych (ang. outpatient), odnotowano istotnie statystyczny wpływ interwencji przemawiający **na korzyść grupy rehabilitowanej** w wyniku dotyczącym poziomu glukozy na czczo (nmol/l) (MD=-5,12 [95%CI -7,78; -2,45]; p=0,0002; I²=99%).

W wynikach dotyczących: poziomu insuliny na czczo (uIU/L) (MD=-1,64 [95%CI -3,38; 0,10]; p=0,06; I²=85%), wskaźnika BMI (MD=0,63 [95%CI -0,82; 2,08]; p=0,39; I²=94%), homeostatycznej oceny modelu oporności na insulinę (HOMA-IR) (MD=0,14 [95%CI -1,48; 1,76]; p=0,87, I²=89%) oraz hemoglobiny glikowanej (MD=0,63 [95%CI -0,82; 2,08]; p=0,54; I²=59%) **nie odnotowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami**.

Pacjenci po złamaniach

W przeglądzie systematycznym **Diong 2015**, porównującym ćwiczenia fizyczne (np. mobilizacja, trening fizyczny, trening oporowy, fizjoterapia) vs. brak interwencji (np. treningi o niższej intensywności, placebo, edukacja, standardowa opieka) u pacjentów po złamaniu biodra. Procedury realizowane były w warunkach szpitalnych lub mieszanych (warunki szpitalne i opieka środowiskowa), lub w opiece środowiskowej osobno, istotność statystyczną osiągnięto w wynikach **na korzyść grupy wykonującej ćwiczenia fizyczne** z zakresu:

- mobilności (SMD (g Hedges'a)=0,35 [95% CI 0,12; 0,58]; p= 0,000; I²= 66,7%),
- szybkości chodu (SMD (g Hedges'a)=0,07 [95%CI 0,01; 0,14]; p=0,046; I²=49,3%),
- testu „Timed up and go” (SMD (g Hedges'a)=7,14 [95% CI 3,90; 10,38]; p=0,041; I²=68,7%).

Wyniki dotyczące wpływu interwencji na: czynności życia codziennego (brak wskazanej metody pomiaru) (SMD (g Hedges'a)=0,24 [95% CI 0,07; 0,41]; p=0,312; I²=15,9%), mobilności uznawanej przez pacjenta za dobrą

(SMD (g Hedges'a)=0,31 [95% CI 0,10; 0,52]; p=0,520; I²=0%) oraz skali równowagi Berga (SMD (g Hedges'a)=3,09 [95% CI 1,97; 4,21]; p=0,271; I²=23,3%) były **nieistotnie statystycznie**.

Pacjenci po amputacjach

W badaniu RCT **Rau 2007**, porównującym **program ćwiczeń** (grupa interwencyjna) **vs. zwykła opieka** (grupa kontrolna) u pacjentów po amputacji kończyny dolnej, odnotowano **istotnie statystycznie** wyniki w zakresie następujących punktów końcowych:

- dystans w 2-minutowym teście marszowym (m) (I: M=20,15 (SD=17,12) vs. K: M=8,93 (SD=19,52); p=0,024),
- prędkość chodzenia (m/min) (I: M=10,08 (SD=8,56) vs. K: M=3,94 (SD=10,15); p=0,016),
- maksymalne obciążenie na protezę (kg) (I: M=3,70 (SD=5,66) vs. K: M=1,06 (SD=3,36); p=0,035),
- wskaźnik kosztu fizjologicznego chodu (PCI)⁴ (uderzenia serca/m) (I: M=0,77 (SD=0,10) vs. K: M=0,39 (SD=0,23); p=0,020).

W wynikach w zakresie: obciążenia na protezę podczas stania na dwóch nogach (kg) (I: M=1,86 (SD=3,04) vs. K: M=0,45 (SD=3,25); p=0,093), wskaźnika zdolności lokomotorycznej (pkt) (I: M=1,90 (SD=4,42) vs. K: M=2,00 (SD=4,68); p=0,930) oraz testu „Timed and go” (s) (I: M=1,76 (SD=2,33) vs. K: M=0,99 (SD=2,73); p=0,250) **nie stwierdzono istotnie statystycznych różnic** pomiędzy grupą interwencyjną a grupą kontrolną.

⁴ PCI=(tętno na końcu 2min testu marszowego – tętno w trakcie odpoczynku)/prędkość (m/min) [uderzenia/m]

5.3.3. Zbiorcze podsumowanie analizy skuteczności i bezpieczeństwa

W poniższych tabelach przedstawiono podsumowanie wyników odnalezionych przeglądów systematycznych oraz 1 badania RCT (Rau 2007) zgodnie ze schematem PICOS. W niniejszych tabelach uwzględniono jedynie te wyniki dla punktów końcowych, w których osiągnięto istotny statystycznie wpływ interwencji lub komparatora. Wyniki przedstawiono w podziale na 2 tabele:

- dotyczące trybów opieki rehabilitacyjnej;
- skuteczności rehabilitacji oraz interwencji w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej.

Wyniki raportowane w badaniach zostały wskazane najczęściej przy pomocy m.in.:

- SMD – Miara różnicy między grupą badaną a grupą kontrolną uzyskanej w skali ciągłej, gdy w badaniach pierwotnych włączonych do metaanalizy stosowano różne skale pomiarowe (np. zmniejszenia nasilenia depresji wyrażane w różnych skalach). Progi dla interpretacji wartości: SMD>0,2 – mały efekt, SMD>0,5 – umiarkowany efekt, SMD>0,8 – duży efekt. [Faraone] [Cochrane].
- MD lub WMD – średnia ważona różnic. Miara różnicy między grupą badaną a grupą kontrolną uzyskanej w skali ciągłej (np. masy ciała), gdy we wszystkich badaniach pierwotnych włączonych do metaanalizy stosowano tę samą skalę pomiarową. [Cochrane].

Tabela 86. Podsumowanie publikacji włączonych do analizy klinicznej dotyczących trybów opieki rehabilitacyjnej.

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
Alloplastyka stawu kolanowego	Buhagiar 2019 PSM (5 RCT)	rehabilitacja ambulatoryjna (ang. outpatient rehabilitation)	rehabilitacja domowa (monitorowana lub niemonitorowana)	Bierny zakres ruchu kolana w 26 tygodniu obserwacji (stopnie: MD=4,22 [95%CI -0,33; 8,76], p=0,07, I ² =0%).	Mobilność mierzona za pomocą 6MWT w 52 tygodniu obserwacji (metry: MD=-25,37 [95%CI -47,41; -3,32], p=0,02, I ² =0%),	W porównaniu rehabilitacji ambulatoryjnej z rehabilitacją domową wskazano istotne statystycznie różnice w zakresie biernego ruchu kolana (około 4 stopnie więcej na korzyść rehabilitacji ambulatoryjnej) oraz mobilności mierzonej za pomocą 6 minutowego testu chodu (około 25 metrów na korzyść rehabilitacji domowej).
	Li 2017 (PSM 10 RCT)	rehabilitacja domowa	rehabilitacja szpitalna	Zginanie kolana mierzone w 52 tygodniu (stopnie: MD=3,00 [95%CI 1,86; 4,14], p=0,01).	Ból według WOMAC, KOOS, VAS (SMD=0,35 [95%CI 0,03; 0,67], p=0,03, I ² =0)	W porównaniu rehabilitacji domowej z rehabilitacją szpitalną wskazano istotną statystycznie różnicę w zakresie ruchu przy zginaniu

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
						kolana (3 stopnie) na korzyść rehabilitacji domowej. Dla rehabilitacji szpitalnej wskazano mały efekt w zakresie redukcji bólu (SMD=0,35).
Alloplastyka stawu biodrowego lub kolanowego	Luo 2017 PSM (7 RCT)	Rehabilitacja w warunkach szpitalnych	Rehabilitacja w warunkach domowych	Stan funkcjonalny pacjenta po operacji (brak wskazanej metody pomiaru): SMD=-0,27 [-0,53; -0,01], p=0,04	Zakres ruchu w 12. miesiącu (brak wskazanej metody): SMD=0,55 [95%CI 0,18; 0,92], p=0,004,	Wyniki i.s. na korzyść rehabilitacji w warunkach szpitalnych: - mały efekt na poprawę stanu funkcjonalnego pacjenta po operacji (SMD=-0,27). Wyniki i.s. na korzyść rehabilitacji w warunkach domowych: - umiarkowany efekt na zwiększenie zakresu ruchu w 12 miesiącu (SMD=0,55).

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 87. Podsumowanie publikacji włączonych do analizy klinicznej dotyczące skuteczności rehabilitacji oraz interwencji w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej.

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
Alloplastyka stawu kolanowego	Chen 2017* PSM (16 RCT)	Rehabilitacja przedoperacyjna oparta na ćwiczeniach fizycznych	Standardowa opieka	Skrócenie długości pobytu w szpitalu (dni: MD=-0,8, [95%CI -1,11; 0,48], p<0,00001, I ² =45%).	Poprawa wyniku testu sit to stand (sekundy: MD=1,68, [95%CI 1,25; 2,10], p<0,00001, I ² =60%), Zwiększenie zakresu ruchu kolana (stopnie: MD=3,62, [95%CI 0,09; 7,15], p=0,04, I ² =22%).	Z uwagi na ograniczenia badania interpretacja wyników jest utrudniona.
	Henderson 2017 PSM (11 RCT)	Wczesna fizjoterapia lub hydroterapia, hydroterapia w połączeniu z fizjoterapią lub ćwiczenia fizyczne przy wykorzystaniu sprzętu	standardowa fizjoterapia pooperacyjna, późna hydroterapia	<u>Hydroterapia + fizjoterapia vs. fizjoterapia:</u> Aktywność według skali WOMAC (fizjoterapia wodna) (SMD=-1,91 [95%CI -3,02; -0,80], p<0,05, Aktywność według skali WOMAC (ćwiczenia w wodzie) (SMD=-2,62 [95%CI -3,94; -1,30], p<0,05, <u>Wczesna fizjoterapia vs. fizjoterapia</u> Aktywność według skali WOMAC lub AKSS (SMD=-0,41 [95%CI -0,74; -0,09], p<0,05, Ból według skali VAS (SMD=-0,96 [95%CI -1,21; -0,71], p<0,05,	Brak	W przeglądzie porównywano skuteczność różnych interwencji. Istotność statystyczną wyników osiągnięto dla: <u>Hydroterapia + fizjoterapia vs. fizjoterapia:</u> Fizjoterapia wodna oraz ćwiczenia w wodzie wykazały duży efekt zastosowania interwencji na aktywność mierzoną skalą WOMAC. <u>Wczesna fizjoterapia vs. fizjoterapia</u>

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
				Zgięcie kolana (stopnie: MD=16,29 [95%CI 13,43; 19,15], p<0,05, Wyprostowanie kolana (stopnie: MD=-2,12 [95%CI -2,48; -1,76], p<0,05. Skrócenie długości pobytu w szpitalu (dni: MD=-3,47 [95%CI -5,67; -1,27], p=0,002, I ² =75%.		Zastosowanie wczesnej fizjoterapii wykazało mały efekt na poprawę aktywności (WOMAC lub AKSS), duży efekt na zmniejszenie bólu (skala VAS), poprawę w zakresie zgięcia kolana o około 16 stopni, poprawę w zakresie wyprostowania kolana o około 2 stopni, a także na skrócenie pobytu w szpitalu o około 3,5 dnia.
	Harvey 2014 PSM (24 RCT)	Standardowa opieka pooperacyjna i rehabilitacja pooperacyjna z ciągłym ruchem biernym (CPM)	rehabilitacja pooperacyjna z lub bez ćwiczeń stawów kolanowych	Częstotliwość wykonywania manipulacji w znieczuleniu (MUA): RR=0,34 [95%CI 0,13; 0,89], p=0,028, I ² =22%, Pasywne zgięcie kolana – zakres ruchu (stopnie) – efekty krótkoterminowe: MD=2,03 [95%CI 0,21; 3,86], p=0,029.	Brak	Dodatkowe zastosowanie terapii ciągłym ruchem biernym wykazało poprawę w zakresie zwiększenia pasywnego zgięcia kolana o około 2 stopni oraz zmniejsza ryzyko konieczności wykonania manipulacji w znieczuleniu (MUA) o 66%.
Alloplastyka stawu biodrowego	Wu 2019 PSM (10 RCT)	Ćwiczenia fizyczne (ćwiczenia wzmacniające i giętkości, bieżnia, ćwiczenia obciążeniowe, ćwiczenia oporowe lub trening oporowy z obciążeniem)	Brak leczenia lub standardowa opieka	Zwiększenie prędkości chodu (m/s): WMD=0,15 [95%CI 0,08; 0,22], p=0,000, I ² =57%, Poprawa wyniku (skala Harris Hip Score), punkty: WMD=9,49 [95%CI 5,19; 11,78], p=0,000, I ² =76,5%, Redukcja bólu (brak wskazanej metody pomiaru, publikacja opisuje jako pain scores): WMD=-1,32 [95%CI -2,07; -0,57], p=0,000, I ² =92%, Siła odwodzenia (brak wskazanej metody pomiaru): WMD=9,75 [95%CI 5,33; 14,17], p=0,001, I ² =0%, Długość pobytu w szpitalu (dni): WMD=-0,68 [95%CI -1,07; -0,29], p=0,001, I ² =0%.	Brak	Zastosowanie ćwiczeń fizycznych w stosunku do braku leczenia lub standardowej opieki wykazało i.s. poprawę w zakresie: - zwiększenie prędkości chodu o 0,15 m/s, - poprawę stanu funkcjonalnego pacjenta o około 9,5 pkt w 100 punktowej skali Harrisa (wyższy wyn k oznacza lepszy stan funkcjonalny), - redukcję bólu o około 1,3 pkt (w publ kacji nie wskazano metody pomiaru, w związku z czym interpretacja jest utrudniona), - poprawa siły odwodzenia o około 9,8 pkt (w publ kacji nie wskazano metody pomiaru, w związku z czym interpretacja jest utrudniona), - skrócenie długości pobytu w szpitalu o około 0,7 dnia.
Alloplastyka stawu biodrowego lub	Wang 2016 PSM (22 RCT)	Przedoperacyjna fizjoterapia	Brak interwencji, standardowa opieka, edukacja, placebo lub	<u>Redukcja bólu (skala WOMAC, punkty):</u> ≤4 tygodni: WMD=-6,1 [95%CI -10,6; -1,6], p<0,05, I ² =55%, <u>Stan funkcjonalny pacjenta (skala WOMAC, punkty):</u>	Brak	Wyn ki i.s. na korzyść przedoperacyjnej fizjoterapii wykazano w następujących punktach kontrolnych:

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
			ćwiczenia w domu	6–8 tydzień: WMD=-3,9 [95%CI -7,6; -0,3] p<0,05, I ² =31%, 12 tydzień: WMD=-4,0 [95%CI-7,5; -0,5], p<0,05, I ² =69%, <u>Liczba dni do rozpoczęcia korzystania:</u> Ze schodów: WMD=-1,4 [95%CI -1,9; -0,8], p<0,05, I ² =0%, Z toalety: WMD=-0,9 [95%CI -1,3; -0,5], p<0,05, I ² =0%, Z krzesła: WMD=-1,2 [95%CI -1,7; -0,8], p<0,05, I ² =0%.		- redukcja bólu o około 6 pkt w skali WOMAC, do 4 tygodnia, - poprawa stanu funkcjonalnego pacjenta w 6-8 oraz 12 tygodniu (odpowiednio -3,9 pkt oraz -4 pkt w skali WOMAC), - skrócenie czasu do wykonywania aktywności dnia codziennego: 1,4 dnia do korzystania ze schodów, 0,9 dnia do korzystania z toalety, 1,2 do korzystania z krzesła.
	McDonald 2014 PSM (18 RCT)	Przedoperacyjna edukacja (przekazanie pisemnych informacji i/lub jedna (lub więcej) sesja edukacyjna, edukacja z wykorzystaniem audiowizualnych komponentów)	Standardowa lub rutynowa opieka	<u>Subpopulacja pacjentów po alloplastyce stawu biodrowego:</u> Lęk przedoperacyjny (Spielberger State-Trait Anxiety Index - punkty): MD=-5,10 [95%CI -7,13; 3,03] p<0,00001, I ² =4%, <u>Subpopulacja pacjentów po alloplastyce stawu kolanowego:</u> Lęk przedoperacyjny (Spielberger State-Trait Anxiety Index - punkty): MD=-5,52 [95%CI -8,34; -2,70], p<0,00012, Długość pobytu w szpitalu (dni): MD=-1,86 [95%CI -3,40; -0,32] p=0,018, I ² =0%.	Brak	W subpopulacji pacjentów po alloplastyce stawu biodrowego zastosowanie przedoperacyjnej edukacji wykazało i.s. zmniejszenie lęku przedoperacyjnego o 5,1 pkt w skali Spielberger State-Trait Anxiety Index. W subpopulacji pacjentów po alloplastyce stawu kolanowego zastosowanie przedoperacyjnej edukacji wykazało i.s. wpływ na zmniejszenie leku przedoperacyjnego o około 5,5 pkt w skali Spielberger State-Trait Anxiety Index, a także skróciło pobyt w szpitalu średnio o około 1,9 dnia. Wynik skali Spielberger State-Trait Anxiety Index przyjmuje wartości od 20 do 80, niższa wartość oznacza mniejszy lęk).
Geriatryczni	McKelvie 2018 PSM (9 RCT)	Ćwiczenia fizyczne. Interwencje zawierały m.in. fizjoterapię, ćwiczenia oporowe, programy mobilności (polegające na powolnej mobilizacji pacjenta), treningi o wysokiej intensywności lub ćwiczenia aerobowe.	Standardowa opieka szpitalna	Brak	Brak	W publikacji nie wskazano i.s. wyników wpływu interwencji.

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
Operacje jamy brzusznej	Gillis 2018 PSM (5 RCT, 4 OB)	Terapia żywieniowa lub terapia żywieniowa w połączeniu z ćwiczeniami	Standardowa opieka	Długości pobytu w szpitalu (dni): WMD= -2,17 [95% CI -3,45; -0,89]; p=0,009; I ² =61%.	Brak	Zastosowanie terapii żywieniowej lub terapii żywieniowej w połączeniu z ćwiczeniami wykazało i.s. wpływ na skrócenie pobytu w szpitalu o około 2,2 dnia.
	Moran 2016 PSM (9 RCT)	Przedoperacyjne ćwiczenia fizyczne	Brak rehabilitacji lub standardowa opieka	Powikłania pooperacyjne: OR = 0,59 [95% CI 0,38; 0,91]; p=0,02; I ² = 43%, Powikłania pooperacyjne (komparator: wyłącznie standardowa opieka): OR = 0,35 [95% CI 0,17; 0,71]; p=0,003; I ² = 5%), Pooperacyjne powikłania pulmonologiczne: OR = 0,27 [95% CI 0,3; 0,57]; p=0,0005; I ² =41%.	Brak	Zastosowanie przedoperacyjnych ćwiczeń fizycznych i.s. wpłynęło na: - zmniejszenie szansy wystąpienia powikłań pooperacyjnych o 41% w porównaniu do braku rehabilitacji lub standardowej opieki, lub o 65% w porównaniu do standardowej opieki, - zmniejszenie szansy wystąpienia powikłań pulmonologicznych o 73%.
Onkologiczni	Steffens 2018** PSM (11 RCT, 2 qRCT)	Interwencje oparte na ćwiczeniach fizycznych przed operacjami onkologicznymi	Brak interwencji, placebo lub standardowa opieka	<u>Rak płuca:</u> Zdarzenia niepożądane: RR=0,52 [95%CI 0,36; 0,74], p=b.d., Długość pobytu w szpitalu (dni): MD=-2,86 [95%CI -5,30; -0,33],p=b.d., <u>Rak prostaty:</u> Jakość życia (ICSmaleSF) – 1 miesiąc po operacji: MD=-3,70 [95%CI b.d.], p=0,002, Jakość życia (ICSmaleSF) – 3 miesiące po operacji: MD=-4,10 [95%CI b.d.], p=0,002.	Brak	Zastosowanie interwencji opartych na ćwiczeniach fizycznych u pacjentów przed operacjami onkologicznymi i.s. wpłynęło na: Pacjenci z rakiem płuca: - zmniejszenie ryzyka wystąpienia zdarzenia niepożądanego o 48%, - skrócenie długości pobytu w szpitalu o około 2,9 dnia. Pacjenci z rakiem prostaty: - poprawa jakości życia o -3,7 pkt w 1 miesiącu po operacji o raz o -4,1 pkt w 3 miesiącu, według skali ICSmaleSF. Mniejszy wynik oznacza wyższą jakość życia.
	Loughney 2016 PSM (3 RCT, 1 nRCT)	Program ćwiczeń aerobowych trwający 6-12 tygodni lub obóz ćwiczeniowy.	Nie określono	Wydolność ćwiczeniowa (VO ₂ peak): MD= 3,76 [95% CI 3,43; 4,08]; p>0,00001; I ² =0%.	Brak	Zastosowanie programu ćwiczeń aerobowych i.s. wpłynęło na poprawę wydolności tlenowej poprzez poprawę szczytowego zużycia tlenu o około 3,8 ml/kg/min.
	Ni 2016 PSM (8 RCT, 7 nRCT)	Trening fizyczny (program ćwiczeń zawierał jazdę na rowerze, spacer, ćwiczenia oddechowe i inne. Średni czas trwania programu wynosił 8 ± 7 tygodni z	Brak interwencji	Pooperacyjna długość pobytu w szpitalu (dni) (interwencja przedoperacyjna) (MD= -4,98 [95% CI -6,22; 3,74]; p<0,00001; I ² =0%),	Brak	Zastosowanie treningu fizycznego w porównaniu do braku interwencji wpłynęło i.s. na: - skrócenie długości pobytu w szpitalu o około 5 dni,

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
		częstotliwością 3–7 razy/tydzień.)		<p>Pooperacyjne komplikacje (interwencja przedoperacyjna) (OR=0,33 [95% CI 0,15; 0,74]; p=0,007; I²=7%),</p> <p>Wydolność ćwiczeniowa, 6MWT (m) (interwencja przedoperacyjna) (MD= 39,95 [95% CI 5,31; 74,60]; p=0,02; I²=0%),</p> <p>Wydolność ćwiczeniowa, 6MWT (m) (interwencja pooperacyjna) (MD= 62,83 [95% CI 57,94; 67,72]; p<0,00001; I²=7%),</p> <p>HRQoL wg EORTC-QLQ-30 (aspekt duszności) (MD=14,31 [95% CI -20,03; -8,58]; p<0,00001; I²=17%),</p> <p>HRQoL wg SF-36 (komponent fizyczny) (MD= 3,00 [95% CI 0,81; 5,20]; p=0,007; I²=0%).</p>		<p>- zmniejszenie szansy wystąpienia komplikacji pooperacyjnych o 67%,</p> <p>- poprawa wydolności ćwiczeniowej, o około 40 metrów wyniku 6 minutowego testu chodu,</p> <p>- poprawa duszności według kwestionariusza jakości życia EORTC-QLQ-30 o około 14 pkt. (wyższy wynik oznacza lepszą jakość życia),</p> <p>Poprawa jakości życia o 3 pkt mierzona przy pomocy skali SF-36 (komponent fizyczny)</p>
Reumatoidalne zapalenie stawów	Baillet 2011 PSM (10 RCT)	Nadzorowany wzmacniający trening mięśnia czworogłowego, ćwiczenia wzmacniające mięśni ramienia bez nadzoru, ćwiczenia oporowe na kończyny górne lub dolne pod nadzorem/bez nadzoru lub ćwiczenia tułowia	standardowa opieka, ćwiczenia zakresu ruchów, ćwiczenia nieaerobowe	<p>Siła izokinetyczna (% poprawa) (WMD=23,7% [95%CI 11,0; 36,4]; p<0,001; I²=0%),</p> <p>Siła izometryczna (% poprawa) (WMD=35,8% [95%CI 24,4; 47,1]; p<0,001; I²=68%),</p> <p>Siła uchwytu (% poprawa) (WMD=26,4% [95%CI 12,3; 40,5]; p<0,001; I²=0%),</p> <p>Sprawność – HAQ (WMD=-0,22 [95%CI -0,35; -0,10]; p<0,001; I²=36%),</p> <p>Stan funkcjonalny (50 FWT) (WMD=-1,90 s [95%CI -2,95; 0,85]; p<0,001; I²=35%),</p> <p>Odsetek stawów opuchniętych/tkliwych lub indeks Ritchie (wynik przekształcony na skalę procentową) (WMD=-5,36% [95%CI -9,00; -1,72]; p=0,004; I²=73%),</p> <p>Odczyn Biernackiego (WMD=-5,17 mm [95%CI -8,77; -1,58]; p=0,005; I²=0%).</p>	Brak	<p>Zastosowanie siłowych/wzmacniających ćwiczeń fizycznych w porównaniu do standardowej opieki lub innych ćwiczeń wpłynęło i.s na:</p> <p>- poprawę o 23,7% w stosunku do grupy kontrolnej, siły izokinetycznej,</p> <p>- poprawę o 35,8% w stosunku do grupy kontrolnej, siły uchwytu,</p> <p>- poprawę sprawności o około -0,2 pkt w skali HAQ,</p> <p>- poprawę stanu funkcjonalnego mierzonego za pomocą poprawy wyn ku czasu przejścia testu 50 stóp (50 foot walk test/time) o 1,9 sekundy,</p> <p>- zmniejszenie odsetka stawów opuchniętych lub tkliwych o 5,36% w stosunku do grupy kontrolnej,</p> <p>- zmniejszenie wartości odczynu Biernackiego o 5,17 mm.</p>

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
Obrzęk limfatyczny	Singh 2016 PSM	1. ćwiczenia fizyczne 2. ćwiczenia fizyczne z wykorzystaniem kompresjoterapii	1. brak interwencji lub ćwiczenia fizyczne o mniejszej intensywności 2. ćwiczenia fizyczne bez kompresjoterapii	Brak	Brak	W publikacji nie wskazano i.s. wyników wpływu interwencji.
Nowotwory ginekologiczne	Lin 2016 PSM (7 RCT)	Ćwiczenia fizyczne (m.in. program interwencji pod kątem zmiany stylu życia, edukacja z zakresu aktywności fizycznej, ćwiczenia fizyczne)	Standardowa opieka	Poziom aktywności fizycznej raportowany przez pacjenta (mierzony za pomocą skali LSI, punkty) (MD=12,92 [95% CI 6,34; 19,51], p=0,0001, I ² =0%)	Brak	Zastosowanie interwencji opartych na ćwiczeniach fizycznych wpłynęło i.s. na wzrost poziomu aktywności fizycznej raportowany przez pacjenta (za pomocą skali LSI) o około 13 pkt. (wyższy wynik oznacza wyższą aktywność)
Cukrzyca typu 2	Kumar 2018 PSM (7 RCT, 4 nRCT)	Ćwiczenia fizyczne (m.in. ćwiczenia aerobowe, oporowe, o wysokiej intensywności lub ćwiczenia mieszane)	Brak interwencji	Poziom glukozy na czczo (nmol/l) (MD=-5,12 [95%CI -7,78; -2,45]; p=0,0002; I ² =99%).	Brak	Zastosowanie ćwiczeń fizycznych w porównaniu do braku interwencji wpłynęło i.s. na zmniejszenie poziomu glukozy na czczo o -5,12 nmol/l.
Złamania	Diong 2015 PSM (13 RCT)	Ćwiczenia fizyczne (m.in. mobilizacja, trening fizyczny, trening oporowy lub fizjoterapia)	Brak ćwiczeń (np. trening o niższej intensywności, placebo, edukacja, standardowa opieka)	Mobilności (SMD (g Hedges'a)=0,35 [95% CI 0,12; 0,58]; p= 0,000; I ² = 66,7%), Szybkości chodu (SMD (g Hedges'a)=0,07 [95%CI 0,01; 0,14]; p=0,046; I ² =49,3%), Testu „Timed up and go” (SMD (g Hedges'a)=7,14 [95% CI 3,90; 10,38]; p=0,041; I ² =68,7%).	Brak	Zastosowanie ćwiczeń fizycznych w porównaniu do braku ćwiczeń wpłynęło i.s. na: - mały efekt na poprawę mobilności (SMD=0,35), - duży efekt na poprawę wyniku testu „Timed up and go” (SMD=7,14).

Populacja	Badanie	Interwencja	Komparator	Punkty końcowe na korzyść interwencji	Punkty końcowe na korzyść komparatora	Uwagi analityków
Amputacje	Rau 2007 RCT	Program ćwiczeń fizycznych (3 dni, 7 różnych ćwiczeń fizycznych trwających około godziny)	Standardowa opieka	Dystans w 2-minutowym teście marszowym (m) (I: M=20,15 (SD=17,12) vs. K: M=8,93 (SD=19,52); p=0,024), Prędkość chodzenia (m/min) (I: M=10,08 (SD=8,56) vs. K: M=3,94 (SD=10,15); p=0,016), Maksymalne obciążenie na protezę (kg) (I: M=3,70 (SD=5,66) vs. K: M=1,06 (SD=3,36); p=0,035), Wskaźnik kosztu fizjologicznego chodu (PCI) (uderzenia serca/m) (I: M=0,77 (SD=0,10) vs. K: M=0,39 (SD=0,23); p=0,020).	Brak	Zastosowanie programu ćwiczeń fizycznych w porównaniu do standardowej opieki wpłynęło i.s. na: - zwiększenie dystans w 2-minutowym teście marszowym (I: M=20,15 (SD=17,12) vs. K: M=8,93 (SD=19,52), - zwiększenie prędkości chodzenia (I: M=10,08 (SD=8,56) vs. K: M=3,94 (SD=10,15), - zwiększenie maksymalnego obciążenia na protezę (I: M=3,70 (SD=5,66) vs. K: M=1,06 (SD=3,36), - zwiększenie wskaźnika kosztu fizjologicznego chodu (I: M=0,77 (SD=0,10) vs. K: M=0,39 (SD=0,23).

* - istotnym ograniczeniem przeglądu jest niezgodność pomiędzy interpretacją wyników przez autorów, wskazujących iż wszystkie powyższe wyniki przemawiają na korzyść skuteczności zastosowania interwencji, natomiast dane raportowane w formie wykresów forest plot, wskazują, iż jedynym punktem końcowym przemawiającym na korzyść interwencji jest skrócenie długości pobytu w szpitalu

** - Wyniki istotne statystycznie zgodnie ze wskazaniem autorów z uwagi na brak raportowania wartości p w badaniu.

PSM – przegląd systematyczny z metaanalizą; RCT – badanie RCT; qRCT – badanie quasi-RCT, nRCT – badanie non-RCT; OB – badania obserwacyjne

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

5.4. Charakterystyka skal, kwestionariuszy oraz innych narzędzi pomiaru odnalezionych w ramach analizy klinicznej

W poniższym opracowaniu przedstawiono zestawienie skal, kwestionariuszy oraz innych narzędzi pomiaru lub oceny pacjenta odnalezionych w ramach analizy klinicznej, a także uwzględnionych w opracowanym projekcie świadczeń.

5.4.1. Testy oceny stanu funkcjonalnego pacjenta

WOMAC

Publikacje⁵: Chen 2017, Henderson 2017, Li 2017, Wang 2016, McDonald 2014

Skala WOMAC służy do oceny funkcjonowania stawu kolanowego. Skala WOMAC (The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) została stworzona w 1982 roku w celu oceny stanu funkcjonalnego pacjentów, u których wykryto zmiany zwyrodnieniowe stawu kolanowego. Skala służy do oceny subiektywnej dokonywanej na podstawie ankiety, którą wypełnia pacjent. Składa się ona z 24 pytań, w skład których wchodzi parametry określające dolegliwości bólowe, a także parametry sprawności funkcjonalnej. Ze względu na oceniane parametry, skalę dzieli się na 3 części:

- pierwsza – dotyczy dolegliwości bólowych,
- druga – rodzaju sztywności stawu kolanowego,
- trzecia (bardziej rozbudowana) – aktywności fizycznej.

Przy każdym parametrze (skala ma 17 parametrów) pacjent udziela odpowiedzi zaznaczając jedną z 5 opcji odpowiedzi (punktacja 0–4). Maksymalna liczba punktów, która można uzyskać jest 96, a minimalnie 0. Uzyskane punkty z poszczególnych parametrów sumuje się, a następnie dzieli przez 96, aby uzyskać wartość procentową mnoży przez 100. Uzyskany wynik jest wartością procentową i oznacza stopień ograniczenia sprawności funkcjonalnej. Im wynik wyższy i zbliżony do 100 %, tym pacjent jest mniej sprawny funkcjonalnie oraz jak można zakładać charakteryzuje się większymi zmianami zwyrodnieniowymi stawu kolanowego. Ponadto, na samym końcu kwestionariusza osoba nadzorująca badanie powinna umieścić swoje spostrzeżenia lub wstępną interpretację uzyskanych wyników.

[Pogorzala 2016]

Harris Hip Score

Publikacje: Wu 2019

Kwestionariusz Harrisa (HHS) składa się z trzech części. W pierwszej części znajduje się osiem pytań dotyczących: #1 bólu jakiego pacjent doświadcza na co dzień, #2 odległości, jaką pacjent jest w stanie pokonać, #3 samoobsługi związanej z zakładaniem skarpetek lub butów, #4 możliwości korzystania z transportu publicznego, #5 zaopatrzenia ortopedycznego, #6 utykania podczas chodu, #7 poruszania się po schodach, oraz #8 czasu bezbolesnego siedzenia. W części drugiej jest możliwość odpowiedzi „tak” lub „nie” – jeżeli badany spełnia wszystkie cztery wymienione kryteria (mniej niż 30 stopni stałego przykurczu przy zgięciu lub 10 stopni przy odwodzeniu lub 10 stopni przy rotacji wewnętrznej, różnica w długości kończyn mniejsza niż 3,2 cm), wtedy terapeuta zaznacza odpowiedź „tak”, jeżeli choć jedno z kryteriów nie jest spełnione, wtedy należy zaznaczyć odpowiedź negatywną. Ostatnią częścią kwestionariusza Harrisa jest ruchomość w stawie biodrowym. Podzielono ją na kilka zakresów, tak aby terapeuta mógł dość precyzyjnie określić zakres ruchów. Chory może maksymalnie uzyskać 100 punktów. Stan funkcjonalny określany jest według ustalonych norm punktowych:

- wynik bardzo dobry – 91–100 pkt,
- wynik dobry – 81–90 pkt,
- wynik umiarkowany – 71–80 pkt,
- wynik niedostateczny – 70 pkt i poniżej.

⁵ - poprzez „Publikacje” rozumie się stwierdzenie, w której z włączonych publikacji stosowano daną skalę oceny.

[Kościelna 2017]

Clavien-Dindo

Publikacje: Gillis 2018

Klasyfikacja Clavien-Dindo znajduje zastosowanie w ocenie powikłań chirurgicznych po zabiegach urologicznych. Obejmuje ona 7 stopni:

I – jakiegokolwiek odchylenia od standardowego śród- i pooperacyjnego przebiegu,

II – komplikacje wymagające dożylnego leczenia, żywienia pozajelitowego, transfuzji koncentratu krwinek czerwonych,

IIIa – komplikacje wymagające interwencji chirurgicznej, endoskopowej lub radiologicznej w znieczuleniu miejscowym,

IIIb – komplikacje wymagają interwencji chirurgicznej, endoskopowej lub radiologicznej w znieczuleniu ogólnym,

IVa – niewydolność jednonarządowa,

IVb – niewydolność wielonarządowa,

V – zgon pacjenta.

[Bobik 2018]

SF12

Publikacje: Buhagiar 2019, Harvey 2014

Skala SF12 ocenia jakość życia w kategorii fizycznej i psychicznej. Na każdą kategorię składa się ocena 4 podskali punktowanych maksymalnie do 50 punktów. Kategoria zdrowie fizyczne (ang. Physical Health Scores, PHS) zawiera następujące podskale: Funkcjonowanie fizyczne (PF), Rola ograniczeń fizycznych (RP), Ból fizyczny (BP) i Ogólne zdrowie (GH). Sumaryczna Komponenta Fizyczna (ang. Physical Component Summary, PCS) jest średnią arytmetyczną z wartości tych podskal.

Kategoria zdrowie psychiczne (ang. Mental Health Scores, MHS) zawiera 4 podskale: Żywotność (VT), Funkcjonowanie społeczne (SF), Rola ograniczeń emocjonalnych (RE) i Zdrowie psychiczne (MH). Średnia wartość oceny w tych podskalach (ang. Mental Component Summary, MCS) jest wskaźnikiem oceny jakości życia w kategorii zdrowia psychicznego.

Maksymalny wynik dla skali wynosi 100 punktów, minimalny 0. Skala została zaprojektowana w taki sposób, aby średnia punktów dla populacji USA wynosiła 50 pkt, a odchylenie standardowe 10 pkt. Wynik wyższy od średniej oznacza lepszą jakość życia, wynik poniżej 50 pkt – gorszą.

Ocena w skali SF-12 oparta jest na wzorcu zewnętrznym. Jako wzorzec przyjęto normy opracowane dla populacji USA w 1998 roku. Wykazano, bowiem, że wzorzec ten nie różni się istotnie od wzorca obowiązującego w populacji dziewięciu krajów europejskich

[Cieślik 2015]

SF36

Publikacje: Buhagiar 2019, Henderson 2017, Li 2017, Ni 2016, Wang 2016, McDonald 2014

Kwestionariusz SF36 jest narzędziem ogólnym do pomiaru zależnej od stanu zdrowia jakości życia. Kwestionariusz SF-36 może być stosowany u osób powyżej 18 roku życia, zdrowych oraz z różnymi schorzeniami. Obecnie używany kwestionariusz jest drugą wersją (v.2), utworzoną w 1998 roku na podstawie SF-36 v1. Składa się z 36 pytań w 11 kategoriach, które pozwalają wyróżnić 8 aspektów jakości życia, takich jak: funkcjonowanie fizyczne (ang. physical functioning, PF) – zawiera 10 pozycji, ograniczenia w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego (ang. role physical, RP) – 4 pozycje, dolegliwości bólowe (ang. bodily pain, BP) – 2 pozycje, ogólne poczucie zdrowia (ang. general health, GH) – 5 pozycji, witalność (ang. Vitality, VT) – 4 pozycje, funkcjonowanie społeczne (ang. social functioning, SF) – 2 pozycje, ograniczenia w pełnieniu ról wynikające z problemów emocjonalnych (ang. role emotional, RE) – 3 pozycje poczucie zdrowia psychicznego (ang. mental health, MH) –

5 pozycji. Dodatkowo oceniany jest stan zdrowia w porównaniu ze stanem sprzed roku. Kategorie połączone są w dwie zbiorcze domeny: zdrowia fizycznego PHS (ang. Physical Health Summary) liczone, jako średnia z PF, RP, BP i GH oraz zdrowia psychicznego MHS (ang. Mental Health Summary) – średnia ze skal VT, SF, RE i MH. Sposób odpowiedzi na poszczególne grupy pytań jest zróżnicowany: od dychotomicznego (tak/nie) po 3-, 5- i 6-stopniową skalę Likerta. Po przeliczeniu, według określonych zasad, punktów ze wszystkich 8 kategorii uzyskuje się wynik w postaci 100-punktowej skali od 0 do 100, gdzie wyższa punktacja oznacza lepszą jakość życia. Standardowa forma SF-36 bada jakość życia na podstawie 4 ostatnich tygodni. Kwestionariusz ten posiada polską wersję językową udostępnianą przez Medical Outcomes Trust and Quality Matric Incorporated oraz normy dla populacji osób zdrowych i z określonymi schorzeniami przewlekłymi (tzw. algorytm NBS, ang. Norm-based scoring, na podstawie norm z 1998 roku dla populacji amerykańskiej); między innymi z nadciśnieniem tętniczym i cukrzycą typu 2.

[Cieślik 2015]

Skala wzrokowo-analogowa (VAS – Visual Analogue Scale)

Publikacje: Henderson 2017, Li 2017, Harvey 2014, McDonald 2014, Baillet 2011

Analogowa, wizualna skala oceny bólu jest wiarygodnym narzędziem umożliwiającym określenie nasilenia bólu. Cyklicznie powtarzane pomiary intensywności bólu za pomocą skali VAS (Visual Analog Scale) umożliwiają ocenę skuteczności leczenia przeciwbólowego.

Skala ma postać linijki o długości 10 cm. Pacjent wskazuje palcem lub suwakiem nasilenie bólu od 0 – zupełny brak bólu, do 10 – najsilniejszy wyobrażalny ból. Stosuje się również zmodyfikowane skale zawierające na skrajnych biegunach rysunki twarzy – uśmiechniętej (brak bólu) i wykrzywionej grymasem bólu (najsilniejszy ból) lub opatrzone dodatkowo słownymi określeniami bólu pod osią graficzną (graficzna skala opisowa). Aby uzyskać prawidłowe wyniki należy upewnić się, że chory rozumie, co oznaczają wartości skrajne.

[Medycyna Praktyczna]

Dla VAS w wersji 10 pkt wskazano następujące progi: brak bólu – 0; łagodny ból – 1–4; umiarkowany ból – 5–6; silny ból – 7–10.

[Jensen 2003]

KSS

Publikacje: Henderson 2017

Skala KSS służy do oceny funkcji kolana i składa się z dwóch części. Pierwszą stanowi obiektywna ocena funkcji kolana, w skład której wchodzi: analiza nasilenia bólu, badanie zakresu ruchu oraz osi i stabilności kolana. Drugą część skali stanowi kwestionariusz wypełniany przez pacjenta, dotyczący zakresu dystansu chodu, sposobu chodzenia po schodach, wstawania z krzesła oraz używania pomocy ortopedycznych. W każdej części skali pacjent może otrzymać od 0 do 100 punktów. Wyższy wynik oznacza lepszą funkcjonalność kolana.

[Kwolek 2007]

Komentarz analityka: nie odnaleziono informacji w zakresie norm oraz wartości progowych.

Lequesne Hip and Knee Score

Publikacje: Henderson 2017

Lequesne Hip and Knee Score jest indeksem ciężkości choroby zwyrodnieniowej według Lequesne'a. Może on być wykorzystywany do oceny skuteczności interwencji terapeutycznej. Indeks składa się z następujących sekcji oraz ocenianych parametrów:

ból lub dyskomfort:

- ból lub dyskomfort podczas odpoczynku w nocy (0–2 pkt),
- długość porannych sztywności stawów lub bólu po wstaniu (0–2 pkt),
- pozycja stojąca dłużej niż 30 minut zwiększa ból (0–1 pkt),
- ból przy chodzeniu (0–2 pkt),

- ból lub dyskomfort podczas utrzymania pozycji siedzącej dłużej niż 2 godziny (0–1 pkt),
- maksymalny dystans chodu:
- maksymalny dystans chodu (0–6 pkt),
 - potrzeba wykorzystania pomocy przy chodzeniu (0–2 pkt),
- czynności dnia codziennego:
- zakładanie skarpet przy zgięciu ciała do przodu (0–2 pkt),
 - podnoszenie przedmiotów z podłogi (0–2 pkt),
 - podejście w górę i zejście ze schodów o standardowej kondygnacji (0–2),
 - wejście i wyjście z samochodu (0–2 pkt).

Wskaźnik nasilenia choroby jest sumą punktów wszystkich parametrów całego indeksu. Minimalna liczba punktów dla każdej sekcji wynosi 0, maksymalna 8 pkt. Minimalny wynik indeksu wynosi 0, a maksymalny 24 pkt. Interpretacja wyniku indeksu jest następująca:

- 0 pkt – brak upośledzenia,
- 1–4 pkt – łagodne upośledzenie,
- 5–7 pkt – umiarkowane upośledzenie,
- 8–10 pkt – ciężkie upośledzenie,
- 11–13 pkt – bardzo ciężkie upośledzenie,
- ≥14 pkt – ekstremalnie ciężkie upośledzenie.

[Lequesne 1991]

KOOS

Publikacje: Li 2017

Skala oceny kolana KOOS została zaprojektowana zarówno do oceny uszkodzeń stawu kolanowego, do oceny rozwoju choroby zwyrodnieniowej będącej wynikiem wcześniejszych urazów (uszkodzenia łąkotek, więzadeł krzyżowych, uszkodzeń chrząstek stawowych), jak również do oceny postępów w leczeniu kolana. KOOS ocenia zmiany postępujące z tygodnia na tydzień, na przykład po leczeniu operacyjnym, farmakologicznym, ale także zmiany występujące w dłuższym przedziale czasowym, pojawiające się po latach od pierwotnego urazu.

Kwestionariusz pytań został przygotowany pierwotnie w języku szwedzkim i angielskim (American English). Kwestionariusz badania KOOS został oparty w części na formularzu skali WOMAC. Rozdziały WOMAC dotyczące bólu i sztywności stawowej zostały uzupełnione, dodano też dwa całkowicie nowe rozdziały. Skala KOOS składa się z pięciu rozdziałów obejmujących ocenę: (1) bólu, (2) objawów, (3) aktywności codziennej, (4) aktywności sportowej i rekreacyjnej oraz (5) jakości życia. Ocenie podlega samopoczucie chorego w ciągu tygodnia, w którym badanie jest przeprowadzane.

W standardowym formularzu badania zamieszczono możliwości odpowiedzi w zakresie od 0 do 4 punktów. Wynik oblicza się osobno dla każdego rozdziału zagadnień. Uzyskanie 100 punktów wskazuje na brak objawów, zaś wartość zerowa świadczy o występowaniu objawów o nasileniu ekstremalnym. Wypełnienie kwestionariusza jest bardzo łatwe i zajmuje nie więcej niż 10 minut. Formularz może być rozesłany do chorych przebywających w domu.

[Paradowski 2004]

Komentarz analityka: nie odnaleziono informacji w zakresie norm oraz wartości progowych.

6MWT

Publikacje: Buhagiar 2019, Gillis 2018, Luo 2017, Ni 2016

Test 6-minutowy jako modyfikacja testu 12-minutowego chodu zaproponowanego przez McGavina między innymi służy do oceny wydolności wysiłkowej u osób z chorobami układu oddechowego. Został on pozytywnie przyjęty jako skuteczny w badaniu czynnościowym chorych z niewydolnością krążenia i z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Należy on do podstawowych badań wykonywanych przed planową transplantacją płuc, gdzie głównym

kryterium zakwalifikowania osób do zabiegu było osiągnięcie przez nich dystansu 300–400 m. Również badania przeprowadzone u osób z zarostową chorobą tętnic obwodowych potwierdziły przydatność tego narzędzia badawczego w diagnostyce czynnościowej kończyn dolnych.

[Wnuk 2006]

6-minutowy test marszowy jest testem samodzielnym, wykonywanym w celu określenia dystansu jaki pacjent może przejść po płaskim, twardym podłożu w określonym czasie (6 minut). Test 6-minutowy można wykonywać zarówno na zewnątrz, jak i wewnątrz pomieszczeń, wzdłuż powierzchni długich, płaskich i twardych. Jednostką wyniku otrzymanego po przeprowadzeniu testu jest metr (m). Minimalna klinicznie istotna różnica wynosi około 50 metrów.

Komentarz analityka: nie odnaleziono informacji w zakresie norm oraz wartości progowych.

Test sit-to-stand

Publikacje: Chen 2017

Test Five Time Sit to Stand (FTSST, 5×STS) jest prostym testem służącym ocenie siły mięśniowej kończyn dolnych oraz równowagi. Możliwość wstania z krzesła jest jednym z wyznaczników samodzielności osób starszych. Dłuższy czas potrzebny do wykonania testu koreluje dodatnio z większymi trudnościami w wykonywaniu czynności dnia codziennego oraz z zaburzeniami równowagi. Zadaniem pacjenta jest pięć razy jak najszybciej wstać i usiąść na krześle (wysokość 46 cm) z rękoma skrzyżowanymi na klatce piersiowej. Badający mierzy czas od momentu wstania z krzesła do momentu kiedy pacjent usiądzie na nim piąty raz.

[Szczepanik 2016]

Komentarz analityka: nie odnaleziono informacji w zakresie norm oraz wartości progowych.

Spielberger State-Trait Anxiety Index

Publikacje: McDonald 2014

Kwestionariusz STAI składa się z dwóch niezależnych części zawierających po 20 stwierdzeń każda. Za pomocą pierwszej części STAI (X-1) można badać poziom lęku traktowanego jako aktualny stan emocjonalny. Ta część kwestionariusza jest narzędziem bardzo czułym. Pozwala śledzić dynamikę lęku nawet w ciągu niewielkich odstępach czasowych. Część druga STAI (X-2) dotyczy lęku rozumianego jako cecha osobowości. Osoba badana ustosunkowuje się do każdego stwierdzenia, wybierając jedną z czterech możliwości.

Poziom lęku wyrażony jest liczbą punktów uzyskanych poprzez sumowanie otrzymanych ocen w poszczególnych odpowiedzi. Wartości punktowe dla każdej części kwestionariusza mogą wahać się od 20 do 80 punktów. Wysokie wartości punktowe oznaczają wyższy poziom lęku.

[Lipczyński 2019]

Komentarz analityka: nie odnaleziono informacji w zakresie norm oraz wartości progowych.

Skala Barthel (BI)

Publikacje: McKelvie 2018

Skalą, która pozwala na ocenę poziomu sprawności funkcjonalnej jest skala Barthel (Index Barthel). Ocenia ona 10 czynności takie jak: spożywanie posiłków, przemieszczanie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, mycie/kąpiel całego ciała, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, ubieranie się i rozbieranie, kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu, kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego. Czynnościom przypisuje się odpowiednie wartości punktowe. Uzyskana punktacja pozwala na określenie stopnia samodzielności pacjenta. Każdej czynności można przypisać wynik 0 lub 5, lub dodatkowo 10 lub 15.

Interpretacja wyników jest następująca:

- grupa I – 86–100 pkt: pacjent „lekki”,
- grupa II – 21–85 pkt: pacjent „średniociężki”,
- grupa III – 0–20 pkt: pacjent „ciężki”.

[Wysokiński 2016]

ADL Katz

Publikacje: McKelvie 2018

Do oceny sprawności funkcjonalnej w zakresie czynności życia codziennego wykorzystuje się Skalę Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego według Katza (ADL – Activities of Daily Living). Narzędzie to zostało opracowane w 1970 roku przez amerykańskiego gerontologa Sidneya Katza i wsp. Zawiera ono sześć pytań dotyczących stopnia samodzielności przy czynnościach takich jak kąpiel, ubieranie się, toaleta, kontrolowanie zwieraczy, spożywanie posiłków i poruszanie się. Każdej czynności można przypisać wynik 1, 0,5 lub 0. Niski wynik uzyskany w ocenie świadczy o niezdolności do samodzielnego funkcjonowania oraz konieczności pomocy ze strony innych osób w poszczególnych jej zakresach.

Interpretacja wyników jest następująca:

5–6 pkt: osoba sprawna,

3–4 pkt: osoba umiarkowanie niesprawna,

≤2 pkt: osoba bardzo niesprawna wymagająca opieki przez całą dobę (często oznacza konieczność instytucjonalizacji opieki).

[Wysokiński 2016]

EORTC-QLQ-30

Publikacje: Lin 2016, Ni 2016

Kwestionariusz EORTC QLQ C30 to specyficzny kwestionariusz jakości życia związanej ze zdrowiem przeznaczony dla pacjentów onkologicznych. Kwestionariusz zawiera pięć sekcji oceniających stan funkcjonalny, odnoszących się do: funkcjonowania fizycznego, pełnienia ról społecznych, funkcjonowania emocjonalnego, pamięci i koncentracji funkcjonowania społecznego (28 pytań, 1–4 punkty, wyższy wynik oznacza gorszą jakość życia), a także skalę ogólnej oceny stanu zdrowia/jakości życia (2 pytania, 7-punktowa skala, wyższy wynik oznacza lepszą jakość życia).

[Zawisza 2010]

Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Publikacje: Bailer 2011

Wypełniany przez pacjenta kwestionariusz HAQ składa się z 20 pytań podzielonych na 8 sekcji. Pacjent jest proszony o ocenę w 4-punktowej skali trudności w wykonywaniu opisanych czynności. W wyliczeniach bierze się pod uwagę najwyżej punktowane pytanie z każdej sekcji. Następnie zsumowane wyniki z 8 sekcji dzielone są przez 8. Końcowa punktacja zawiera się w przedziale od 0 (brak upośledzenia czynnościowego) do 3.

HAQ jest prawdopodobnie najbardziej użyteczną metodą oceny wyników leczenia w RZS. Ma on bezpośrednie znaczenie zarówno dla pacjenta, jak i lekarza. Wyniki licznych badań pokazały, że na punktację wpływają aktualna aktywność choroby i skumulowane uszkodzenia stawów. W związku z tym na wczesnym etapie RZS wyniki HAQ są odwracalne, zaś na etapach późniejszych obserwuje się ich korelację ze zmianami radiologicznymi i mniejszą odwracalność. Kwestionariusz ten jest czułym wskaźnikiem, który można stosować w badaniach klinicznych i do szacowania umieralności. Dzięki niemu można ocenić nie tylko upośledzenie czynnościowe pacjenta, ale też ogólny stan jego zdrowia. Charakterystyka HAQ była intensywnie analizowana. Jest to metoda jakościowa i nieciągła. Pacjent, u którego punktacja w HAQ wyniosła 2, nie ma dwa razy bardziej upośledzonej sprawności niż chory, który uzyskał 1 punkt. Oznacza to, że w analizie wyników HAQ należy wykorzystywać instrumenty statystyczne nieparametryczne i inne niż parametryczne.

[Symmons 2011]

Indeks Ritchie

Publikacje: Baillet 2011

Współczynnik stawowy Ritchiego (Ritchie Articular Index, RAI) jest jedną z metod oceny aktywności w reumatoidalnym zapaleniu stawów. We wskaźniku Ritchie określa się w punktach liczbę zajętych stawów i stopień aktywności choroby. Współczynnik stawowy Ritchiego to punktowa skala oceny bolesności stawów, używana m. in. do obliczenia indeksu aktywności choroby w reumatoidalnym zapaleniu stawów (Disease Activity Score, DAS, DAS28). We wskaźniku RAI wykorzystuje się czteropunktową skalę bolesności stawu w reakcji na ucisk, przyznając odpowiednie punkty.

[Jura Półtorak 2011]

FACT-G

Publikacje: *Lin 2016*

Aktualna, czwarta wersja ogólnego formularza FACT (FACT-G, general) zawiera 27 pytań dotyczących 4 obszarów jakości życia: dobrostanu fizycznego, społecznego lub rodzinnego, emocjonalnego i czynnościowego. Nasilenie poszczególnych cech w ciągu ostatniego tygodnia jest oceniane przez chorego w 5 stopniowej skali opisowej (od braku w ogóle do bardzo znacznego), a poszczególnym stopniom są przypisywane punkty (0–4). Wypełnienie kwestionariusza FACT-G zajmuje na ogół 5–10 min.

[Potemski 2012]

Komentarz analityka: nie odnaleziono informacji w zakresie norm oraz wartości progowych.

MFSI-SF

Publikacje: *Lin 2016*

Kwestionariusz ten służy do oceny zmęczenia. Składa się on z 30 twierdzeń o charakterze samoopisowym, dotyczących ostatnich siedmiu dni, których trafność oceniana jest w pięciostopniowej skali punktowanej od 0 do 4 (od „twierdzenie nie odpowiada” do „bardzo dobrze odpowiada” samopoczuciu). Odpowiednio zsumowane punkty pozwalają ocenić poszczególne wymiary zmęczenia: ogólne (General), fizyczne (Physical), emocjonalne (Emotional), umysłowe (Mental) oraz wigor (Vigor). Ostateczny wynik (Total) uzyskuje się odejmując punkty uzyskane w kategorii oceniającej wigor od sumy wszystkich kategorii zmęczenia. Zawiera się on w przedziale - 24 do 96.

MFSI-SF nie posiada określonego punktu odcięcia, wyższa punktacja oznacza większe nasilenie zmęczenia. Kwestionariusz ten był początkowo stosowany w populacji pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową, może być jednak stosowany w innych chorobach przewlekłych.

[Duda Sobczak 2013]

Test „Timed up and go”

Publikacje: *Diong 2015, Rau 2007*

Test „wstań i idź” (TUG test – timed „up and go” test) to narzędzie skupiające się na ocenie dwóch podstawowych funkcji dnia codziennego: przejścia z pozycji siedzącej do stojącej oraz marszu na krótkim dystansie. Zadaniem osoby starszej jest jak najszybsze podniesienie się z pozycji siedzącej na krzesło o standaryzowanej wysokości do pozycji stojącej (dopuszczalne jest użycie rąk do podparcia). Następnie należy pokonać krokiem marszowym dystans 3 metrów, wykonać zwrot, powrócić do krzesła i ponownie zająć pozycję siedzącą na krzesle. Zasadnicza próba poprzedzona jest opisem słownym i próbnym wykonaniem testu. Badanie powtarzane jest 2-krotnie, a czas mierzony za pomocą stopera. Do analizy używany jest wynik z lepszej próby.

Osobom sprawnym wykonanie testu powinno zająć około 10 sekund, zniedołężniałym co najmniej 20 sekund. Zwiększone ryzyko upadków występuje u osób z wynikiem powyżej 14 sekund.

[Wysokiński 2016]

Skala równowagi Berga

Publikacje: *Diong 2015*

Skala składa się z 14 prób o różnym stopniu trudności ocenianych w skali od 0 do 4 punktów. Oceniana jest między innymi samodzielność i jakość wykonywanych zadań, u pacjentów m.in. po endoprotezoplastyce stawu biodrowego, w zakresie czynności zbliżonych do codziennych zadań pacjenta, takich jak: wstawanie i siadanie z krzesła, utrzymywanie pozycji przy stopach rozstawionych, złożonych, pozycji tandem i stania na 1 nodze, sięganie przedmiotu z podłogi, wychylenie w przód. Końcowa punktacja wynosi od 0 do 56 punktów. Interpretacja: 0–20 – pacjent uzależniony od wózka; 21–40 – chodzi z pomocą; 41–56 – pacjent niezależny.

[Wareńczak-Wysocka 2016]

GLTEQ

Publikacje: *Lin 2016*

Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire jest kwestionariuszem oceniającym codzienną aktywność fizyczną pacjenta. Pacjent jest proszony o wypełnienie ankiety dotyczącej nawyków ćwiczeń w czasie wolnym. W wyniku brana jest po uwagę częstotliwość i intensywność ćwiczeń. Ćwiczenia o wysokiej intensywności przyjmują mnożnik 9, te o średniej 5, a o niskiej 3. Interpretacja wyników jest następująca:

- >24 pkt – wysoka aktywność fizyczna,
- 14–23 pkt – średnia aktywność fizyczna,
- <14 – mała aktywność fizyczna.

[NIH 2019]

Oxford Knee Score

Publikacje: *Buhagiar 2019, Li 2017*

Oxford Knee Score (OKS) jest miarą wyników zgłaszanych przez pacjentów stworzoną w celu szczegółowej oceny wyników całkowitej wymiany stawu kolanowego. Od tego czasu jego zakres poszerzył się o zastosowanie w innych zaburzeniach stawów i w leczeniu chirurgicznym, nie ograniczając się do alloplastyki.

Kwestionariusz OKS składa się z 12 pytań dotyczących funkcjonowania i bólu kolana. Każde pytanie jest oceniane od 0 do 4 pkt (gdzie wyższa wartość oznacza lepszy stan zdrowia). Ogólny wynik jest sumą wszystkich pytań i może wynosić od 0 do 48 pkt. Wyższy wynik oznacza lepszy efekt zabiegu.

[Murray 2007]

FACIT-F

Publikacje: *Lin 2016*

FACIT (ang. The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy) stanowi kompleksową kompilację pytań, które mierzą jakość życia związaną ze zdrowiem u pacjentów z rakiem i innymi chorobami przewlekłymi. Rdzeniem systemu FACIT jest Funkcjonalna Ocena Ogólnej Terapii Nowotworów, 27-punktowa ogólna wersja kwestionariusza, która służy jako podstawa do pytań dodanych w celu rozwiązania konkretnych problemów związanych z konkretną lokalizacją choroby, leczeniem lub objawem. Kwestionariusz zmęczenia FACIT został opracowany w celu oceny zmęczenia związanego z niedokrwistością.

Do oceny funkcjonalnej terapii raka ogólnego dodano trzynaście pytań związanych ze zmęczeniem (zmęczenie FACIT), aby stworzyć kwestionariusz FACIT-F. Odpowiedzi na 13 pozycji kwestionariusza zmęczenia FACIT są mierzone w 4-punktowej skali Likerta. Łączny wynik kwestionariusza wynosi od 0 do 52 pkt. Wysokie wyniki oznaczają mniejsze zmęczenie. Wynik poniżej 30 oznacza ciężkie zmęczenie.

[Chandran 2007]

50FWT

Publikacje: *Baillet 2011*

50-Foot Timed Walk (50FTW) jest powszechną oceną chodu w badaniach z udziałem osób z chorobą reumatyczną lub chorobą zwyrodnieniową stawów. 50 stóp to prawie 15,24 metra, dlatego 50FWT stanowi

kompromis między oceną skuteczności chodzenia na krótkich dystansach, takich jak 8 lub 10 metrów, a długimi dystansami, takimi jak w 6-minutowym teście marszu.

[Unver 2015]

Komentarz analityka: nie odnaleziono informacji w zakresie norm oraz wartości progowych.

Wskaźnik zdolności lokomotorycznej

Publikacje: Rau 2007

LCI (ang. locomotor capabilities index) jest specyficznym dla choroby, samodzielny instrumentem do oceny zdolności ruchowych ogólnie uważanym za niezbędny w zakresie podstawowych i zaawansowanych czynności życia codziennego osób po amputacji kończyn dolnych i czynnikiem wspomagającym związanym z długotrwałym stosowaniem protez.

Składa się z 14 pytań (sformułowanych jako „Czy powiedziałbyś, że jesteś w stanie wykonać następujące czynności z protezą?”) związanych z różnymi czynnościami lokomotorycznymi i wybranymi głównie z klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia dotyczącej niepełnosprawności lokomotorycznej. Czteropoziomowa skala porządkowa (0–3 punkty; od „niezdolny” do „zdolny do samodzielnego wykonania czynności”) ocenia stopień postrzeganej przez osobę niezależności podczas wykonywania każdej z 14 czynności podczas noszenia protezy. Maksymalny wynik kwestionariusza wynosi 56. Wyższy wynik oznacza większą sprawność.

LCI można podzielić na dwie 7-pozycyjne podskale, które obejmują podstawowe (elementy 1, 4, 5, 8–11) oraz zaawansowane czynności (elementy 2, 3, 6, 7, 12–14). Wyższe wyniki odzwierciedlają większe możliwości lokomotoryczne z protezą i mniejszą zależność od pomocy.

[Physiopedia 2019]

ICS male SF

Publikacje: Steffens 2018

Kwestionariusz ICS male SF jest przeznaczony do oceny występowania objawów ze strony dolnych dróg moczowych. Kwestionariusz zawiera domeny w zakresie objawów związanych z opróżnianiem pęcherza moczowego (ang. voiding symptoms) (5 pytań) i w zakresie objawów nietrzymania moczu (6 pytań). Odpowiedzi zaprojektowano za pomocą pięciopunktowej skali typu Likerta, gdzie niższy stopień reprezentował lepszy stan.

[Babic 2015]

Komentarz analityka: nie odnaleziono informacji w zakresie norm oraz wartości progowych.

MRC

Oryginalna skala MRC do oceny siły mięśniowej (<https://mrc.ukri.org/research/facilities-and-resources-for-researchers/mrc-scales/mrc-muscle-scale/>) może być podstawą do tworzenia autorskich rozwiązań dla skal oceny stanu funkcjonalnego pacjenta. W proponowanych modelach świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej zastosowano skalę zaproponowaną w publikacji Hahn 1996.

Najczęściej akceptowaną metodą oceny siły mięśni jest skala Medical Research Council. Metoda ta polega na badaniu kluczowych mięśni kończyn górnych i dolnych w stosunku do oporu osoby badającej i przyznawanie odpowiedniej wartości punktowej odnoszącej się do siły pacjenta odpowiednio w skali od 0 do 5:

0 – brak aktywacji mięśni,

1 – śledzenie aktywacji mięśni, takich jak drganie, bez uzyskiwania pełnego zakresu ruchu,

2 – aktywacja mięśni z wyeliminowaną grawitacją, osiągnięcie pełnego zakresu ruchu,

3 – aktywacja mięśni przeciw grawitacji, pełny zakres ruchu,

4 – aktywacja mięśni przy pewnym oporze, pełny zakres ruchu,

5 – aktywacja mięśni przeciw pełnej odporności egzaminatora, pełny zakres ruchu.

Powszechnie badane mięśnie są następujące: przywodziciele ramion, zginacze łokci, prostowniki łokci, prostowniki nadgarstków, zginacze palców, elementy wewnętrzne dłoni, zginacze bioder, prostowniki kolan, zginacze grzbietowe, prostowniki palców i zginacze podeszwowe.

[Naqvi 2019]

Całkowity wynik w skali MRC wynosi od 0 (całkowite porażenie) do 60 (siła normalna). Wynik jest sumą poszczególnych wartości MRC dla 6 mięśni (3 w górnej i 3 w kończynach dolnych) po obu stronach, przy czym każdy mięsień jest oceniany w zakresie od 0 do 5.

[Kleyweg 1991]

Skala Rankina

Świadczenia z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowane w warunkach szpitalnych skierowane są do osób, które ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru pielęgniarskiego. Lekarz może stwierdzić wskazania do rehabilitacji ogólnoustrojowej lub w warunkach domowych (jeżeli stan zdrowia spełnia warunki określone Skalą Rankina).

Skala Rankina, o jakiej mowa wyżej kształtuje się następująco:

0 – świadczeniobiorca nie zgłasza skarg,

1 – świadczeniobiorca zgłasza niewielkie skargi, które nie wpływają w sposób istotny na jego tryb życia,

2 – niewielki stopień inwalidztwa. Objawy nieznacznie zmieniają dotychczasowy tryb życia, lecz nie ograniczają możliwości samodzielnego funkcjonowania. Nie jest zależny od otoczenia,

3 – średni stopień inwalidztwa. Objawy znacznie zmieniają dotychczasowy tryb życia i uniemożliwiają całkowicie niezależne funkcjonowanie,

4 – dość ciężki stopień inwalidztwa. Objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie. Nie jest konieczna ciągła opieka i pomoc osoby drugiej,

5 – bardzo ciężki stopień inwalidztwa. Świadczeniobiorca całkowicie zależny od otoczenia. Konieczna stała pomoc drugiej osoby.

[Polskie Stowarzyszenie Choroby Huntingtona]

Skala IADL wg Lawtona (27 punktowa)

Skala Lawtona, zwana jest inaczej IADL (ang. Instrumental Activities of Daily Living – Skala Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego). Takie badanie wykonuje się w momencie, kiedy w poprzedniej ocenie (dokonanej na przykład na podstawie skali Katza) badany otrzymał wysoką ocenę, co oznacza, że pacjent jest samodzielny w wykonywaniu codziennych czynności. W jej ramach ocenia się osiem parametrów: zdolność posługiwania się telefonem, robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, sprząatanie, pranie, korzystanie ze środków transportu, przyjmowanie leków oraz posługiwanie się pieniędzmi.

Za wykonanie każdej z tych aktywności przyznaje się punkty: od 3 (pełna samodzielność) do 1 (badany całkowicie nie radzi sobie z wykonywaniem tej czynności). Maksymalna liczba przyznanych punktów wynosi 24. Ogólna liczba ma znaczenie nie tylko w związku z konkretnym pacjentem, a jej spadek wskazuje na pogorszenie się stanu ogólnego osoby, która została poddana badaniu.

[Avanti Medic 2018]

Komentarz analityka: nie odnaleziono informacji w zakresie norm oraz wartości progowych.

5.4.2. Podsumowanie

W poniższej tabeli przedstawiono skrócone informacje w zakresie odnalezionych w analizie klinicznej narzędzi lub skal.

Tabela 88. Podsumowanie informacji w zakresie odnalezionych narzędzi lub skal.

Skala	Opis	Badanie/przegląd
WOMAC	Skala WOMAC służy do oceny funkcjonowania stawu kolanowego. Składa się ona z 24 pytań, w skład których wchodzi parametry określające dolegliwości bólowe, a także parametry sprawności funkcjonalnej. Maksymalna liczba punktów, która można uzyskać jest 96, a minimalnie 0. Uzyskany wynik jest wartością procentową i oznacza stopień ograniczenia sprawności funkcjonalnej. Im wynik wyższy i zbliżony do 100 %, tym pacjent jest mniej sprawny funkcjonalnie.	Chen 2017, Henderson 2017, Li 2017, Wang 2016, McDonald 2014
Harris Hip Score	Kwestionariusz Harrisa (HHS) składa się z trzech części. W pierwszej części znajduje się osiem pytań dotyczących: bólu, odległości jaką pacjent jest w stanie pokonać, samoobsługi, możliwości korzystania z transportu publicznego, zaopatrzenia ortopedycznego, utykania, poruszania się po schodach, oraz czasu bezbolesnego siedzenia. W drugiej części terapeuta uzupełnia kwestionariusz o odpowiedzi na pytania dotyczące stanu funkcjonalnego. Ostatnią częścią kwestionariusza Harrisa jest ruchomość. Stan funkcjonalny określany jest według ustalonych norm punktowych: <ul style="list-style-type: none"> • wynik bardzo dobry – 91–100 pkt, • wynik dobry – 81–90 pkt, • wynik umiarkowany – 71–80 pkt, • wynik niedostateczny – 70 pkt i poniżej. 	Wu 2019
Clavien-Dindo	Klasyfikacja Clavien-Dindo znajduje zastosowanie w ocenie powikłań chirurgicznych po zabiegach urologicznych.	Gillis 2018
SF12	Skala SF-12 ocenia jakość życia w kategorii fizycznej i psychicznej. Na każdą kategorię składa się ocena 4 podskal punktowanych maksymalnie do 50 punktów.	Buhagiar 2019, Harvey 2014
SF36	Kwestionariusz SF-36 jest narzędziem ogólnym do pomiaru zależnej od stanu zdrowia jakości życia. Kwestionariusz SF-36 może być stosowany u osób powyżej 18 roku życia, zdrowych oraz z różnymi schorzeniami. Składa się z 36 pytań w 11 kategoriach, które pozwalają wyróżnić 8 aspektów jakości życia. Po przeliczeniu punktów ze wszystkich 8 kategorii uzyskuje się wynik w postaci 100-punktowej skali od 0 do 100, gdzie wyższa punktacja oznacza lepszą jakość życia.	Buhagiar 2019, Henderson 2017, Li 2017, Ni 2016, Wang 2016, McDonald 2014
VAS	Analogowa, wizualna skala oceny bólu jest narzędziem umożliwiającym określenie nasilenia bólu. Cyklicznie powtarzane pomiary intensywności bólu za pomocą skali VAS (Visual Analog Scale) umożliwiają ocenę skuteczności leczenia przeciwbólowego. Skala ma postać linijki o długości 10 cm. Pacjent wskazuje palcem lub suwakiem nasilenie bólu od 0 - zupełny brak bólu do 10 - najsilniejszy wyobraźalny ból. Stosuje się również zmodyfikowane skale.	Henderson 2017, Li 2017, Harvey 2014, McDonald 2014, Baillet 2011
KSS	Skala KSS służy do oceny funkcji kolana i składa się z dwóch części. Pierwszą część dotyczy oceny funkcji kolana, druga stanowi kwestionariusz dla pacjenta dotyczących samodzielności. W każdej części skali pacjent może otrzymać od 0 do 100 punktów.	Henderson 2017
KOOS	Skala oceny kolana KOOS została zaprojektowana zarówno do oceny uszkodzeń stawu kolanowego, do oceny rozwoju choroby zwyrodnieniowej będącej wynikiem wcześniejszych urazów (uszkodzenia łąkotek, więzadeł krzyżowych, uszkodzeń chrząstek stawowych), jak również do oceny postępów w leczeniu kolana. Skala KOOS składa się z pięciu rozdziałów obejmujących ocenę: (1) bólu, (2) objawów, (3) aktywności codziennej, (4) aktywności sportowej i rekreacyjnej oraz (5) jakości życia. Wynik oblicza się osobno dla każdego rozdziału zagadnień. Uzyskanie 100 punktów wskazuje na brak objawów, zaś wartość zerowa świadczy o występowaniu objawów o nasileniu ekstremalnym.	Li 2017
6MWT	6-minutowy test marszowy jest testem samodzielnym, wykonywanym w celu określenia dystansu jaki pacjent może przejść po płaskim, twardym podłożu w określonym czasie (6 minut). Test 6-minutowy można wykonywać zarówno na zewnątrz jak i wewnątrz pomieszczeń, wzdłuż powierzchni długich, płaskich i twardych. Jednostką wyniku otrzymanego po przeprowadzeniu testu jest m.	Buhagiar 2019, Gillis 2018, Luo 2017, Ni 2016
Test sit-to-stand	Test Five Time Sit to Stand (FTSST, 5×STS) jest prostym testem służącym ocenie siły mięśniowej kończyn dolnych oraz równowagi. Zadaniem pacjenta jest pięć razy jak najszybciej wstać i usiąść na krześle (wysokość 46 cm) z rękoma skrzyżowanymi na klatce piersiowej. Badający mierzy czas od momentu wstania z krzesła do momentu kiedy pacjent usiądzie na nim piąty raz.	Chen 2017
Spielberger State-Trait Anxiety Index	Kwestionariusz STAI składa się z dwóch części zawierających po 20 stwierdzeń każda. Za pomocą pierwszej części STAI (X-1) można badać poziom lęku traktowanego jako aktualny stan emocjonalny. Część druga STAI (X-2) dotyczy lęku rozumianego jako cecha osobowości. Osoba badana ustosunkowuje się do każdego stwierdzenia, wybierając jedną z czterech możliwości. Wartości punktowe dla każdej części kwestionariusza mogą wahać się od 20 do 80 punktów. Wysokie wartości punktowe oznaczają wyższy poziom lęku.	McDonald 2014
Skala Barthel	Skala Barthel służy ocenie poziomu sprawności funkcjonalnej jest skala Barthel (Index Barthel). Ocenia ona 10 czynności takie jak: spożywanie posiłków, przemieszczanie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, mycie/kąpiel całego ciała, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, ubieranie się i rozbieranie, kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu, kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego. Każdej czynności można przypisać wynik 0 lub 5 lub dodatkowo 10 lub 15. Wyższy wynik oznacza większą sprawność.	McKelvie 2018

Skala	Opis	Badanie/przegląd
ADL Katz	Narzędzie służy do oceny sprawności funkcjonalnej w zakresie czynności życia codziennego. Zawiera ono sześć pytań dotyczących stopnia samodzielności przy czynnościach takich jak kąpiel, ubieranie się, toaleta, kontrolowanie zwieraczy, spożywanie posiłków i poruszanie się. Każdej czynności można przypisać wynik 1, 0,5 lub 0. Niski wynik uzyskany w ocenie świadczy o niezdolności do samodzielnego funkcjonowania.	McKelvie 2018
EORTC-QLQ-30	Kwestionariusz EORTC QLQ C30 to specyficzny kwestionariusz jakości życia związanej ze zdrowiem przeznaczony dla pacjentów onkologicznych. Kwestionariusz zawiera pięć skal oceniających stan funkcjonalny, odnoszących się do: funkcjonowania fizycznego, pełnienia ról społecznych, funkcjonowania emocjonalnego, pamięci i koncentracji funkcjonowania społecznego (28 pytań, 1–4 punkty, wyższy wynik oznacza gorszą jakość życia), a także skalę ogólnej oceny stanu zdrowia/jakości życia (2 pytania, 7-punktowa skala, wyższy wynik oznacza lepszą jakość życia).	Lin 2016, Ni 2016
Health Assessment Questionnaire (HAQ)	HAQ jest kwestionariuszem służącym ocenie zdrowia między innymi w reumatoidalnym zapaleniu stawów. Kwestionariusz ten jest czułym wskaźnikiem, który można stosować w badaniach klinicznych i do szacowania umieralności. Dzięki niemu można ocenić nie tylko upośledzenie czynnościowe pacjenta, ale też ogólny stan jego zdrowia. Wypełniany przez pacjenta kwestionariusz składa się z 20 pytań podzielonych na 8 sekcji. Pacjent jest proszony o ocenę w 4-punktowej skali trudności w wykonywaniu opisanych czynności. W wyliczeniach bierze się pod uwagę najwyższe punktowane pytanie z każdej sekcji. Następnie zsumowane wyniki z 8 sekcji dzielone są przez 8. Końcowa punktacja zawiera się w przedziale od 0 (brak upośledzenia czynnościowego) do 3.	Bailler 2011
Indeks Ritchie	We wskaźniku Ritchie określa się w punktach liczbę zajętych stawów i stopień aktywności choroby. Współczynnik stawowy Ritchiego to punktowa skala oceny bolesności stawów, używana m. in. do obliczenia indeksu aktywności choroby w reumatoidalnym zapaleniu stawów	Baillet 2011
FACT-G	Ogólny formularz FACT (FACT-G, general) zawiera 27 pytań dotyczących 4 obszarów jakości życia: dobrostanu fizycznego, społecznego lub rodzinnego, emocjonalnego i czynnościowego. Nasilenie poszczególnych cech w ciągu ostatniego tygodnia jest oceniane przez chorego w 5-stopniowej skali opisowej (od braku w ogóle do bardzo znacznego), a poszczególnym stopniom są przypisywane punkty (0–4).	Lin 2016
MFSI-SF	Kwestionariusz ten służy do oceny zmęczenia. Składa się on z 30 twierdzeń o charakterze samoopisowym, dotyczących ostatnich siedmiu dni, których trafność oceniana jest w pięciostopniowej skali punktowanej od 0 do 4 (od „twierdzenie nie odpowiada” do „bardzo dobrze odpowiada” samopoczuciu). Odpowiednio zsumowane punkty pozwalają ocenić poszczególne wymiary zmęczenia.	Lin 2016
Test „Timed up and go”	Test „wstań i idź” (TUG test – timed „up and go” test) to narzędzie skupiające się na ocenie dwóch podstawowych funkcji dnia codziennego: przejścia z pozycji siedzącej do stojącej oraz marszu na krótkim dystansie. Osobom sprawnym wykonanie testu powinno zająć około 10 sekund, zniezdolniałym co najmniej 20 sekund. Zwiększone ryzyko upadków występuje u osób z wynikiem powyżej 14 sekund.	Diong 2015, Rau 2007
Skala równowagi Berga	Skala składa się z 14 prób o różnym stopniu trudności ocenianych w skali od 0 do 4 punktów. Oceniana jest między innymi samodzielność i jakość wykonywanych zadań w zakresie czynności zbliżonych do codziennych zadań pacjenta takich jak: wstawanie i siadanie z krzesła, utrzymywanie pozycji przy stopach rozstawionych, złączonych, pozycji tandem i stania na 1 nodze, sięganie przedmiotu z podłogi, wychylenie w przód. Końcowa punktacja wynosi od 0 do 56 punktów.	Diong 2015
GLTEQ	Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire jest kwestionariuszem oceniającym codzienną aktywność fizyczną pacjenta. Pacjent jest proszony o wypełnienie czteropozycyjnej ankiety dotyczącej nawyków ćwiczeń w czasie wolnym. W wyniku brana jest pod uwagę częstotliwość i intensywność ćwiczeń. Ćwiczenia o wysokiej intensywności przyjmują mnożnik 9, te o średniej 5, a o niskiej 3. Interpretacja wyników jest następująca: >24 pkt – wysoka aktywność, 14–23 pkt – średnia aktywność, <14 – mała aktywność.	Lin 2016
Oxford Knee Score	Oxford Knee Score (OKS) jest miarą wyników zgłaszanych przez pacjentów stworzoną w celu szczegółowej oceny wyników całkowitej wymiany stawu kolanowego. Kwestionariusz OKS składa się z 12 pytań dotyczących funkcjonowania i bólu kolana. Każde pytanie jest oceniane od 0 do 4 pkt (0 oznacza najgorszy wynik, a 4 najlepszy). Ogólny wynik jest sumą wszystkich pytań i może wynosić od 0 do 48 pkt. Wyższy wynik oznacza lepszy efekt zabiegu.	Buhagiar 2019, Li 2017
FACIT-F	Kwestionariusz zmęczenia FACIT został opracowany w celu oceny zmęczenia związanego z niedokrwistością. Do oceny funkcjonalnej terapii raka ogólnego dodano trzynaście pytań związanych ze zmęczeniem (zmęczenie FACIT), aby stworzyć kwestionariusz FACIT-F. Odpowiedzi na 13 pozycji kwestionariusza zmęczenia FACIT są mierzone w 4-punktowej skali Likerta. Łączny wynik kwestionariusza wynosi od 0 do 52 pkt. Wysokie wyniki oznaczają mniejsze zmęczenie.	Lin 2016
50FWT	50-Foot Timed Walk (50FTW) jest powszechną oceną chodu w badaniach z udziałem osób z chorobą reumatyczną lub chorobą zwyrodnieniową stawów. 50 stóp to prawie 15,24 metra, dlatego 50FWT stanowi kompromis między oceną skuteczności chodzenia na krótkich	Baillet 2011

Skala	Opis	Badanie/przeгляд
	dystansach, takich jak 8 lub 10 metrów, a długimi dystansami, takimi jak w 6-minutowym teście marszu.	
Wskaźnik zdolności lokomotorycznej	LCI jest specyficznym dla choroby, samodzielnym instrumentem do oceny zdolności ruchowych ogólnie uważanym za niezbędny w zakresie podstawowych i zaawansowanych czynności życia codziennego osób po amputacji kończyn dolnych i czynnikiem wspomagającym związanym z długotrwałym stosowaniem protez. Składa się z 14 pytań (sformułowanych jako „Czy powiedziałbyś, że jesteś w stanie wykonać następujące czynności z protezą?”) związanych z różnymi czynnościami lokomotorycznymi i wybranymi głównie z klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia dotyczącej niepełnosprawności lokomotorycznej. Czteropoziomowa skala porządkowa (0–3 punkty; od „niezdolny” do „zdolny do samodzielnego wykonania czynności”) ocenia stopień postrzeganej przez osobę niezależności podczas wykonywania każdej z 14 czynności podczas noszenia protezy. Wyższe wyniki odzwierciedlają większe możliwości lokomotoryczne z protezą i mniejszą zależność od pomocy.	Rau 2007
ICSmale SF	Kwestionariusz ICS male SF jest przeznaczony do oceny występowania objawy ze strony dolnych dróg moczowych. Kwestionariusz zawiera domeny w zakresie objawów związanych z opróżnianiem pęcherza moczowego (ang. voiding symptoms) (5 pytań) i w zakresie objawów nietrzymania moczu (6 pytań). Odpowiedzi zaprojektowano za pomocą pięciopunktowej skali typu Likerta, gdzie niższy stopień reprezentował lepszy stan.	Steffens 2018
Skala IADL wg Lawtona (27 punktowa)	Skala Lawtona, zwana jest inaczej IADL (ang. Instrumental Activities of Daily Living – Skala Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego). Takie badanie wykonuje się w momencie, kiedy w poprzedniej ocenie (dokonanej na przykład na podstawie skali Katza) badany otrzymał wysoką ocenę, co oznacza, że jest on samodzielny w wykonywaniu codziennych czynności. Za wykonanie każdej z tych aktywności przyznaje się punkty: od 3 (pełna samodzielność) do 1 (badany całkowicie nie radzi sobie z wykonywaniem tej czynności). Maksymalna liczba przyznanych punktów wynosi 24. Ogólna liczba ma znaczenie nie tylko w związku z konkretnym pacjentem, a jej spadek wskazuje na pogorszenie się stanu ogólnego osoby, która została poddana badaniu.	-

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

6. Projekty świadczeń

Analiza powyżej zaprezentowanych danych, w tym w szczególności wytycznych postępowania, pozwoliła na wyodrębnienie następujących świadczeń:

1. Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej:

- 1) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna.

2. Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej:

- 1) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna,
- 2) Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym.

3. Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej:

- 1) Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego, tkanki łącznej i innymi schorzeniami.

4. Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej:

- 1) Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy,
- 2) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami.

Szczegółowy opis świadczeń zawiera załącznik nr 1.

Natomiast porównanie proponowanych świadczeń z obecnie obowiązującymi zawiera załącznik nr 2.

Zaprojektowane świadczenia rehabilitacyjne zostały zróżnicowane pod kątem profilu i populacji pacjentów, poziomu opieki, poziomu i rodzaju interwencji terapeutycznych i medycznych realizowanych na rzecz danej populacji pacjentów.

Poziomy opieki zostały zaproponowane w oparciu o obecnie funkcjonujące w rozporządzeniu z zakresu rehabilitacji leczniczej tj. stacjonarny, dzienny, ambulatoryjny i domowy.

Zakłada się, iż wpisanie proponowanych świadczeń w istniejący podział poziomów ich udzielania (od stacjonarnych po domowy), umożliwi wykorzystanie istniejących zasobów świadczeniodawców.

Poniżej przedstawiono zestawienie obecnych poziomów opieki i świadczeń.

Tabela 89. Świadczenia obowiązujące i planowane z uwzględnieniem poziomów opieki

Poziom opieki	Świadczenia obowiązujące	Świadczenia planowane
Stacjonarny/domowy	Świadczenia w rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych	Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna
Dzienny	Świadczenia w rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach ośrodka/oddziału dziennego, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna ✓ Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym
Ambulatoryjny	W ramach fizjoterapii ambulatoryjnej są realizowane: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Wizyta fizjoterapeutyczna, ✓ Zabiegi fizjoterapeutyczne w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej. 	Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego, tkanki łącznej i innymi schorzeniami
Domowy	W ramach fizjoterapii domowej są realizowane: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Wizyta fizjoterapeutyczna lub porada lekarska, ✓ Zabiegi fizjoterapeutyczne w zakresie fizjoterapii domowej 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy. ✓ Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

6.1. Szczegółowy opis proponowanych zmian dla poszczególnych poziomów opieki

6.1.1. Poziom opieki stacjonarny – kompleksowa rehabilitacja stacjonarna

Zdefiniowane problemy: głównym zdiagnozowanym problemem jest brak kryteriów kwalifikacji do rehabilitacji, w związku z czym na oddział mogą trafiać pacjenci w różnym stanie klinicznym i funkcjonalnym. Rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna, podobne jak w przypadku innych zakresów rehabilitacji stacjonarnej, powinna być przeznaczona dla pacjentów, którzy wymagają całodobowej opieki i stałego kontaktu z personelem medycznym. Dodatkowo z opinii eksperckich wynika, iż stała wycena świadczeń nieuwzględniająca „ciężkości” stanu pacjenta w konsekwencji prowadzi do preferowania pacjentów o niskich potrzebach rehabilitacyjnych. Z danych sprawozdawczych NFZ wynika, iż w 2017 r. procedury wg ICD-9 inne niż fizjoterapeutyczne stanowiły ok. 6,5 % wszystkich procedur w ujęciu krotności sprawozdania.

Świadczenia w rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach stacjonarnych, są opisane w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie rehabilitacji leczniczej wyłącznie poprzez wskazanie ogólnych warunków realizacji świadczeń (wymaganego personelu, pomieszczeń czy czasu trwania). Brak jest wyodrębnionego wykazu jednostek chorobowych wg klasyfikacji ICD-10 oraz procedur medycznych wg klasyfikacji ICD-9.

Niska dostępność do świadczeń, z uwagi duże kolejki osób oczekujących na udzielenie świadczenia. Tabela poniżej prezentuje zdefiniowane problemy związane z realizacją świadczeń stacjonarnych.

Tabela 90. Zdefiniowane problemy związane z realizacją świadczeń stacjonarnych.

Nazwa świadczenia – stan aktualny	Charakterystyka pacjentów	Zdefiniowany problem	Projekty nowych świadczeń - stan docelowy	Charakterystyka pacjentów – stan docelowy*
Świadczenia w rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych	Opis: – pacjent bez określonego stanu klinicznego czy funkcjonalnego – jedynie na poziomie rozliczeń z NFZ zostały wyodrębnione produkty JGP dla pacjentów po zabiegach, po leczeniu zachowawczym, z chorobami przewlekłymi, w tym neurologicznymi, ale bez oceny jego stanu funkcjonalnego	– brak zdefiniowanych kryteriów kwalifikacji, w tym w oparciu o stan funkcjonalny – wycena świadczeń nieuwzględniająca „ciężkości” stanu pacjenta (w konsekwencji preferowani są pacjenci z niskim ryzykiem)	Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna	Opis: – pacjent po ostrym incydencie chorobowym (wentyl bezpieczeństwa) leczonym w oddziale leczenia ostrej fazy choroby, – stan funkcjonalny pacjenta oceniany w oparciu o skale medyczne: Rankina, MRC czy IADL – pacjent częściowo uzależniony w czynnościach życia codziennego od pomocy stałej lub czasowi osób trzecich
	Liczba pacjentów: ok. 140 tys.			Docelowa populacja Zmiana specyfiki potrzeb rehabilitowanych pacjentów bez zmiany ogólnej liczby pacjentów rehabilitowanych tzn. zwiększenie dostępności dla pacjentów „ostrych” wymagających stacjonarnej rehabilitacji

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Uzasadnienie zmiany:

Odpowiedzią na zdefiniowane problemy jest uściślenie charakterystyki pacjentów poprzez określenie grupy problemów zdrowotnych, ale przede wszystkim w oparciu o stan funkcjonalny pacjenta. Celem tak opisanego pacjenta jest założenie koncepcyjne, aby stacjonarna rehabilitacja dostępna była pacjentom wymagającym kompleksowego świadczenia zarówno pod kątem potrzeb terapeutycznych oraz leczniczo-pielęgniarskich. Założono, iż pacjent niespełniający kryteriów kwalifikacji zostanie przekierowany przede wszystkim do poziomu w ośrodku dziennym i poziomym domowego.

Wyodrębniona populacja na podstawie grupy problemów zdrowotnych/schorzeń:

- 1) ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanki łącznej,
- 2) ze schorzeniami innych układów ciała, w tym m.in. z:
 - nowotworami,
 - chorobami krwi,
 - chorobami układu pokarmowego,
 - chorobami układu moczowo-płciowego,
 - chorobami skóry i tkanki podskórnej,
 - wadami wrodzonymi.

Opis świadczeń zawarty jest w tabeli poniżej.

Tabela 91. Opis świadczeń w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej		
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna	Kryteria włączenia	Opis włączenia 1. Pacjenci spełniający łącznie 5 kryteriów: 1) potrzeba realizacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej oraz 2) ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej lub schorzeniami innych układów ciała, w tym z: – nowotworami,

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej

		<ul style="list-style-type: none"> - chorobami krwi, - chorobami układu pokarmowego, - chorobami układu moczowo-płciowego, - chorobami skóry i tkanki podskórnej, - wadami wrodzonymi; <p>3) stan funkcjonalny według skali opartej na skali MRC (Clinical grading scale) - 3-7 stopni, oraz</p> <p>4) stan funkcjonalny według zmodyfikowanej skali Rankina 3-5 lub skali IADL wg Lawtona (27-punktowa skala) <19, oraz</p> <p>5) po leczeniu operacyjnym - w okresie do 12 tygodni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, lub po leczeniu zachowawczym w oddziale ostrej fazy choroby – lub do 6 tygodni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby.</p> <p>2. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie tj. 12 lub 6 tygodni, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas przyjęcia może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia, jednak nie dłużej niż do 12 tygodni.</p> <p>3. W przypadku pacjenta niespełniającego kryteriów kwalifikacji, ale którego stan kliniczny lub funkcjonalny stanowi wskazanie do tej formy rehabilitacji, dopuszcza się możliwość zakwalifikowania do świadczeń przez lekarza oddziału kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).</p>
		<p>Opis dodatkowy</p> <p>1. Możliwość osiągnięcia celu terapeutycznego w warunkach stacjonarnych niemożliwych do osiągnięcia w innych warunkach rehabilitacji leczniczej – potwierdzona w trakcie kwalifikacji wstępnej.</p> <p>2. Kwalifikację wstępną do świadczenia prowadzi lekarz z oddziału stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) w trakcie pobytu pacjenta w oddziale leczącym ostrą fazę choroby, lub 2) niezwłocznie od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza oddziału. <p>3. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lub wskazaniem innych warunków kontynuacji leczenia, lekarz oddziału przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.</p>
<p>Kryteria wyłączenia</p>		<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <p>1. Osiągnięcie celu terapeutycznego,</p> <p>2. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”,</p> <p>3. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</p>
<p>Etapy udzielania świadczeń</p>		<p>1. Etapy udzielania świadczeń:</p> <p>1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego poradę kwalifikacyjną: c) konsultację logopedyczną, lub d) konsultację psychologiczną, lub e) konsultację terapeuty zajęciowego, lub f) konsultację dietetyka. <p>2) etap II – terapia i opieka - obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz b) opiekę pielęgniarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej cztery profile interwencji terapeutycznej, realizowane w trybie przed- i popołudniowym: <ul style="list-style-type: none"> - profil fizjoterapeutyczny - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów przez co najmniej 6 dni w tygodniu, średnio w trakcie pobytu 90 minut dziennie: <ul style="list-style-type: none"> • fizjoterapia indywidualna, • funkcjonalny trening medyczny, oraz - inne profile - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów przez co najmniej 5 dni w tygodniu: <ul style="list-style-type: none"> • profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna, lub • profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna, lub • profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa – średnio w trakcie pobytu 60 minut dziennie, lub • profil dietetyczny – interwencja: edukacja dietetyczna.

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej

		<p>d) dobór i nauka korzystania z wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi,</p> <p>3) dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej i sprawozdawczości).</p> <p>2. Edukacja pacjenta w zakresie samoopieki, poradnictwa i instruktażu w zakresie samodzielnego wykonywania ćwiczeń, zaleceń terapeutycznych, korzystania ze sprzętu lub wyrobów medycznych, w tym w warunkach domowych, prowadzona przez personel medyczny w ramach kompetencji.</p> <p>3. Przeprowadzanie badań lub testów funkcjonalnych lub badań laboratoryjnych lub innych diagnostycznych.</p> <p>4. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <p>1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali, która została użyta jako kryterium kwalifikacji do świadczenia, lub za pomocą skali lub innych narzędzi opisu stanu funkcjonalnego pacjenta, w tym z wykorzystaniem ICF,</p> <p>2) na każde 14 dni pobytu co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz</p> <p>3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii.</p>
Ramy czasowe realizacji świadczeń	<p>1. Czas trwania rehabilitacji w oddziale stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza oddziału, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, oraz wynosi od 14 do 42 dni kalendarzowych.</p> <p>2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji powyżej 14 dni kalendarzowych, realizowanej w oddziale stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej, może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego.</p> <p>3. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji realizowanej w oddziale stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej, powyżej 42 dni kalendarzowych, może zostać przedłużony na wniosek lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p>	
Świadczenia towarzyszące	<p>1. Leczenie żywieniowe dojelitowe dietą przemysłową i pozajelitowe realizowane procedurami ICD-9: 99.152 Częściowe żywienie pozajelitowe 99.153 Całkowite żywienie pozajelitowe 99.87 Żywienie dojelitowe Kwalifikacja i leczenie żywieniowe dojelitowe lub pozajelitowe pacjenta w stacjonarnej rehabilitacji leczniczej, odbywają się na zasadach określonych w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.</p> <p>2. Leczenie odleżyń (IV i V stopnia) - L89 Owrzodzenie odleżynowe realizowane procedurami ICD-9: 91.81 Badanie m kroskopowe materiału z innych miejsc - rozmaz bakterii 91.82 Badanie m kroskopowe materiału z innych miejsc - posiew 91.83 Badanie m kroskopowe materiału z innych miejsc - posiew i antybiogram 93.57 Założenie opatrunku na ranę - inne*</p>	
Miejsce realizacji świadczeń	Zgodnie z opisem warunków w oddziale stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej.	
Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe		
Personel medyczny		
Dodatkowe warunki	<p>1. Świadczeniodawca uwzględni zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).</p> <p>2. Po zakończeniu rehabilitacji realizowanej w warunkach stacjonarnych, wraz z opisem stanu pacjenta oraz zaleceniami co do dalszego postępowania leczniczego, pacjent w ramach kontynuacji może być kierowany do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.</p> <p>3. Świadczeniodawca zapewnia dostęp do zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi (wykonywane indywidualnie lub seryjnie).</p>	
Kryteria usieciowienia	Kryteria populacyjne	brak informacji

* Wprowadzenie dodatkowego świadczenia towarzyszącego: leczenie odleżyń (IV-V stopnia) wymaga decyzji Ministra Zdrowia

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej			
	(kontraktowania)	Kryteria terytorialne	brak informacji
Wskaźniki monitorowania bezpieczeństwa oraz skuteczności diagnostyki i leczenia		<p>Wskaźniki dotyczące jakości struktury i procesu</p> <p>1) Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji ogólnoustrojowej bezpośrednio po wypisie z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób przyjętych do rehabilitacji ogólnoustrojowej; - średni czas i mediana czasu przyjęcia na rehabilitację od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, - wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji ogólnoustrojowej pomimo niespełniania kryteriów włączenia do rehabilitacji, na podstawie decyzji lekarza oddziału kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej, <p>2) Długość trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową stacjonarną, - wskaźnik liczby osób wyłączonych z rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową stacjonarną, - wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do innych zakresów rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową stacjonarną, - wskaźnik zdarzeń niepożądanych (m.in. zgony, rehospitalizacje, inne zdarzenia wpływające na przebieg terapii) w trakcie rehabilitacji ogólnoustrojowej do ogólnej liczby osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową stacjonarną, <p>3) Liczba i rodzaj realizowanych interwencji:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wskaźnik liczby osób, u których zmniejszono intensywność terapii, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową stacjonarną, - wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano w trakcie pobytu na rehabilitacji ogólnoustrojowej interwencje: psychologiczne, logopedyczne, terapii zajęciowej i dietetyczne. <p>Wskaźniki dotyczące efektów leczenia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - wskaźnik zmiany wartości skal lub testów funkcjonalnych określanych dla pacjenta na początku i na końcu terapii, w liczbach bezwzględnych, - wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową stacjonarną, - wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel w poszczególnych interwencjach terapeutycznych (psychologicznych, logopedycznych, terapii zajęciowej, dietetycznych), do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową stacjonarną, - wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników w testach funkcjonalnych, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową stacjonarną. 	
Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców		<ol style="list-style-type: none"> 1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji. 4. Raportowanie o przyjęciach pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do świadczeń 5. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów/skal służących do oceny stanu pacjenta. 	

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Dodatkowe warunki dla wszystkich świadczeń:

Świadczeniodawca uwzględnia zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).

6.1.2. Poziom opieki dzienny – kompleksowa rehabilitacja dzienna

Zdefiniowane problemy: głównym zdiagnozowanym problemem jest brak kryteriów kwalifikacji do rehabilitacji, w związku z czym do ośrodka mogą trafiać pacjenci w różnym stanie funkcjonalnym oraz różnymi potrzebami rehabilitacyjnymi tj. pacjenci którzy nie wymagają w trakcie leczenia wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego (np. psychologa, terapeuty zajęciowego) i mogą korzystać ze świadczeń ambulatoryjnych. Z danych sprawozdawczych NFZ wynika, iż w 2017 r. procedury wg ICD-9 inne niż fizjoterapeutyczne stanowiły ok. 2,4 % wszystkich procedur w ujęciu krotności sprawozdania. Rehabilitacja w ośrodku dziennym, powinna być przeznaczona dla pacjentów, „ostrzych” którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do stacjonarnej rehabilitacji i wymagają kompleksowości w usprawnianiu.

Niska dostępność do świadczeń, z uwagi duże kolejki osób oczekujących na udzielenie świadczenia.

Tabela 92. Zdefiniowane problemy związane z realizacją świadczeń dziennych.

Nazwa świadczenia – stan aktualny	Charakterystyka pacjentów	Zdefiniowany problem	Projekty nowych świadczeń - stan docelowy	Charakterystyka pacjentów – stan docelowy*
Świadczenia w rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach ośrodka/oddziału dziennego, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu	Opis: – Każdy pacjent po ostrym incydencie chorobowym i w stanie przewlekłym – Każdy pacjent bez zróżnicowania czy wymaga kompleksowości w leczeniu czy wyłącznie fizjoterapii	– Brak zdefiniowanych kryteriów kwalifikacji – Brak zdefiniowanych świadczeń – Niska dostępność – długie kolejki – Obecnie w bardzo małym procencie - 2,4%, realizowane są procedury inne niż fizjoterapeutyczne	– Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna – Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym	Opis: – Pacjent po ostrym incydencie chorobowym, – Pacjent po leczeniu w rehabilitacji stacjonarnej – Pacjent z chorobą przewlekłą – np. obrzękiem limfatycznym, w tym po zaostrzeniu
	Liczba pacjentów: ok. 170 tys.			Docelowa populacja Zmiana specyfiki potrzeb rehabilitowanych pacjentów bez zmiany ogólnej liczby pacjentów rehabilitowanych tzn. zwiększenie dostępności dla pacjentów „ostrych” wymagających kompleksowej rehabilitacji

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Uzasadnienie zmiany:

Odpowiedzią na zdefiniowane problemy jest założenie, iż w ramach ośrodka dziennego będą realizowane świadczenia dla tej samej populacji (w ujęciu klinicznych tych samych grup problemów zdrowotnych), jak w warunkach stacjonarnych. Jednocześnie stan funkcjonalny tych pacjentów nie kwalifikuje ich do poziomu stacjonarnego, a wymagają kompleksowego – wielodyscyplinarnego leczenia rehabilitacyjnego. Dodatkowo wyodrębnione zostały świadczenia dla pacjentów z obrzękami limfatycznymi, przede wszystkim w związku ze specyfiką realizowanych interwencji oraz wymaganych kompetencji personelu i zasobów sprzętowych. Celem tak opisanego pacjenta jest założenie koncepcyjne, aby dzienna rehabilitacja dostępna była pacjentom wymagającym kompleksowego świadczenia zarówno pod kątem potrzeb terapeutycznych oraz leczniczo-pielęgnacyjnych. Założono, iż pacjent niespełniających kryterium kompleksowości potrzeb przekierowany do fizjoterapii ambulatoryjnej.

Wyodrębniona populacja na podstawie grupy problemów zdrowotnych/schorzeń:

- 1) ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanki łącznej, lub ze schorzeniami innych układów ciała, w tym z:
 - nowotworami,
 - chorobami krwi,
 - chorobami układu pokarmowego,
 - chorobami układu moczowo-płciowego,
 - chorobami skóry i tkanki podskórnej,
 - wadami wrodzonymi.
- 2) z obrzękiem limfatycznym

Opis świadczeń zawarty jest w tabeli poniżej.

Tabela 93. Opis świadczeń w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej.

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej		
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym	Kryteria włączenia	<p>Opis włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> Pacjenci spełniający łącznie 2 kryteria: <ol style="list-style-type: none"> potrzeba realizacji rehabilitacji w ośrodku dziennym potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z ośrodka rehabilitacji dziennej, obrzęk limfatyczny. Stan zdrowia pacjenta wymagający udziału w procesie rehabilitacji minimum trzech członków zespołu terapeutycznego (w tym lekarza i fizjoterapeuty) - na podstawie kwalifikacji wstępnej. <p>Opis dodatkowy</p> <ol style="list-style-type: none"> Kwalifikacja wstępna przed przyjęciem do ośrodka odbywa się niezwłocznie od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza ośrodka, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz ośrodka przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.
	Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> Osiągnięcie celu terapeutycznego. Poprawa stanu kliniczno/funkcjonalnego powodująca brak konieczności udziału w rehabilitacji minimum 3 członków zespołu terapeutycznego. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.
	Opis klasyfikacji	<ol style="list-style-type: none"> Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz konsultację fizjoterapeutyczną, oraz zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego poradę kwalifikacyjną; konsultację psychologiczną, lub konsultację terapeuty zajęciowego; etap II – terapia i opieka - obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz opiekę pielęgniarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej dwa profile interwencji (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów): <ul style="list-style-type: none"> profil fizjoterapeutyczny - fizjoterapia indywidualna, funkcjonalny trening medyczny - czas trwania średnio w trakcie pobytu (cyklu) 120 minut dziennie, oraz profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna lub interwencja kryzysowa – czas trwania 30 minut w dniu zabiegowym, lub profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa - czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz dobór i nauka korzystania z wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi, dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej i sprawozdawczości). Edukacja pacjenta w zakresie samoopieki, poradnictwa i instruktażu w zakresie samodzielnego wykonywania ćwiczeń, zaleceń terapeutycznych, korzystania ze sprzętu lub wyrobów medycznych, w tym w warunkach domowych, prowadzona przez personel medyczny w ramach kompetencji. Przeprowadzanie badań lub testów funkcjonalnych lub badań laboratoryjnych lub innych diagnostycznych. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej

	<ol style="list-style-type: none"> 1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali lub innych narzędzi opisu stanu funkcjonalnego pacjenta, w tym z wykorzystaniem ICF, 2) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz 3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii. 	
Ramy czasowe realizacji świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1. Czas trwania rehabilitacji w ośrodku kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza ośrodka, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż 20 dni zabiegowych w roku kalendarzowym. 2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem funkcjonalnym, czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. 	
Miejsce realizacji świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zgodnie z opisem warunków w ośrodku kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej. 	
Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wyposażenie wymagane zgodnie z opisem warunków ośrodka kompleksowej rehabilitacji dziennej. 2. Dodatkowe warunki wymagane w miejscu: <ol style="list-style-type: none"> 1) aparat do przerywanej kompresji pneumatycznej, 2) bandaże, 3) rękawice i nogawice. 	
Personel medyczny	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zgodnie z opisem warunków ośrodka kompleksowej rehabilitacji dziennej. 2. Przynajmniej jeden fizjoterapeuta z udokumentowanym doświadczeniem w pracy z pacjentami z obrzękiem limfatycznym. 	
Dodatkowe warunki	<ol style="list-style-type: none"> 1. Świadczeniodawca uwzględni zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.). 2. Dodatkowo wymagane jest zapewnienie dostępu do badania limfoscycygrafii. 3. Świadczeniodawca zapewnia dostęp do zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi (wykonywane indywidualnie lub seryjnie). 	
Kryteria usieciowienia (kontraktowania)	Kryteria populacyjne	brak informacji
	Kryteria terytorialne	brak informacji
Wskaźniki monitorowania bezpieczeństwa oraz skuteczności diagnostyki i leczenia	<p>Wskaźniki dotyczące jakości struktury i procesu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej: <ul style="list-style-type: none"> - wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji ogólnoustrojowej bezpośrednio po wypisie z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z rehabilitacji stacjonarnej lub po leczeniu w poradni leczącej ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób przyjętych do rehabilitacji ogólnoustrojowej; - średni czas i mediana czasu przyjęcia na rehabilitację od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału rehabilitacji stacjonarnej lub pacjent po leczeniu w poradni leczącej ostrą fazę choroby, 2. Długość trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej: <ul style="list-style-type: none"> - wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową dzienną, - wskaźnik liczby osób wyłączonych z rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową dzienną, - wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do innych zakresów rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową dzienną, - wskaźnik zdarzeń niepożądanych (m.in. zgony, rehospitalizacje, inne zdarzenia wpływające na przebieg terapii) w trakcie rehabilitacji ogólnoustrojowej do ogólnej liczby osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową dzienną, 3. Liczba i rodzaj realizowanych interwencji: <ul style="list-style-type: none"> - wskaźnik liczby osób, u których zmniejszono intensywność terapii, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową dzienną, - wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano w trakcie pobytu na rehabilitacji ogólnoustrojowej interwencje: psychologiczne, logopedyczne, terapii zajęciowej i dietetyczne. <p>Wskaźniki dotyczące efektów leczenia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - wskaźnik zmiany wartości skal lub testów funkcjonalnych określanych dla pacjenta na początku i na końcu terapii, w liczbach bezwzględnych, - wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową dzienną, 	

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej		
		<ul style="list-style-type: none"> - wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel w poszczególnych interwencjach terapeutycznych (psychologicznych, logopedycznych, terapii zajęciowej, dietetycznych), do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową dzienną, - wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników w testach funkcjonalnych, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową dzienną.
	Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie jednostkowych interwencji o zmniejszonej intensywności terapii. 3. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 4. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji. 5. Raportowanie o pacjentach, u których zmniejszono intensywność terapii, 6. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów/skał lub innych narzędzi służących do oceny stanu pacjenta.
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna	Kryteria włączenia	<p>Opis kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacjenci spełniający łącznie 3 kryteria: <ol style="list-style-type: none"> 1) potrzeba realizacji rehabilitacji w ośrodku dziennym potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji do rehabilitacji przeprowadzonej przez lekarza z ośrodka rehabilitacji dziennej, 2) ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego lub schorzeniami innych układów ciała, w tym z: <ol style="list-style-type: none"> a) nowotworami, b) chorobami krwi, c) chorobami układu pokarmowego, d) chorobami układu moczowo-płciowego, e) chorobami skóry i tkanki podskórnej, f) wadami wrodzonymi. 3) pacjenci w okresie do 30 dni od dnia zakończenia leczenia - po przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego: <ol style="list-style-type: none"> a) w oddziale leczenia ostrej fazy choroby, lub b) w rehabilitacji stacjonarnej – w ramach kontynuacji leczenia, lub c) wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby. 2. W przypadku wystąpienia, w ww. wymienionym okresie tj. w ciągu 30 dni, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas rozpoczęcia terapii może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia. 3. W przypadku pacjenta niespełniającego kryteriów kwalifikacji, ale którego stan kliniczny lub funkcjonalny stanowi wskazanie do tej formy rehabilitacji, dopuszcza się możliwość zakwalifikowania do świadczeń przez lekarza oddziału kompleksowej rehabilitacji dziennej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej). 4. Stan zdrowia pacjenta wymagający udziału w procesie rehabilitacji minimum trzech członków zespołu terapeutycznego (w tym lekarza i fizjoterapeuty) - na podstawie kwalifikacji wstępnej. <p>Opis dodatkowy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kwalifikacja wstępna przed przyjęciem do ośrodka odbywa się niezwłocznie od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez lekarza ośrodka, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji. 2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem lekarz ośrodka przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”.
	Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Osiągnięcie celu terapeutycznego. 2. Poprawa stanu kliniczno/funkcjonalnego powodująca brak konieczności udziału w rehabilitacji minimum 3 członków zespołu terapeutycznego. 3. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym lekarz prowadzący wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. 4. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.
	Etapy udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) etap I - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu terapii (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów) obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> a) poradę kwalifikacyjną lekarską, oraz b) konsultację fizjoterapeutyczną, oraz zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego poradę kwalifikacyjną:

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej

		<ul style="list-style-type: none"> c) konsultację logopedyczną, lub d) konsultację psychologiczną, lub e) konsultację terapeuty zajęciowego, lub f) konsultację dietetyka; <p>2) etap II – terapia i opieka - obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) opiekę lekarską - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz b) opiekę pielęgniarstwa - liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, oraz c) w ramach jednego dnia zabiegowego, u każdego pacjenta powinny zostać zrealizowane co najmniej dwa profile interwencji (liczba i rodzaj interwencji zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów): <ul style="list-style-type: none"> - profil fizjoterapeutyczny - fizjoterapia indywidualna, funkcjonalny trening medyczny - czas trwania średnio w trakcie pobytu (cyklu) 120 minut dziennie, oraz - profil psychologiczny - interwencja: terapia psychologiczna lub interwencja kryzysowa (indywidualna lub grupowa) – czas trwania 30 minut w dniu zabiegowym, lub - profil terapii zajęciowej - interwencja: terapia zajęciowa - czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, lub - profil logopedyczny – interwencja: terapia logopedyczna - czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, lub - profil dietetyczny – interwencja: edukacja dietetyczna - czas trwania zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, <p>3) dobór i nauka korzystania z wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi,</p> <p>4) dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej i sprawozdawczości).</p> <p>2. Edukacja pacjenta w zakresie samoopieki, poradnictwa i instruktażu w zakresie samodzielnego wykonywania ćwiczeń, zaleceń terapeutycznych, korzystania ze sprzętu lub wyrobów medycznych, w tym w warunkach domowych, prowadzona przez personel medyczny w ramach kompetencji.</p> <p>3. Przeprowadzanie badań lub testów funkcjonalnych lub badań laboratoryjnych lub innych diagnostycznych.</p> <p>4. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii:</p> <p>4) ocena stanu pacjenta na początku i końcu między innymi za pomocą skali lub innych narzędzi opisu stanu funkcjonalnego pacjenta, w tym z wykorzystaniem ICF,</p> <p>1) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez zespół terapeutyczny, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta,</p> <p>2) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej terapii</p>				
	Ramy czasowe realizacji świadczeń	<p>1. Czas trwania rehabilitacji w ośrodku kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej dla jednego pacjenta jest ustalany indywidualnie przez lekarza ośrodka, w oparciu o opinię zespołu rehabilitacyjnego, wynosi jednak nie więcej niż 20 dni zabiegowych w roku kalendarzowym,</p> <p>2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnione dodatkowo badaniem zespołu terapeutycznego, czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p>				
	Miejsce realizacji świadczeń	<p>1. Zgodnie z opisem warunków w ośrodku kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej.</p>				
	Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe					
	Personel medyczny					
	Dodatkowe warunki	<p>1. Świadczeniodawca uwzględnia zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).</p> <p>2. Dodatkowo wymagane - zapewnienie konsultacji ortotyka i protetyka.</p>				
	Kryteria obszaru kontraktowania	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Kryteria populacyjne</td> <td style="width: 50%;">brak informacji</td> </tr> <tr> <td>Kryteria terytorialne</td> <td>brak informacji</td> </tr> </table>	Kryteria populacyjne	brak informacji	Kryteria terytorialne	brak informacji
Kryteria populacyjne	brak informacji					
Kryteria terytorialne	brak informacji					

Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej

Wskaźniki monitorowania bezpieczeństwa oraz skuteczności diagnostyki i leczenia	<p>Wskaźniki dotyczące jakości struktury i procesu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Przyjęcie do kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej: <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób przyjętych do rehabilitacji ogólnoustrojowej bezpośrednio po wypisie z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z rehabilitacji stacjonarnej lub po leczeniu w poradni leczącej ostrą fazę choroby, do liczby wszystkich osób przyjętych do rehabilitacji ogólnoustrojowej; – średni czas i mediana czasu przyjęcia na rehabilitację od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału rehabilitacji stacjonarnej lub pacjent po leczeniu w poradni leczącej ostrą fazę choroby, 2. Długość trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej: <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób u których wydłużona została rehabilitacja, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową dzienną, – wskaźnik liczby osób wyłączonych z rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową dzienną, – wskaźnik liczby osób, które zostały skierowane do innych zakresów rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową dzienną, – wskaźnik zdarzeń niepożądanych (m.in. zgony, rehospitalizacje, inne zdarzenia wpływające na przebieg terapii) w trakcie rehabilitacji ogólnoustrojowej do ogólnej liczby osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową dzienną, 3. Liczba i rodzaj realizowanych interwencji: <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby osób, u których zmniejszono intensywność terapii, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową dzienną, – wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano w trakcie pobytu na rehabilitacji ogólnoustrojowej interwencje: psychologiczne, logopedyczne, terapii zajęciowej i dietetyczne. <p>Wskaźniki dotyczące efektów leczenia.</p> <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik zmiany wartości skal lub testów funkcjonalnych określanych dla pacjenta na początku i na końcu terapii, w liczbach bezwzględnych, – wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel rehabilitacji, do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową dzienną, – wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel w poszczególnych interwencjach terapeutycznych (psychologicznych, logopedycznych, terapii zajęciowej, dietetycznych), do liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową dzienną, – wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie rehabilitacji poprawę wyników w testach funkcjonalnych, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na rehabilitację ogólnoustrojową dzienną.
Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie jednostkowych interwencji o zmniejszonej intensywności terapii. 3. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 4. Osiągnięcie celu terapii w poszczególnych profilach interwencji. 5. Raportowanie o pacjentach, u których zmniejszono intensywność terapii, 6. Raportowanie na początku i na zakończenie rehabilitacji wyników testów/skal lub innych narzędzi służących do oceny stanu pacjenta.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Dodatkowe warunki dla wszystkich świadczeń:

Świadczeniodawca uwzględnia zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).

6.1.3. Poziom opieki ambulatoryjnej – fizjoterapia ambulatoryjna

Zdefiniowane problemy: głównym zdiagnozowanym problemem jest brak kryteriów kwalifikacji do fizjoterapii, w związku z czym do pracowni fizjoterapii mogą trafiać pacjenci w różnym stanie funkcjonalnym oraz różnymi potrzebami rehabilitacyjnymi tj. pacjenci z chorobami przewlekłymi którzy nie wymagają fizjoterapii prowadzonej przez specjalistę, ale edukacji w zakresie samoopieki, instruktażu ćwiczeń do wykonywania w domu itp. Fizjoterapia ambulatoryjna powinna być dostępna dla pacjentów w stanach ostrych – po zdarzeniach, urazach, operacjach, zaostrzeniu objawów chorób, czy jako etap prerehabilitacji przed zabiegami.

Fizjoterapię cechuje niska dostępność do świadczeń, z uwagi duże kolejki osób oczekujących na udzielenie świadczenia.

Tabela 94. Zdefiniowane problemy związane z realizacją świadczeń ambulatoryjnych.

Nazwa świadczenia – stan aktualny	Charakterystyka pacjentów	Zdefiniowany problem	Projekty nowych świadczeń - stan docelowy	Charakterystyka pacjentów – stan docelowy*
Świadczenia: – Wizyta fizjoterapeutyczna, – Zabiegi fizjoterapeutyczne	Opis: – Każdy pacjent po ostrym incydencie chorobowym i w stanie przewlekłym – Każdy pacjent bez zróżnicowania czy wymaga fizjoterapii pod nadzorem specjalisty czy wyłącznie edukacji i zmiany stylu życia	– Brak zdefiniowanych kryteriów kwalifikacji – Brak zdefiniowanych świadczeń – Niska dostępność – długie kolejki	Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego, tkanki łącznej i innymi schorzeniami	Opis: – Pacjent po ostrym incydencie chorobowym, po urazie, operacji itp. – Pacjent z chorobą przewlekłą, w tym po zaostrzeniu, – Pacjent przed zaplanowanym zabiegiem chirurgicznym,
	Liczba pacjentów: ok.2,6 mln.			Docelowa populacja Zmiana specyfiki potrzeb rehabilitowanych pacjentów bez zmiany ogólnej liczby pacjentów rehabilitowanych tzn. zwiększenie dostępności dla pacjentów „ostrych” wymagających nadzorowanej i prowadzonej przez specjalistę fizjoterapii

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Uzasadnienie zmiany:

Odpowiedzią na zdefiniowane problemy jest założenie, iż w ramach fizjoterapii będą realizowane świadczenia dla tej samej populacji (w ujęciu klinicznych tych samych grup problemów zdrowotnych), jak w warunkach stacjonarnych i dziennych. Jednocześnie stan funkcjonalny tych pacjentów nie kwalifikuje ich do poziomu stacjonarnego, dziennego, bo nie wymagają kompleksowego – wielodyscyplinarnego leczenia rehabilitacyjnego. Założono, iż pacjent niespełniających kryterium do fizjoterapii ambulatoryjnej będzie mógł korzystać z POF.

Wyodrębniona populacja na podstawie grupy problemów zdrowotnych/schorzeń:

- 1) ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanki łącznej,
- 2) ze schorzeniami innych układów ciała, w tym m.in. z:
 - nowotworami,
 - chorobami krwi,
 - chorobami układu pokarmowego,
 - chorobami układu moczowo-płciowego,
 - chorobami skóry i tkanki podskórnej,
 - wadami wrodzonymi.

Opis świadczeń zawarty jest w tabeli poniżej.

Tabela 95. Opis świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej.

Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej		
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego, tkanki łącznej i innymi schorzeniami	Kryteria włączenia	Opis włączenia Pacjenci spełniający 3 kryteria: 1) potrzeba realizacji fizjoterapii potwierdzona pozytywnym wynikiem kwalifikacji przeprowadzonej przez fizjoterapeutę z pracowni fizjoterapii, 2) ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej lub schorzeniami innych układów ciała, w tym z: a) nowotworami, b) chorobami krwi, c) chorobami układu pokarmowego, d) chorobami układu moczowo-płciowego, e) chorobami skóry i tkanki podskórnej,

Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej		
		<p>f) wadami wrodzonymi,</p> <p>3) w stanach pourazowych lub pooperacyjnych lub po innym leczeniu ostrej fazy - w okresie do 30 dni od dnia wystawienia skierowania, lub w sytuacjach mających na celu przygotowanie do zaplanowanych zabiegów chirurgicznych lub ortopedycznych w obrębie narządu ruchu, na podstawie dokumentu potwierdzającego termin zaplanowanego zabiegu lub w stanach zaostrzeń choroby przewlekłej po leczeniu na oddziale/w poradni leczenia ostrej fazy choroby.</p>
		<p>Opis dodatkowy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kwalifikacja wstępna przed przyjęciem do pracowni fizjoterapii odbywa się niezwłocznie od zarejestrowania skierowania na podstawie załączonej dokumentacji medycznej lub badania pacjenta przez fizjoterapeutę prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji. 2. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną, przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. 3. W przypadku wystąpienia, w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas rozpoczęcia terapii może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.
	Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Osiągnięcie celu terapeutycznego. 2. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów terapii, o czym fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną wraz z uzasadnieniem informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. 3. Stan kliniczny/funkcjonalny kwalifikujący do innego typu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.
	Etapy udzielania świadczenia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) etap I - obejmuje interwencję - wizytę kwalifikacyjną fizjoterapeutyczną. 2) etap II – terapia - w ramach jednego dnia zabiegowego, liczba i rodzaj interwencji jest realizowana zgodnie z planem fizjoterapii i obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> a) fizjoterapię indywidualną – maksimum 2 razy 30 minut w ciągu dnia zabiegowego, lub b) funkcjonalny trening medyczny – maksimum 3 razy 30 minut w ciągu dnia zabiegowego, 3) dobór i nauka korzystania z wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi, 4) dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej i sprawozdawczości). 2. Edukacja pacjenta w zakresie samoopieki, poradnictwa i instruktażu w zakresie samodzielnego wykonywania ćwiczeń, zaleceń terapeutycznych, korzystania ze sprzętu lub wyrobów medycznych, w tym w warunkach domowych, prowadzona przez fizjoterapeutę w ramach kompetencji. 3. Przeprowadzanie badań lub testów funkcjonalnych. 4. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie fizjoterapii: <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena stanu pacjenta na początku i końcu między innymi za pomocą skali lub innych narzędzi opisu stanu funkcjonalnego pacjenta, w tym z wykorzystaniem ICF, 2) co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez fizjoterapeutę, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz 3) na końcu terapii ocena efektów prowadzonej fizjoterapii.
	Ramy czasowe realizacji świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1. Czas trwania fizjoterapii ambulatoryjnej jest ustalany indywidualnie przez fizjoterapeutę na podstawie oceny funkcjonalnej pacjenta oraz założonych do realizacji celów terapii, wynosi nie więcej niż 20 dni zabiegowych w roku kalendarzowym, każdorazowo w przypadku wystąpienia kryterium włączenia. 2. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem funkcjonalnym, czas trwania fizjoterapii może zostać przedłużony decyzją fizjoterapeuty prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia - maksymalnie o kolejne 20 dni zabiegowe. 3. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem funkcjonalnym możliwa jest realizacja części dni zabiegowych w warunkach domowych.

Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej		
Miejsce realizacji świadczeń	Zgodnie z opisem warunków w pracowni fizjoterapii	
Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe		
Personel medyczny		
Dodatkowe warunki	Świadczeniodawca uwzględni zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).	
Kryteria usieciowienia (kontraktowania)	Kryteria populacyjne	brak informacji
	Kryteria terytorialne	brak informacji
Wskaźniki monitorowania bezpieczeństwa oraz skuteczności diagnostyki i leczenia	<p>Wskaźniki dotyczące jakości struktury i procesu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Przyjęcie do fizjoterapii ambulatoryjnej: - wskaźnik liczby osób niezakwalifikowanych do fizjoterapii, w stosunku do wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie, - wskaźnik liczby osób, którzy rozpoczęli fizjoterapię powyżej 30 dni od wystawienia skierowania, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów - średni czas i mediana czasu przyjęcia na fizjoterapię od wystawienia skierowania, - Długość trwania fizjoterapii ambulatoryjnej: - wskaźnik liczby osób u których wydłużona została fizjoterapia, do liczby wszystkich osób przyjętych, - wskaźnik zdarzeń niepożądanych (m.in. zgony, rehospitalizacje, inne zdarzenia wpływające na przebieg terapii) w trakcie fizjoterapii do ogólnej liczby osób przyjętych na fizjoterapię, - Liczba i rodzaj realizowanych interwencji: - wskaźnik liczby osób, u których zmniejszono intensywność terapii, do liczby wszystkich osób przyjętych na fizjoterapię, - wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano w trakcie fizjoterapii interwencje: fizjoterapię indywidualną lub funkcjonalny trening medyczny, - wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano świadczenia w warunkach domowych, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. <p>Wskaźniki dotyczące efektów leczenia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - wskaźnik zmiany wartości skal lub testów funkcjonalnych określanych dla pacjenta na początku i na końcu terapii, w liczbach bezwzględnych, - wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel fizjoterapii, do liczby wszystkich osób, - wskaźnik liczby osób, u których cel fizjoterapii został osiągnięty w ciągu 10 lub mniej dni zabiegowych, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów. - wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie fizjoterapii poprawę wyników w testach funkcjonalnych, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na fizjoterapię. 	
Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. 2. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. 3. Osiągnięcie celu fizjoterapii w poszczególnych profilach interwencji. 4. Raportowanie na początku i na zakończenie fizjoterapii wyników testów/skal lub innych narzędzi służących do oceny stanu pacjenta. 	

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Dodatkowe warunki dla wszystkich świadczeń:

Świadczeniodawca uwzględni zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).

6.1.4. Poziom opieki domowej – fizjoterapia domowa

Zdefiniowane problemy: głównym zdiagnozowanym problemem jest brak kryteriów kwalifikacji do fizjoterapii, w związku z czym do świadczeń mogą trafiać pacjenci w różnym stanie funkcjonalnym oraz różnymi potrzebami rehabilitacyjnymi lub pacjenci nie trafiają do fizjoterapii ze względu na długi czas oczekiwania na świadczenia, co powoduje, że pacjenci nie kwalifikują się do świadczeń na skutek upłynięcia terminu określonego w przepisach

Fizjoterapię cechuje niska dostępność do świadczeń, z uwagi na małą liczbę świadczeniodawców oraz duże kolejki osób oczekujących na udzielenie świadczenia.

Tabela 96. Zdefiniowane problemy związane z realizacją świadczeń domowych.

Nazwa świadczenia – stan aktualny	Charakterystyka pacjentów	Zdefiniowany problem	Projekty nowych świadczeń - stan docelowy	Charakterystyka pacjentów – stan docelowy*
<p>Świadczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> – porada lekarska lub wizyta fizjoterapeutyczna, – zabiegi fizjoterapeutyczne zakresie fizjoterapii domowej. 	<p>Wskazano populacje pacjentów dla których realizowana jest fizjoterapia domowa m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> – z chorobami przewlekłe postępującymi w szczególności: miopatią, chorobą Parkinsona, zapaleniem wielomięśniowym, rdzeniowym zanikiem mięśni, guzami mózgu, procesami demielinizacyjnymi, kolagenozami, przewlekłymi zespołami pozapiramidowymi, reumatoidalnym zapaleniem stawów; – chorobami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych lub kolanowych oraz po zabiegach endoprotezoplastyki stawu – w okresie do 6 miesięcy od dnia wykonania operacji; – złamaniami, obrażeniami i amputacjami kończyn dolnych – w okresie do 6 miesięcy od dnia złamania, obrażenia lub amputacji; – osobom w stanie wegetatywnym lub apalicznym 	<ul style="list-style-type: none"> – Brak zdefiniowanych kryteriów kwalifikacji – trafiają pacjenci również w stanach przewlekłych – Brak zdefiniowanych świadczeń – Niska dostępność – długie kolejki co powoduje że pacjenci nie kwalifikują się do świadczeń na skutek upłynięcia terminu określonego w przepisach 	<ul style="list-style-type: none"> – Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy. – Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami 	<p>Opis:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent po ostrym incydencie chorobowym, po urazie, operacji itp. – W stanie funkcjonalnym uniemożliwiającym samodzielne funkcjonowanie w życiu codziennym bez pomocy stałej lub czasowej osób trzecich, – Pacjent wymagający wyłącznie fizjoterapii, usprawniania
	<p>Liczba pacjentów: ok. 10 tys.</p>			<p>Docelowa populacja</p> <p>Zmiana specyfiki potrzeb rehabilitowanych pacjentów bez zmiany ogólnej liczby pacjentów rehabilitowanych tzn. zwiększenie dostępności dla pacjentów „ostrych” wymagających nadzorowanej i prowadzonej przez specjalistę fizjoterapii</p>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Uzasadnienie zmiany:

Odpowiedzią na zdefiniowane problemy jest założenie, iż w ramach fizjoterapii będą realizowane świadczenia dla populacji pacjentów z problemami zdrowotnymi uniemożliwiającymi samodzielne poruszanie się: po zabiegach endoprotezoplastyki oraz po rozległych złamaniach, po amputacjach. Są to pacjenci niekwalifikujący się do innych poziomów rehabilitacji, wymagający wyłącznie fizjoterapii, bez kompleksowego – wielodyscyplinarnego leczenia rehabilitacyjnego.

Wyodrębniona populacja na podstawie grupy problemów zdrowotnych/schorzeń:

- 1) Pacjenci po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protez,
- 2) Pacjenci z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy.
- 3) Pacjenci po amputacjach.

Opis świadczeń zawarty jest w tabeli poniżej.

Tabela 97. Opis świadczeń w zakresie fizjoterapii domowej.

Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej		
1. Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy	Kryteria włączenia	<p>Opis włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> Pacjenci spełniający łącznie 3 kryteria: <ol style="list-style-type: none"> po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy, stopień niepełnosprawności według zmodyfikowanej skali Rankina - 3-5 stopień, w okresie do 6 miesięcy od dnia wykonania operacji. Rozpoczęcie fizjoterapii domowej bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od dnia wystawienia skierowania / zlecenia. <p>Opis dodatkowy</p> <ol style="list-style-type: none"> Kwalifikacja wstępna przed przyjęciem do pracowni fizjoterapii odbywa się niezwłocznie od dnia zarejestrowania skierowania na podstawie badania pacjenta przez fizjoterapeutę prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną, przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”, W przypadku wystąpienia w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas rozpoczęcia terapii może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.
	Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> Osiągnięcie celu terapeutycznego. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów fizjoterapii, fizjoterapeuta prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”, Podjęcie terapii w ramach innego typu świadczeń w rehabilitacji leczniczej.
	Etapy udzielania świadczenia	<ol style="list-style-type: none"> Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> etap I - obejmuje interwencję - wizytę kwalifikacyjną fizjoterapeutyczną. etap II – terapia - w ramach jednego dnia zabiegowego, liczba i rodzaj interwencji jest realizowana zgodnie z planem fizjoterapii i obejmuje fizjoterapię indywidualną - (czas trwania pojedynczej interwencji wynosi 30 minut). dobór i nauka korzystania z wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi, dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej i sprawozdawczości). Edukacja pacjenta w zakresie samoopieki, poradnictwa i instruktażu w zakresie samodzielnego wykonywania ćwiczeń, zaleceń terapeutycznych, korzystania ze sprzętu lub wyrobów medycznych, prowadzona przez fizjoterapeutę w ramach kompetencji. Przeprowadzanie badań lub testów funkcjonalnych. Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie fizjoterapii: <ol style="list-style-type: none"> ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali, która została użyta jako kryterium kwalifikacji do świadczenia, lub za pomocą skali lub innych narzędzi opisu stanu funkcjonalnego pacjenta, w tym z wykorzystaniem ICF, co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez fizjoterapeutę, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz na końcu terapii ocena efektów prowadzonej fizjoterapii.
	Ramy czasowe realizacji świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> Czas trwania fizjoterapii domowej jest ustalany indywidualnie przez fizjoterapeutę na podstawie oceny funkcjonalnej pacjenta oraz postawionych do realizacji celów terapii, wynosi nie więcej niż 20 dni zabiegowych w roku kalendarzowym, każdorazowo w przypadku wystąpienia kryterium włączenia. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem funkcjonalnym, czas trwania fizjoterapii może zostać przedłużony decyzją fizjoterapeuty prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną oraz lekarza zlecającego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia - maksymalnie o kolejne 20 dni zabiegowe.
Miejsce realizacji świadczeń	zgodnie z opisem warunków w pracowni fizjoterapii	

Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej			
	Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe		
	Personel medyczny		
	Dodatkowe warunki	<ol style="list-style-type: none"> Świadczeniodawca uwzględnia zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.). Świadczenie stanowi alternatywę dla rehabilitacji stacjonarnej w przypadku pacjentów, którzy nie wymagają kompleksowej rehabilitacji oraz których stan funkcjonalny uniemożliwia samodzielne dotarcie do świadczeniodawcy. 	
	Kryteria usieciowienia (kontraktowania)	Kryteria populacyjne	brak informacji
		Kryteria terytorialne	brak informacji
Wskaźniki monitorowania bezpieczeństwa oraz skuteczności diagnostyki i leczenia	<p>Wskaźniki dotyczące jakości struktury i procesu</p> <ul style="list-style-type: none"> Przyjęcie do fizjoterapii domowej: wskaźnik liczby osób niezakwalifikowanych do fizjoterapii, w stosunku do wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie, wskaźnik liczby osób, którzy rozpoczęli fizjoterapię powyżej 30 dni od wystawienia skierowania, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów średni czas i mediana czasu przyjęcia na fizjoterapię od wystawienia skierowania, Długość trwania fizjoterapii domowej: wskaźnik liczby osób u których wydłużona została fizjoterapia, do liczby wszystkich osób przyjętych, wskaźnik zdarzeń niepożądanych (m.in. zgony, rehospitalizacje, inne zdarzenia wpływające na przebieg terapii) w trakcie fizjoterapii do ogólnej liczby osób przyjętych na fizjoterapię, Liczba i rodzaj realizowanych interwencji: wskaźnik liczby osób, u których zmniejszono intensywność terapii, do liczby wszystkich osób przyjętych na fizjoterapię, wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano w trakcie fizjoterapii interwencje: fizjoterapię indywidualną lub funkcjonalny trening medyczny/ <p>Wskaźniki dotyczące efektów leczenia</p> <ul style="list-style-type: none"> wskaźnik zmiany wartości skal lub testów funkcjonalnych określanych dla pacjenta na początku i na końcu terapii, w liczbach bezwzględnych, wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel fizjoterapii, do liczby wszystkich osób, wskaźnik liczby osób, u których cel fizjoterapii został osiągnięty w ciągu 10 lub mniej dni zabiegowych, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów, wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie fizjoterapii poprawę wyników w testach funkcjonalnych, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na fizjoterapię. 		
Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	<ol style="list-style-type: none"> Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. Osiągnięcie celu terapii. Raportowanie na początku i na zakończenie fizjoterapii wyników testów/skal lub innych narzędzi służących do oceny stanu pacjenta. 		
2. Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami	Wymogi formalne	Wystawca skierowania / zlecenia: lekarz ubezpieczenia zdrowotnego	
		Wymagany rodzaj i zakres skierowania/ zlecenia: <ol style="list-style-type: none"> Określenie przez lekarza kierującego celu kierowania na fizjoterapię. Określenie chorób przebytych i współistniejących, przyjmowanych leków, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta) oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10. 	
		Załączone badania Do skierowania / zlecenia powinny być dołączone: <ol style="list-style-type: none"> Kopia wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji potwierdzających rozpoznanie stanowiącego przyczynę skierowania. Istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia. Karta informacyjna z oddziału leczącego ostrą fazę choroby lub z oddziału szpitalnego po zaostrzeniu/ rzucie choroby przewlekłej postępującej. 	
		Pozostałe warunki <ol style="list-style-type: none"> Skierowanie / zlecenie powinno być zgłoszone w pracowni fizjoterapii, w ciągu 30 dni roboczych od dnia jego wystawienia. 	

Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej	
	2. Skierowanie / zlecenie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane we wskazanym terminie.
Kryteria włączenia	<p>Opis włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> Pacjenci spełniający łącznie 3 kryteria: <ol style="list-style-type: none"> liczne złamania lub złamania w obrębie miednicy lub amputacje w obrębie kończyn dolnych, stopień niepełnosprawności według zmodyfikowanej skali Rankina - 3-5 stopień, w okresie do 9 miesięcy od dnia złamania lub amputacji. Rozpoczęcie fizjoterapii domowej bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od dnia wystawienia skierowania / zlecenia. <p>Opis dodatkowy</p> <ol style="list-style-type: none"> Kwalifikacja wstępna przed przyjęciem do fizjoterapii odbywa się niezwłocznie od dnia zarejestrowania skierowania na podstawie badania pacjenta przez fizjoterapeutę prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną, jednak w terminie umożliwiającym spełnienie przez pacjenta kryterium kwalifikacji. Informację o braku kwalifikacji wraz z uzasadnieniem fizjoterapeuta prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną, przekazuje niezwłocznie do lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”, W przypadku wystąpienia w wymienionym okresie dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących niemożnością podjęcia terapii, czas rozpoczęcia terapii może ulec wydłużeniu o czas dodatkowego leczenia.
Kryteria wyłączenia	<p>Kody wg ICD – nie dotyczy</p> <p>Opis powodu wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> Osiągnięcie celu terapeutycznego. W przypadku gdy na podstawie okresowej oceny funkcjonalnej pacjenta stwierdzono brak istotnej zmiany obrazu klinicznego, a w testach kontrolnych brak rokowania co do realizacji stawianych celów fizjoterapii, fizjoterapeuta prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną informuje lekarza kierującego na podstawie dokumentu „Informacja dla lekarza kierującego”. Podjęcie terapii w ramach innego typu świadczeń w rehabilitacji leczniczej.
Etapy udzielania świadczenia	<ol style="list-style-type: none"> Etapy udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> etap I - obejmuje interwencję - wizytę kwalifikacyjną fizjoterapeutyczną. etap II – terapia - w ramach jednego dnia zabiegowego, liczba i rodzaj interwencji jest realizowana zgodnie z planem fizjoterapii i obejmuje fizjoterapię indywidualną - (czas trwania pojedynczej interwencji wynosi 30 minut), dobór i nauka korzystania z wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi, dopuszcza się zmniejszenie intensywności terapii – czasu trwania lub minimalnej liczby profili interwencji w ciągu dnia zabiegowego, jeżeli ze względu na stan kliniczny lub funkcjonalny dany pacjent będzie tego wymagał (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej i sprawozdawczości). Edukacja pacjenta w zakresie samoopieki, poradnictwa i instruktażu w zakresie samodzielnego wykonywania ćwiczeń, zaleceń terapeutycznych, korzystania ze sprzętu lub wyrobów medycznych, prowadzona przez fizjoterapeutę w ramach kompetencji. Przeprowadzanie badań lub testów funkcjonalnych Monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie fizjoterapii: <ol style="list-style-type: none"> ocena stanu pacjenta na początku i końcu terapii między innymi za pomocą skali lub innych narzędzi opisu stanu pacjenta, które zostały użyte przy kwalifikacji do świadczenia, co najmniej jedna ocena realizacji celu leczenia przeprowadzona przez fizjoterapeutę, opisana w dokumentacji medycznej pacjenta, oraz na końcu terapii ocena efektów prowadzonej fizjoterapii.
Ramy czasowe realizacji świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> Czas trwania fizjoterapii domowej jest ustalany indywidualnie przez fizjoterapeutę na podstawie oceny funkcjonalnej pacjenta oraz postawionych do realizacji celów terapii, wynosi nie więcej niż 20 dni zabiegowych w roku kalendarzowym, każdorazowo w przypadku wystąpienia kryterium włączenia. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, uzasadnionego dodatkowo badaniem funkcjonalnym, czas trwania fizjoterapii może zostać przedłużony decyzją fizjoterapeuty prowadzącego konsultację fizjoterapeutyczną oraz lekarza zlecającego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia - maksymalnie o kolejne 20 dni zabiegowe.
Miejsce realizacji świadczeń	Zgodnie z opisem warunków w pracowni fizjoterapii
Wyposażenie w sprzęt medyczny i warunki lokalowe	
Personel medyczny	

Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej		
Dodatkowe warunki	<ol style="list-style-type: none"> Świadczeniodawca uwzględni zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.). Świadczenie stanowi alternatywę dla rehabilitacji stacjonarnej w przypadku pacjentów, którzy nie wymagają kompleksowej rehabilitacji oraz których stan funkcjonalny uniemożliwia samodzielne dotarcie do świadczeniodawcy. 	
Kryteria usieciowienia (kontraktowania)	Kryteria populacyjne	brak informacji
	Kryteria terytorialne	brak informacji
Wskaźniki monitorowania bezpieczeństwa oraz skuteczności diagnostyki i leczenia	<p>Wskaźniki dotyczące jakości struktury i procesu</p> <ul style="list-style-type: none"> Przyjęcie do fizjoterapii domowej: wskaźnik liczby osób niezakwalifikowanych do fizjoterapii, w stosunku do wszystkich osób którzy zarejestrowali skierowanie, wskaźnik liczby osób, którzy rozpoczęli fizjoterapię powyżej 30 dni od wystawienia skierowania, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów średni czas i mediana czasu przyjęcia na fizjoterapię od wystawienia skierowania, Długość trwania fizjoterapii domowej: wskaźnik liczby osób u których wydłużona została fizjoterapia, do liczby wszystkich osób przyjętych, wskaźnik zdarzeń niepożądanych (m.in. zgony, rehospitalizacje, inne zdarzenia wpływające na przebieg terapii) w trakcie fizjoterapii do ogólnej liczby osób przyjętych na fizjoterapię, Liczba i rodzaj realizowanych interwencji: wskaźnik liczby osób, u których zmniejszono intensywność terapii, do liczby wszystkich osób przyjętych na fizjoterapię, wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano w trakcie fizjoterapii interwencje: fizjoterapię indywidualną lub funkcjonalny trening medyczny/ <p>Wskaźniki dotyczące efektów leczenia</p> <ul style="list-style-type: none"> wskaźnik zmiany wartości skal lub testów funkcjonalnych określanych dla pacjenta na początku i na końcu terapii, w liczbach bezwzględnych, wskaźnik liczby osób, u których zrealizowano założony cel fizjoterapii, do liczby wszystkich osób, wskaźnik liczby osób, u których cel fizjoterapii został osiągnięty w ciągu 10 lub mniej dni zabiegowych, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów, wskaźnik liczby osób, u których uzyskano na zakończenie fizjoterapii poprawę wyników w testach funkcjonalnych, do ogólnej liczby wszystkich osób przyjętych na fizjoterapię. 	
Zakres i forma raportowania oraz sprawozdawania danych przez świadczeniodawców	<ol style="list-style-type: none"> Raportowanie jednostkowych interwencji w dniu zabiegowym. Raportowanie procedur medycznych realizowanych w ramach interwencji. Osiągnięcie celu terapii. Raportowanie na początku i na zakończenie fizjoterapii wyników testów/skal lub innych narzędzi służących do oceny stanu pacjenta. 	

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Dodatkowe warunki dla wszystkich świadczeń:

Świadczeniodawca uwzględni zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).

6.2. Świadczenia dodatkowe

W związku z podejściem w ramach całościowej koncepcji do rehabilitacji oraz rezygnacji z tzw. Listy chorób współistniejących dla rehabilitacji stacjonarnej, konieczne było uwzględnienie specjalnych potrzeb niektórych pacjentów związanych np. z dodatkowymi czynnościami pielęgnarskimi, które można by było uwzględnić w wycenie świadczenia.

W ramach dyskusji eksperckiej zdecydowano o wyodrębnieniu dodatkowych świadczeń:

- Leczenie odleżyn i ran: w przypadku, gdy pacjent został przekazany na oddział rehabilitacyjny już z odleżynami (zostały one wytworzone gdzieś już wcześniej przed hospitalizacją na oddział rehabilitacyjny). Świadczeniodawcy przysługiwałaby wyższa odpłatność za osobodzień. Byłaby stworzona dokumentacja potwierdzająca fakt wystąpienia odleżyn przed rozpoczęciem hospitalizacji i np.: konieczność zgłoszenia tego faktu do NFZ zaraz po przyjęciu pacjenta.
- Leczenie żywieniowe do- i pozajelitowe.

Eksperci zgłaszali brak możliwości dosumowania produktów na oddziale rehabilitacji w szpitalu, upatrując w ewentualnej zmianie tego stanu rzeczy sposobu na finansowanie świadczenia rehabilitacyjnego adekwatne do uzasadnionych kosztów pobytu. Świadczeniodawca nie ma możliwości pokrycia kosztów leczenia takiego pacjenta z puli pieniędzy przeznaczonych na rehabilitację. W konsekwencji wielu lekarzy jest zmuszonych zastępować skuteczną, zalecaną formę leczenia tańszą, czy też zrezygnować z leczenia pacjentów, których koszty są znacząco wyższe od stawki stosowanej przez NFZ.

Duży problem stanowią odleżyny, pomimo, iż wiadomo, że są one konsekwencją zaniedbania ze strony personelu medycznego opiekującego się pacjentem na danym oddziale. Poza tym odleżyny uniemożliwiają prawidłowy przebieg terapii.

Dobór odpowiedniego sprzętu medycznego, nauka korzystania z niego, nauka kompensacji, edukacja pacjenta i ich rodzin lub opiekunów również stanowią ważny element procesu rehabilitacji. Sprzęt medyczny (ortezy, wózki, laski itp.) często dobiera się indywidualnie do pacjenta, dlatego ważne jest, żeby na etapie rehabilitacji szpitalnej wdrożyć ćwiczenia funkcjonalne przygotowujące do codziennej aktywności. Obecnie lekarze z oddziału rehabilitacji nie mogą wystawiać zleceń na dodatkowy sprzęt medyczny pacjentowi, który jest w trakcie rehabilitacji stacjonarnej, przez co nie jest ona wystarczająco efektywna, a cały proces rehabilitacji może zostać opóźniony.

Dodatkowo zostały wskazane następujące warunki mające na celu:

- 1) Zapewnienie warunków techniczno-organizacyjnych w przypadku udzielania świadczeń rehabilitacyjnych pacjentom z poważnymi zaburzeniami rytmu serca.
- 2) Zapewnienie warunków organizacyjnych w przypadku udzielania świadczeń rehabilitacyjnych pacjentom z wkluciem centralnym.
- 3) Urządzenie do prowadzenia toalety drzewa oskrzelowego w przypadku udzielania świadczeń rehabilitacyjnych pacjentom z rurką tracheotomijną (ssaki).
- 4) Urządzenie do prowadzenia wentylacji mechanicznej inwazyjnej oraz nieinwazyjnej (respirator) w przypadku udzielania świadczeń rehabilitacyjnych pacjentom z respiratorem.
- 5) Zapewnienie odpowiednich warunków w przypadku udzielania świadczeń z zakresu rehabilitacji pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi.

W przypadku realizacji świadczeń z ww. schorzeniami lub problemami zdrowotnymi zalecane jest udzielanie świadczeń przez personel posiadających odpowiednie kwalifikacje.

Jednocześnie w związku z ograniczonym dostępem do rehabilitacji wczesnej/początkowej w oddziałach szpitalnych, zalecane jest wprowadzenie odpowiednich regulacji legislacyjnych w rozporządzeniach „koszykowych” m. in. leczenia szpitalnego, służących poprawie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych.

Podsumowanie założeń projektowanych świadczeń:

1. Poprawa dostępności do świadczeń dla pacjentów wymagających kompleksowej rehabilitacji:
 - do rehabilitacji stacjonarnej kwalifikowani będą pacjenci po leczeniu w oddziale ostrej fazy choroby, których stan wymaga całodobowej opieki pielęgniarskiej i lekarskiej oraz w określonym stanie funkcjonalnym, w przypadku pacjenta niespełniającego kryteriów kwalifikacji, ale którego stan kliniczny lub funkcjonalny stanowi wskazanie do tej formy rehabilitacji, dopuszcza się możliwość zakwalifikowania do świadczeń przez lekarza oddziału kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej (co musi mieć uzasadnienie i odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej).
 - szybkie rozpoczęcie terapii dla pacjentów bezpośrednio po incydencie, przebytej chorobie lub urazie.
2. Określenie kryteriów kwalifikacji pacjenta do różnych poziomów rehabilitacji

- ocena stanu funkcjonalnego pacjenta,
 - wyodrębnienie subpopulacji pacjentów (z obrzękiem limfatycznym, po endoprotezoplastyce stawu, po licznych złamaniach, amputacjach) w oparciu o analizę wytycznych postępowania terapeutycznego,
3. Dobór odpowiednich interwencji (w ramach zdefiniowanych profili interwencji)
- określenie profili interwencji w oparciu o dostępne dowody naukowe oraz wytyczne kliniczne,
 - określenie celu rehabilitacji i jego realizacja,
 - indywidualny dobór metod rehabilitacji adekwatny do stanu klinicznego/funkcjonalnego pacjenta,
 - zróżnicowanie rodzaju, częstotliwości i intensywności interwencji rehabilitacyjnych z uwagi na rodzaj i stopień nasilenia dysfunkcji.

Główne różnice proponowanego podejścia w stosunku do podejścia aktualnego:

- Bardziej jednoznaczny podział pacjentów wg oceny stanu funkcjonalnego i potrzeb rehabilitacyjnych,
- Koncentracja leczenia na oddziałach rehabilitacji pacjentów „ciężkich” przechodzących bezpośrednio z oddziałów fazy ostrej lub z niedawno zakończonym leczeniem na oddziale fazy ostrej, z możliwością zastosowania bramki wejścia (wentyl bezpieczeństwa) dla pacjenta niespełniającego kryteriów kwalifikacji.
- Przesunięcie z rehabilitacji stacjonarnej do innych poziomów i zakresów rehabilitacji np. dziennej, ambulatoryjnej i domowej oraz możliwość realizacji świadczeń w ramach POF.

7. Analiza ekonomiczna

Z uwagi na szeroką i zróżnicowaną pod względem stanu klinicznego populację, która powinna zostać objęta rehabilitacją ogólnoustrojową (od pacjentów ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego: po złamaniach, urazach, po zabiegach ortopedycznych, po amputacjach, po stanach zapalnych itp., po pacjentów z nowotworami, oparzeniami, wadami wrodzonymi, chorobami układu limfatycznego itd.) oraz brak danych dotyczących powyższego oraz przyjętych założeń zmiany technologii medycznych (populacja zdefiniowana poprzez stan funkcjonalny), odstąpiono od przeprowadzenia analizy ekonomicznej przez Analityków Agencji.

W ramach analizy klinicznej (wyszukiwanie systematyczne z dn. 31.03.2019 r., szczegóły dotyczące metodyki znajdują się w rozdziale *Analiza skuteczności i bezpieczeństwa – przegląd systematyczny*) zidentyfikowano 1 przegląd systematyczny Brusco 2013, którego charakterystykę i wyniki przedstawiono poniżej.

Brusco 2013

Charakterystyka i metodyka

W przeglądzie systematycznym Brusco 2013 oceniano opłacalność rehabilitacji stacjonarnej (interdyscyplinarnej rehabilitacji szpitalnej) osób dorosłych (*Inpatient Adult Rehabilitation*) w porównaniu do innych trybów realizowania rehabilitacji: w warunkach domowych, w warunkach ambulatoryjnych, rehabilitacja prowadzona przez ośrodki opieki społecznej, rehabilitacja na oddziale intensywnej terapii lub zmodyfikowany program rehabilitacji stacjonarnej (program intensywniejszy od standardowej rehabilitacji stacjonarnej bądź całkowity brak rehabilitacji).

Pierwszorzędowym punktem końcowym był koszt prowadzenia rehabilitacji. Drugorzędowymi punktami końcowymi były m.in. funkcjonowanie pacjenta, jakość życia pacjenta, zmiana poziomu opieki i śmiertelność. Wyniki zostały zsyntetyzowane przy użyciu standardowych różnic średnich (SMD) i metaanaliz dla pierwotnego wyniku kosztów. Zgłaszane koszty poszczególnych badań zostały przeliczone na funty brytyjskie przy użyciu przelicznika walut obcych w oparciu o kurs wymiany z 1 stycznia 2012 roku. W przypadku, gdy rok, w którym zbierano dane dotyczące kosztów nie został podany, wykorzystano ostatni rok zbierania danych, a jeśli okres zbierania danych nie został podany, wykorzystano rok publikacji. W celu ustalenia wartości bieżącej netto (NPV) w dniu 1 stycznia 2012 r. przyjęto stopę inflacji w wysokości 3% rocznie. Dane dotyczące kosztów podano przy użyciu standaryzowanej średniej różnicy SMD (Standardized Mean Difference). Wykluczano badania, jeśli program rehabilitacyjny dotyczył przede wszystkim leczenia uzależnień, problemów ze zdrowiem psychicznym, położnictwa, pediatrii, leczenia bólu, opieki stomatologicznej, interwencji farmaceutycznych lub uzupełniających, problemów ze wzrokiem lub słuchem bądź wprowadzenia sprzętu technologicznego. Te konkretne obszary opieki zdrowotnej zostały wykluczone, ponieważ *a priori* zdecydowano, że w ramach przeglądu zostaną zbadane programy rehabilitacyjne, które skupiały się na osiągnięciu niezależności funkcjonalnej po ostrym epizodzie chorobowym.

Wyniki

Do przeglądu systematycznego Brusco 2013 włączono łącznie 29 badań RCT i analiz ekonomicznych z 6 746 uczestnikami. Populacja obejmowała: pacjentów geriatrycznych, po udarze, złamaniu biodra i kości udowej, po całkowitej wymianie stawu kolanowego i/lub biodrowego, pacjenci z artretyzmem i reumatoidalnym zapaleniem stawów, POChP oraz populację mieszaną. Przedmiotem niniejszego Raportu są świadczenia z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej, w związku z czym nie prowadzono rozważań pod kątem oceny opłacalności ekonomicznej populacji pacjentów neurologicznych (po udarze) i pulmonologicznych (z POChP), ponieważ kwalifikują się oni do innych dziedzinowych świadczeń rehabilitacji neurologicznej lub pulmonologicznej.

W przeglądzie Brusco 2013 przedstawiono wyniki pojedynczych badań oraz metaanalizy. W analizowanym przeglądzie do metaanalizy włączono 7 badań, z czego wszystkie metaanalizy dotyczyły pacjentów po udarze, nie raportowano wyników w postaci metaanaliz dla pozostałych populacji. W związku z powyższym, w niniejszym opracowaniu przedstawiono wyłącznie wyniki pojedynczych badań RCT i analiz ekonomicznych zawartych w przeglądzie Brusco 2013 oraz dotyczących pacjentów „ogólnoustrojowych”.

W tabelach poniżej przedstawiono charakterystykę badań włączonych do przeglądu oraz raportowane wyniki.

Tabela 98. Charakterystyka badań włączonych do przeglądu Brusco 2013.

Badanie	Interwencja	Komparator	Populacja	Liczebność (I/K)	Typ analizy ekonomicznej
Bowcutt 2000	Rehabilitacja w warunkach szpitalnych	Rehabilitacja na oddziale intensywnej terapii	Geriatryczna	96/95	CMA
Cohen 2002	Rehabilitacja w warunkach szpitalnych	Rehabilitacja na oddziale intensywnej terapii	Geriatryczna	694/694	CMA
Huusko 2002	Rehabilitacja w warunkach szpitalnych i rehabilitacja środowiskowa	Rehabilitacja na oddziale intensywnej terapii	Złamanie biodra	120/123	CMA
O'Reilly 2008	Rehabilitacja w warunkach szpitalnych na oddziale rehabilitacji	Rehabilitacja na oddziale intensywnej terapii	Mieszana (nieokreślona)	80/210	CUA
Rubenstein 1984	Rehabilitacja w szpitalnym oddziale geriatrycznym	Rehabilitacja na oddziale intensywnej terapii	Geriatryczna	63/60	CMA
Cameron 1994	Rehabilitacja w warunkach szpitalnych na oddziale rehabilitacji	Zmodyfikowany program rehabilitacji stacjonarnej (program przyspieszony)	Złamanie kości udowej	125/127	CEA
Munin 1998	Rehabilitacja w warunkach szpitalnych	Zmodyfikowany program rehabilitacji stacjonarnej (wczesna rehabilitacja)	Całkowita wymiana stawu kolanowego i/lub biodrowego	33/38	CMA
Bulthuis 2008	Rehabilitacja w warunkach szpitalnych	Rehabilitacja ambulatoryjna lub środowiskowa	Artretyzm lub reumatoidalne zapalenie starów	50/35	CEA i CUA
Kehusmaa 2010	Rehabilitacja w warunkach szpitalnych	Rehabilitacja środowiskowa	Geriatryczna	343/365	CEA i CUA
Kennedy 2007	Rehabilitacja w warunkach szpitalnych	Rehabilitacja ambulatoryjna	Artretyzm	25/22	CMA
Klingelhofer 2005	Rehabilitacja w warunkach szpitalnych	Rehabilitacja ambulatoryjna	Uraz ortopedyczny	33/60	CMA
Ramsay 1996	Rehabilitacja w warunkach szpitalnych na oddziale rehabilitacji	Rehabilitacja ambulatoryjna	Nietrzymanie moczu	35/39	CMA
Van den Hout 2003	Rehabilitacja w warunkach szpitalnych w klinice reumatologicznej	Rehabilitacja ambulatoryjna lub środowiskowa – rehabilitacja środowiskowa	Artretyzm	71/71	CMA
Van den Hout 2003	Rehabilitacja w warunkach szpitalnych w klinice reumatologicznej	Rehabilitacja ambulatoryjna lub środowiskowa – rehabilitacja ambulatoryjna	Artretyzm	71/68	CMA

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 99. Raportowane wyniki badań włączonych do przeglądu Brusco 2013.

Badanie	Populacja	Interwencja			Komparator			Wynik (SMD)*	95%CI
		Liczebność	Średni koszt [£]	SD	Liczebność	Średni koszt [£]	SD		
Rehabilitacja stacjonarna vs rehabilitacja na oddziale intensywnej opieki									
Cohen 2002	Pacjenci geriatryczni	694	31 643	29 837	694	32 539	31 469	-0,03	-0,13; 0,08
O'Reilly 2008	Populacja mieszana (nieokreślona)	280	11 673	8 499	210	10 733	9 724	0,10	-0,08; 0,28
Rehabilitacja stacjonarna vs zmodyfikowany model rehabilitacji szpitalnej									
Munin 1998	Pacjenci po alloplastyce stawu kolanowego lub biodrowego	38	28 629	3 739	33	26 700	3 762	0,51	0,03; 0,98
Cameron 1994	Pacjenci ze złamaniem biodra	125	111 558	8 467	127	9 597	6 253	0,26	0,01; 0,51
Rehabilitacja stacjonarna vs rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych lub społeczna									
Bulthuis 2008	Pacjenci z reumatoidalnym zapaleniem stawów i osteoporozą	50	16 395	8 375	35	16 988	11 279	-0,06	-0,49; 0,37
Kehusmaa 2010	Pacjenci geriatryczni	376	11 431	10 072	365	8 794	12 006	0,24	0,09; 0,38
Klingelhofer 2005	Pacjenci ortopedyczni	33	2 286	429	60	1 723	992	0,67	0,23; 1,10
Van den Hout 2003	Pacjenci z reumatoidalnym zapaleniem stawów: rehabilitacja społeczna	62	17 848	17 531	61	9 201	9 419	0,61	0,25; 0,97
Van den Hout 2003	Pacjenci z reumatoidalnym zapaleniem stawów: rehabilitacja ambulatoryjna	32	17 848	17 531	31	13 434	8 434	0,32	-0,04; 0,67
Rehabilitacja stacjonarna vs rehabilitacja w warunkach domowych									
Mahomed 2008	Pacjenci po alloplastyce stawu kolanowego lub biodrowego	119	8 406	6 685	115	6 411	4 482	0,35	0,09; 0,61

*brak danych dotyczących wartości *p* raportowanych w przeglądzie Brusco 2013.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Poniżej przedstawiono wyniki obejmujące porównania dla poszczególnych poziomów opieki, dla rozpoznań innych niż neurologiczne i pulmonologiczne.

1) Rehabilitacja w warunkach szpitalnych vs rehabilitacja na oddziale intensywnej terapii.

Pojedyncze badanie (Bowcutt 2000; brak wyników ilościowych raportowanych w przeglądzie Brusco 2013) dało statystycznie istotny wynik z różnicą kosztów na korzyść rehabilitacji stacjonarnej dla populacji pacjentów geriatrycznych, ale wyniki te nie zostały powtórzone dla dwóch indywidualnych badań z kohortą geriatryczną i kohortą mieszaną (Cohen 2002, SMD=-0,03 [95%CI:-0,13; 0,08]; O'Reilly 2008, SMD=0,10 [95%CI: -0,08; 0,28]), gdzie koszty nie różniły się między rehabilitacją na oddziale intensywnej terapii a rehabilitacją stacjonarną.

2) Rehabilitacja w warunkach szpitalnych vs zmodyfikowany program rehabilitacji stacjonarnej (wczesna lub przyspieszona rehabilitacja).

W 2 badaniach zgłoszono znaczną różnicę w kosztach na korzyść zmodyfikowanej rehabilitacji stacjonarnej, szczególnie w przypadku przyspieszonej rehabilitacji (Cameron 1994, SMD=0,26 [95%CI: 0,01; 0,51]) i wczesnej rehabilitacji (Munin 1998, SMD=0,51 [95%CI: 0,03; 0,98]) dla populacji ortopedycznych.

3) Rehabilitacja stacjonarna vs rehabilitacja ambulatoryjna oraz rehabilitacja środowiskowa.

Wyniki z 4 badań świadczyły na korzyść rehabilitacji środowiskowej i ambulatoryjnej w kwestii kosztów, w tym u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów (Bulthuis 2008, SMD= - 0,06 [95%CI: -0,49; 0,37]; Van den Hout 2003, w subpopulacji, w której komparatorem była rehabilitacja środowiskowa SMD=0,61 [95%CI: 0,25; 0,97], w subpopulacji, w której komparatorem była rehabilitacja ambulatoryjna SMD=0,32 [95%CI: - 0,04; 0,67]), pacjentów geriatrycznych (Kehusmaa 2010, SMD=0,24 [95%CI: 0,09; 0,38]) i pacjentów ortopedycznych (Klingelhofer 2005, SMD=0,67 [95%CI: 0,23; 1,10]).

4) Rehabilitacja stacjonarna vs rehabilitacja w warunkach domowych.

Pojedyncze badanie dotyczyło pacjentów po alloplastyce stawu biodrowego i kolanowego, które wykazało oszczędność na poziomie 1 995 £ na osobę (Mahomed 2008, SMD= 0,35; [95%CI, 0,09; 0,61]) na korzyść rehabilitacji w warunkach domowych.

Wnioski autorów

Wnioski autorów dotyczą całej populacji włączonej do przeglądu Brusco 2013, w tym populacji neurologicznej (udar) i pulmonologicznej (POChP).

Według autorów przeglądu, u części pacjentów rehabilitacja szpitalna może być najbardziej kosztowo-efektywną formą rehabilitacji, jednak dla innych populacji pacjentów najbardziej kosztowo-efektywną formą rehabilitacji może być rehabilitacja domowa lub środowiskowa. Wyniki sugerują, że jedna usługa rehabilitacji nie może zapewnić opłacalnego kosztowo wyniku dla wszystkich pacjentów rehabilitacyjnych; dlatego dostawcy usług zdrowotnych powinni rozważyć alternatywne modele opieki.

Komentarz Analityków i ograniczenia

Wyniki opisywanego przeglądu Brusco 2013 wydają się wskazywać, że rehabilitacja stacjonarna nie jest jednoznacznie najbardziej kosztowo efektywna dla opisywanych populacji pacjentów.

Powyższą analizę ekonomiczną należy traktować z dużą dozą niepewności z uwagi na bardzo zróżnicowaną i niejednorodną populację pacjentów. Można przypuszczać, iż zmodyfikowana rehabilitacja stacjonarna (Cameron 1994, SMD=0,26 [95%CI: 0,01; 0,51], Munin 1998, SMD=0,51 [95%CI: 0,03; 0,98]) oraz rehabilitacja środowiskowa i ambulatoryjna (Klingelhofer 2005, SMD=0,67 [95%CI: 0,23; 1,10]) są bardziej opłacalne kosztowo niż rehabilitacja stacjonarna. Uzyskano niejednoznaczne wyniki dotyczące poszczególnych subpopulacji w kwestii opłacalności kosztowej poszczególnych poziomów opieki rehabilitacyjnej w ramach populacji geriatrycznej. W populacji pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów uzyskano opłacalność kosztową na korzyść rehabilitacji ambulatoryjnej i środowiskowej (Bulthuis 2008, SMD= -0,06 [95%CI: -0,49; 0,37]; Van den Hout 2003, w subpopulacji, w której komparatorem była rehabilitacja środowiskowa SMD=0,61 [95%CI: 0,25; 0,97], w subpopulacji, w której komparatorem była rehabilitacja ambulatoryjna SMD=0,32 [95%CI: -0,04; 0,67]), u pacjentów po alloplastyce stawu biodrowego i kolanowego, wykazano oszczędność na poziomie 1 995 £ na osobę (Mahomed 2008, SMD= 0,35; [95%CI, 0,09; 0,61]) na korzyść rehabilitacji w warunkach domowych.

Ponadto, w przeglądzie Brusco 2013 nie przeprowadzono porównań alternatywnych poziomów opieki (jak np. zmodyfikowana rehabilitacja stacjonarna vs rehabilitacja ambulatoryjna) ze względu na istnienie często tylko pojedynczych badań dla poszczególnych subpopulacji.

8. Analiza wpływu proponowanej zmian technologii medycznych na kolejki oczekujących na udzielenie świadczenia

8.1. Ograniczenia i założenia analizy

Niniejsza analiza ocenia potencjalny wpływ proponowanych zmian na kolejki oczekujących. W ramach jej prowadzenia zidentyfikowano ograniczenia i przyjęto następujące założenia:

- 1) brak wiedzy na temat stanu klinicznego pacjentów obecnie rehabilitowanych uniemożliwia przeprowadzenie triage' u pacjentów pod kątem zakwalifikowania do różnych poziomów opieki,
- 2) przyjęto, iż do stacjonarnej rehabilitacji kwalifikują się wszyscy pacjenci oczekujący obecnie na udzielenia świadczenia w trybie pilnym,'
- 3) przyjęto, iż wszyscy pacjenci oczekujący obecnie na udzielenia świadczenia stacjonarnego w trybie stabilnym, nie spełniają kryteriów kwalifikacji i zostaną przekierowani do innych form rehabilitacji,
- 4) założono, iż wszyscy pacjenci obecnie oczekujący na udzielenie świadczenia w trybie pilnym to pacjenci kwalifikujący się do proponowanych świadczeń stacjonarnych, dziennych i ambulatoryjnych (po leczeniu ostrej fazy choroby),
- 5) założono, iż we wszystkich zakresach pacjenci ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów, zostaną przekierowani do innych zakresów świadczeń rehabilitacyjnych – głównie POF,
- 6) potencjalnym zagrożeniem jest brak informacji na temat wystarczalności zasobów ludzkich i lokalowych do realizacji świadczeń - obecnie w Polsce jest 2 715 lekarzy specjalistów rehabilitacji, ok. 62. fizjoterapeutów, ok. ok. 2 600 psychologów i 400 terapeutów zajęciowych (brak informacji ile z tych osób udziela świadczeń w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia), liczba miejsc w których udzielane są świadczenia rehabilitacyjne finansowane przez NFZ wynosi ponad 6 tys., w tym ponad połowę stanowią gabinety fizjoterapeutyczne,
- 7) założenia dotyczące organizacji POF wymagają przeprowadzenia pilotażu, dopiero po jego przeprowadzeniu będzie możliwe oszacowanie skutków dla systemu (pod kątem zasobów kadrowych, lokalowych, organizacyjnych czy kosztów), nie jest możliwe określenie ostatecznej populacji pacjentów czy czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia; zgodnie z przyjętymi założeniami POF ma zostać objęty pilotażem w dwóch porównywalnych formach: jako jednostka podlegająca POZ (deklaracja do POZ oznacza jednocześnie deklaracje do POF) oraz niezależnie od POZ (odrębne deklaracje do POZ i POF),
- 8) w ramach kompleksowej rehabilitacji dziennej, fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej są udzielane świadczenia dla pacjentów w różnych stanach klinicznych np. ze schorzeniami neurologicznymi, pulmonologicznymi czy mięśniowo-szkieletowymi, co utrudnia określenie potencjalnej liczby pacjentów korzystających ze świadczeń i określenie czasu oczekiwania na świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej, bowiem wszyscy pacjenci, bez względu na rozpoznanie medyczne, oczekują w jednej kolejce.

8.2. Wpływ zmiany technologii medycznych na kolejki oczekujących na poziomie opieki stacjonarnej

Wpływ zmiany: potencjalne zmniejszenie kolejek i skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia dla pacjentów pilnych

Na podstawie analizy świadczeń zrealizowanych w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej wynika, iż leczenie 61% ogólnej liczby pacjentów było rozliczonych produktami dedykowanymi dla osób z chorobami przewlekłymi: ROPS01 Rehabilitacja ogólnoustrojowa przewlekła w szpitalu oraz ROPZ01 Rehabilitacja ogólnoustrojowa przewlekła w zakładzie rehabilitacji leczniczej.

Tabela 100. Główne rozpoznania sprawozdane w JGP w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.

Kod ICD-10	Nazwa rozpoznania wg ICD-10 w rehabilitacji ogólnoustrojowej przewlekłej stacjonarnej	Liczba pacjentów	% udział w liczbie pacjentów
M47.8	Inne zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	12 533	9%
M15.0	Pierwotnie uogólniona choroba zwyrodnieniowa stawów	4 632	4%
M51.1	Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych	3 852	3%
Razem rehabilitacja ogólnoustrojowa przewlekła stacjonarna ROPS01 i ROPZ01		81 220	61%
Razem rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna		132 212	100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

W przyjętej koncepcji zmiany technologii medycznych dla rehabilitacji ogólnoustrojowej, świadczenia w warunkach stacjonarnych będą dedykowane dla pacjentów w stanie „ostrym” tzn. po leczeniu ostrej fazy choroby w szpitalu. Oznacza to, iż w miejsce obecnych 61% pacjentów „przewlekłych”, którzy zostaną przekierowani do innych form rehabilitacji, w szczególności do POF lub ośrodka dziennego, zostaną przyjęci pacjenci po leczeniu szpitalnym tzw. „ostrzy”.

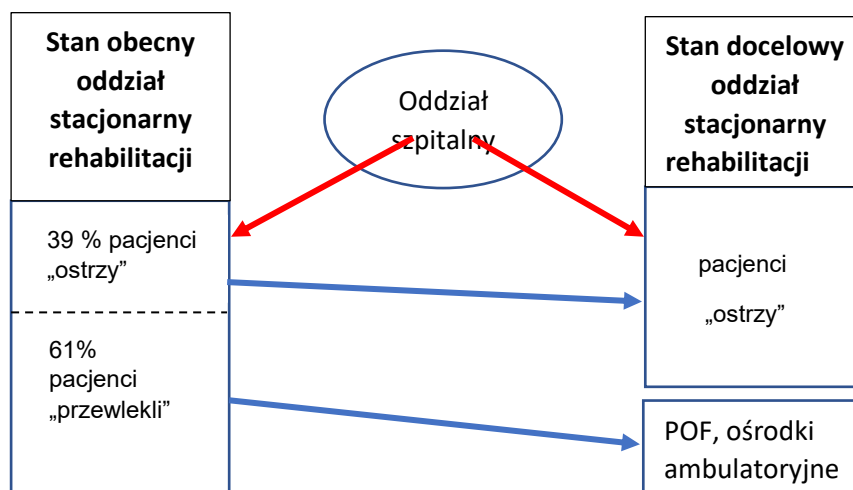
Tabela 101. Dane dotyczące kolejki do stacjonarnej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej

KOLEJKI	PRZYPADEK PILNY	PRZYPADEK STABILNY
Liczba osób oczekujących	35 805	192 405
Średni ważony czas oczekiwania	248	1 075

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Pacjenci obecnie oczekujący w przypadku pilnym – 35 805 osób, wg przyjętych założeń, zostaną przyjęci na oddział stacjonarny w miejsce pacjentów przewlekłych (tj. obecnie 81 tys.).

Wykres 17. Przepływ pacjentów w stacjonarnej rehabilitacji ogólnoustrojowej



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

8.3. Wpływ zmiany technologii medycznych na kolejki oczekujących na poziomie opieki dziennej

Wpływ zmiany: potencjalne zmniejszenie kolejek i skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia dla pacjentów pilnych

Na podstawie analizy świadczeń zrealizowanych w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej wynika, iż 84% ogólnej liczby pacjentów (z liczby 171 tys.) to osoby ze schorzeniami mięśniowo-szkieletowymi i innymi kwalifikującymi do rehabilitacji ogólnoustrojowej. Ok. 40% całej populacji (ok. 69 tys. osób) stanowią osoby ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów.

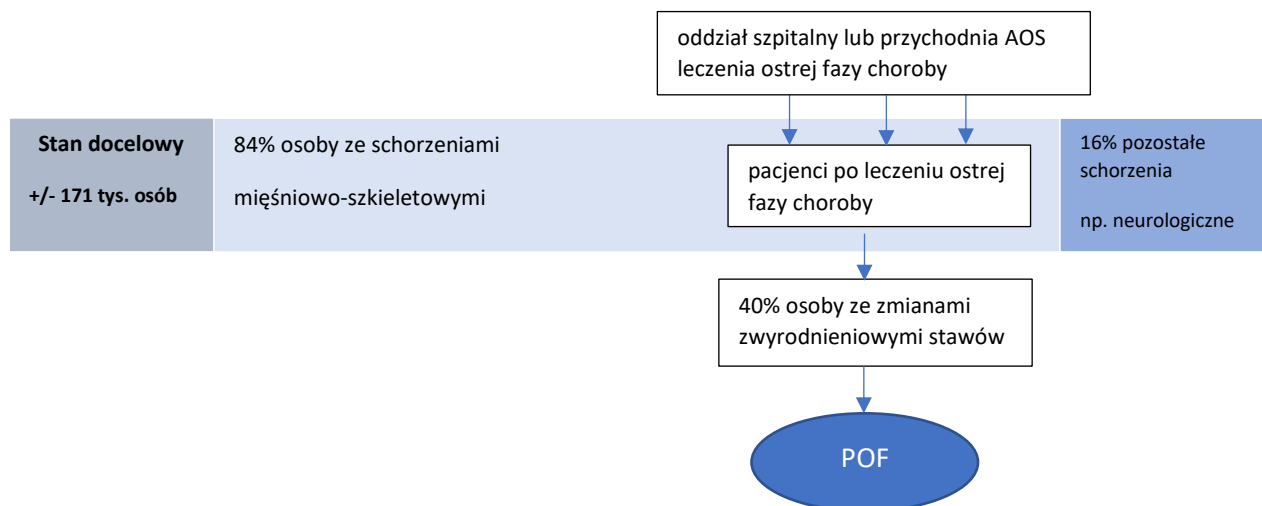
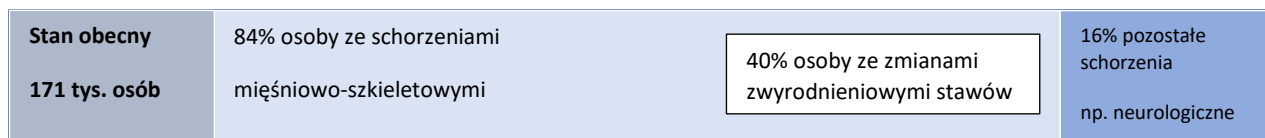
Tabela 102. Dane dotyczące kolejki do rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym.

KOLEJKI	PRZYPADEK PILNY	PRZYPADEK STABILNY
Liczba osób oczekujących	17 775	82 274
Średni ważony czas oczekiwania	180	326

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Zakładając, iż większa część osób ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów zostanie przekierowana do innych poziomów opieki, 17 775 osób oczekujących na udzielenie świadczenia rozpocznie leczenie wcześniej. Dodatkowo do ośrodka dziennego zostaną zakwalifikowani pacjenci po leczeniu szpitalnym „ostрым”, którzy nie zakwalifikują się do stacjonarnego poziomu rehabilitacji.

Wykres 18. Przepływ pacjentów w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym.



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

8.4. Wpływ zmiany technologii medycznych na kolejki oczekujących na poziomie opieki ambulatoryjnej

Wpływ zmiany: potencjalne zmniejszenie kolejek i skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia dla pacjentów pilnych

Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń z zakresu fizjoterapia ambulatoryjna w 2017 r. wyniosła blisko 2,6 mln. Najczęściej sprawozdawanymi rozpoznaniem głównymi w 2017 r. były schorzenia z grupy M – choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, które stanowiły 73,1%. Na drugim miejscu odnotowano schorzenia z rozdziału G – choroby układu nerwowego, którego udział wyniósł 13,9%, a na trzecim miejscu znalazły się urazy głowy (S) z udziałem na poziomie 6,7%.

Tabela 103. Główne rozdziały klasyfikacji ICD-10 w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej.

Rozdział ICD-10	Wartość zrealizowana (mln zł)	Udział rozdziału w ogólnej liczbie rozpoznań (%)
Choroby układu mięśniowo - szkieletowego i tkanki łącznej (M)	618,07	73,1%
Choroby układu nerwowego (G)	142,33	13,9%
Urazy głowy (S)	67,09	6,7%
Pozostałe	77,73	6,3%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ. | Litera w nawiasach oznaczają kod rozdziału zgodny z klasyfikacją ICD-10.

Analizując najczęściej sprawozdane rozpoznania, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa stanowiły 19,3% udziału w liczbie najczęściej sprawozdanych z zakresu fizjoterapia ambulatoryjna, przy czym wraz z kategoriami: zwyrodnienie wielostawowe, gonartroza oraz inne choroby krążka międzykręgowego stanowiły ponad połowę (53,4%) najczęściej sprawozdanych kategorii w opisywanym zakresie. Oznacza to, iż ok. 1 mln. osób korzystało z fizjoterapii ambulatoryjnej z powodu zmian zwyrodnieniowych stawów.

Tabela 104. Dane dotyczące kolejki do fizjoterapii ambulatoryjnej.

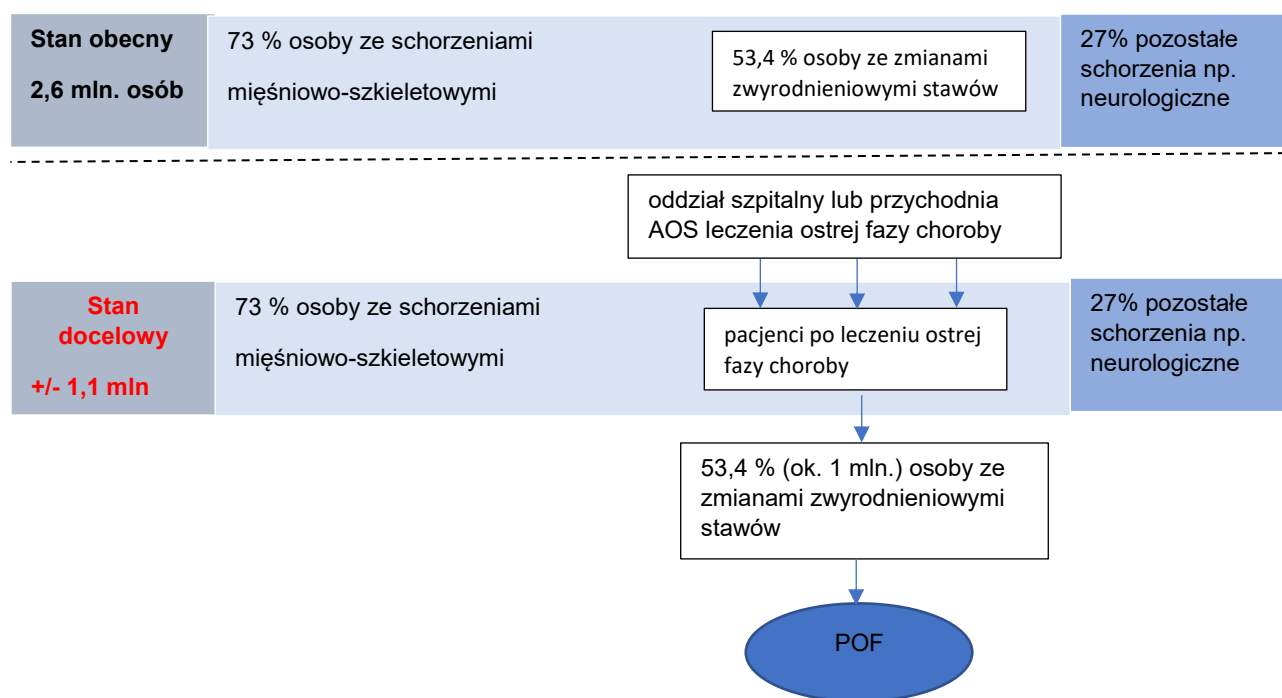
KOLEJKI	PRZYPADK PILNY	PRZYPADK STABILNY
Liczba osób oczekujących	117 719	991 029
Średni ważony czas oczekiwania	107	171

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Przekierowanie pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi do innych poziomów opieki (np. POF), spowoduje zwiększenie liczby pacjentów w fizjoterapii, po ostrym incydencie lub przez planowanym zabiegiem chirurgicznym (kryteria kwalifikacji do świadczeń). Przy założeniu, iż pacjenci oczekujący w kolejce jako przypadek pilny stanowią docelową populację w fizjoterapii, czas oczekiwania dla tych osób ulegnie skróceniu.

Według obecnej wiedzy nie jest możliwe określenie ostatecznego modelu POF, tym samym wskazanie potencjalnych zagrożeń wynikających z przyjętego rozwiązania oraz zaproponowanych przepływów pacjentów pomiędzy poziomami. W szczególności dotyczy kolejek oczekujących, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia. Założenia przyjęte dla POF zakładają szybkie przyjęcie pacjenta przez fizjoterapeutę (sposób organizacji zbliżony do POZ), jednak z uwagi na wspomniane na początku rozdziału ograniczenia i zagrożenia (związane także z zasobami ludzkimi), ostateczne wnioski będą możliwe do wyciągnięcia po przeprowadzeniu programu pilotażowego.

Wykres 19. Przepływ pacjentów w fizjoterapii ambulatoryjnej.



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

8.5. Wpływ zmiany technologii medycznych na kolejki oczekujących na poziomie opieki domowej

Wpływ zmiany: potencjalne zmniejszenie kolejek i skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia dla pacjentów pilnych

Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń z zakresu fizjoterapia domowa w 2017 r. wyniosła blisko 40 tys. osób. Najczęściej sprawozdawanymi rozpoznaniem głównymi w 2017 r. były schorzenia z grupy G – choroby układu nerwowego – 47%, następnie z grupy I – choroby układu krążenia – 21%, natomiast schorzenia z grupy M – choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, stanowiły 18%. Pozostałe rozpoznania obejmują 15% populacji pacjentów, którzy kwalifikują się do rehabilitacji. Przekłada się to na liczbę ok. 13 tys. pacjentów, którzy mieli udzielone świadczenia w ramach szeroko ujętej rehabilitacji ogólnoustrojowej. Najczęściej sprawozdawane w tej grupie pacjentów rozpoznania związane są ze zmianami zwyrodnieniowymi lub złamaniami kości udowej.

Tabela 105. Główne rozdziały klasyfikacji ICD-10 w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej.

Kod ICD-10	Nazwa ICD-10	Liczba osób	% udział w liczbie osób	Wartość zrealizowanych świadczeń w zł
M15	Zwyrodnienie wielostawowe	1 675	12%	674 200,24
S72	Złamanie kości udowej	1 289	9%	521 434,27
M16	Koksartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego]	1 262	9%	506 121,90
M17	Gonartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego]	824	6%	343 281,44
S72.1	Złamanie przekrętarzowe	680	5%	220 016,94
Suma końcowa		13 841	100%	5 513 675,75

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

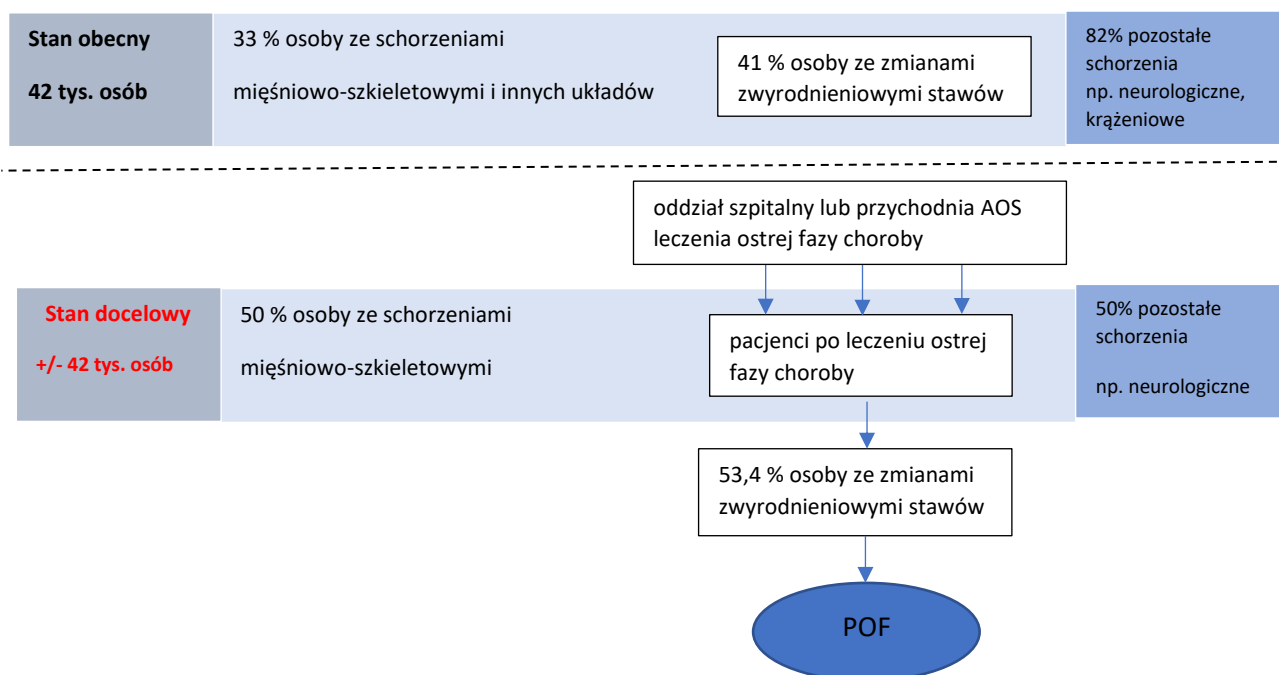
Kolejki oczekujących na udzielenie świadczenia dotyczą wszystkich pacjentów (ze schorzeniami neurologicznymi, układu krążenia czy mięśniowo-szkieletowego). Można założyć, iż proporcjonalnie do liczby udzielonych świadczeń, w kolejce oczekuje ok. 68% ze schorzeniami układu nerwowego i krążenia oraz 32% pacjentów z innymi schorzeniami, w tym ok. 11 tys. osób z grupy rozpoznań (M,S,T).

Tabela 106. Dane dotyczące kolejki do fizjoterapii domowej.

KOLEJKI	PRZYPADEK PILNY	PRZYPADEK STABILNY
Liczba osób oczekujących	901	5 548
Średni ważony czas oczekiwania	57	96

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Wykres 20. Przepływ pacjentów w fizjoterapii domowej



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

9. Opinie ekspertów w sprawie zasadności zmiany technologii medycznych w zakresie rehabilitacji leczniczej

W dnia od 18.10.2018 r. do 15.11.2018 r. zostały przeprowadzone konsultacje z ekspertami w dziedzinie rehabilitacji ogólnoustrojowej. Opinie ekspertów dotyczyły zasadności zmiany technologii medycznych poprzez zakwalifikowanie projektów świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej jako świadczeń finansowanych ze środków publicznych:

1. Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej:
 - 1) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna;
2. Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej:
 - 1) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym;
 - 2) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po długotrwałym unieruchomieniu, czynnościowym leczeniu urazów i rozległych korekcjach;
 - 3) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po amputacjach;
 - 4) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów po leczeniu operacyjnym;

- 5) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z chorobami nowotworowymi;
- 6) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z chorobami pozapalnymi układu mięśniowo - szkieletowego;
3. Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej:
 - 1) Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu mięśniowo- szkieletowego;
 - 2) Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z innymi chorobami (ginekologicznymi, laryngologicznymi, dermatologicznymi, urologicznymi);
4. Świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej:
 - 1) Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy;
 - 2) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami.

Badanie opinii eksperckich przeprowadzono w oparciu o dedykowany formularz oceny. Formularz ten zawierał 6 pytań i dotyczył:

- 1) kluczowych przyczyny, dla których przedmiotowe świadczenia powinny/nie powinny być finansowane ze środków publicznych,
- 2) zasadności proponowanych kryteriów kwalifikacji do poszczególnych świadczeń,
- 3) określenia wymogów dotyczących personelu uprawnionego do realizacji świadczeń,
- 4) określenia wymogów dotyczących zasobów lokalowych do realizacji świadczeń,
- 5) zasadności zastosowania interwencji medycznych w ramach określonych profili, do realizacji poszczególnych świadczeń,
- 6) wskazania wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego bądź sformułowania własnego stanowiska w kwestii zaprojektowanych świadczeń.

Zapytania skierowano do następujących ekspertów/przedstawicieli instytucji:

L.P.	Imię i nazwisko eksperta	Afiliacja
1.	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej
2.	[REDAKOWANE]	[REDAKOWANE]
3.	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej
4.	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej
5.	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Konsultant Krajowy w dziedzinie reumatologii
6.	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu
7.	[REDAKOWANE]	[REDAKOWANE]
8.	[REDAKOWANE]	[REDAKOWANE]
9.	Dr hab. n. hum. Maria Kózka Prof. nadzw. UJ	Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa
10.	[REDAKOWANE]	[REDAKOWANE]
11.	[REDAKOWANE]	[REDAKOWANE]
12.	Dr n. med. Robert Szafkowski	Konsultant Krajowy w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej
13.	Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegliński	Konsultant Krajowy w dziedzinie fizjoterapii

Odpowiedzi na zapytanie udzieliło łącznie 6 ekspertów:



L.P.	Imię i nazwisko eksperta	Afiliacja
7.	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej
8.	[REDAKOWANE]	[REDAKOWANE]
9.	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej
10.	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej
11.	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Konsultant Krajowy w dziedzinie reumatologii
12.	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu

Wyniki indywidualnych rekomendacji wiodących ekspertów w przedmiotowym zakresie prezentują poszczególne zestawienia tabelaryczne.



Tabela 107. Opinie ekspertów dotyczące kluczowych przyczyn, dla których wnioskowane świadczenia powinny/nie powinny być finansowane ze środków publicznych.

Ekspert	Odpowiedź	Uzasadnienie
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna		
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Tak	Praktyka kliniczna winna uwzględniać kompleksowo prowadzoną diagnozę i terapię psychologiczną w w/w zakresie
[REDAKTOWANE]	Tak	Świadczenia dedykowane chorym którzy ze względu na stan kliniczny i funkcjonalny wymagającym całodobowej opieki medycznej, nie potrafią samodzielnie poruszać się (brak możliwości korzystania ze świadczeń w warunkach ambulatoryjnych).
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Nie mam doświadczenia
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Nie	Jestem zwolennikiem rehabilitacji sprofilowanej: na przykład rehabilitacja ruchowa po urazach celem szybkiego wyprowadzenia ze stanu czasowej niepełnosprawności i powrotu do pracy, rehabilitacja ruchowa u chorych z wadami lub chorobami nerwowomięśniowymi. W mojej opinii rehabilitacja ogólnoustrojowa bez określenia jej celowości nie powinny być finansowane ze środków publicznych, być może jest celowa dla poprawy ogólnego stanu zdrowia, ale wówczas nie dotyczy konkretnych sytuacji chorobowych lecz raczej poprawy warunków ageingu. Dotyczy to tym samym niesprofilowanej terapii balneoklimatycznej, oraz niesprofilowanej terapii w dziecięcych szpitalach uzdrowiskowych (wypowiadałem się na ten temat w komentarzu dla MZ)
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym		
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Tak	Praktyka kliniczna winna uwzględniać kompleksowo prowadzoną diagnozę i terapię psychologiczną w w/w zakresie
[REDAKTOWANE]	Tak	Świadczenia dedykowane chorym z obrzękiem limfatycznym wymagającym „wieloprofilowego oddziaływania terapeutycznego”, którzy ze względu na stan kliniczny i funkcjonalny mogą korzystać ze świadczeń w warunkach ambulatoryjnych (potrafią samodzielnie poruszać się). Nie wymagają całodobowej opieki medycznej.
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Nie mam doświadczenia
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Nie	Bardzo szczegółowa kwestia, wszystko zależy od przyczyny obrzęku, ogólnoustrojowa rehabilitacja dla chorej z obrzękiem limfatycznym po leczenie guza piersi jest sformułowaniem wewnątrznie sprzecznym, rehabilitacja sprofilowana na przeciwdziałaniu obrzękom limfatycznym taka, ale dlaczego ogólnoustrojowa?
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po długotrwałym unieruchomieniu, czynnościowym leczeniu urazów i rozległych korekcjach		
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Tak	Praktyka kliniczna winna uwzględniać kompleksowo prowadzoną diagnozę i terapię psychologiczną w w/w zakresie

Ekspert	Odpowiedź	Uzasadnienie
[REDACTED]	Tak	Świadczenia dedykowane chorym po długotrwałym unieruchomieniu, czynnościowym leczeniu urazów i rozległych korekcjach, wymagającym „wieloprofilowego oddziaływania terapeutycznego”, którzy ze względu na stan kliniczny i funkcjonalny mogą korzystać ze świadczeń w warunkach ambulatoryjnych (potrafią samodzielnie poruszać się). Nie wymagają całodobowej opieki medycznej.
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Nie mam doświadczenia
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Tak	Tak, to oczywiste, choć nie jest oczywistym, dlaczego chory ma być długo unieruchomiony po leczeniu urazów. Nowoczesne leczenie w traumatologii polega na tym, że po operacji chorych się uruchamia na drugi dzień, ale dla przyspieszenia wyjścia z niepełnosprawności chory powinien z oddziału urazowego trafić natychmiast do oddziału rehabilitacyjnego. Sprawa wymaga monitorowania drogi chorego od urazu do powrotu do pracy lub aktywności życiowej - potrzeba rehamanagery by tym procesem się zajmował, więc obecność takiego specjalisty powinna być wytaryfikowana
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po amputacjach		
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Tak	Praktyka kliniczna winna uwzględniać kompleksowo prowadzoną diagnozę i terapię psychologiczną w w/w zakresie (szczególnie psychoterapię indywidualną i pomoc psychologiczną dla pacjenta -dostosowaną do potrzeb pacjenta i etapu jego adaptacji do niepełnosprawności).
[REDACTED]	Tak	Świadczenia dedykowane chorym po amputacjach, wymagającym „wieloprofilowego oddziaływania terapeutycznego”, którzy ze względu na stan kliniczny i funkcjonalny mogą korzystać ze świadczeń w warunkach ambulatoryjnych (potrafią samodzielnie poruszać się). Nie wymagają całodobowej opieki medycznej.
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Nie mam doświadczenia
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Tak	Istnieje pilna potrzeba powrotu do sytuacji by w miejscu gdzie dokonuje się amputacji pacjent miał dostęp do warsztatu sprzętu ortopedycznego, w którym bez szukania (sklepów, wytwórców itd.) miałby zapewnione świadczenie w postaci odpowiedniej protezy tak kończyny górnej jak i dolnej. Model taki został wypracowany w Niemczech po wojnie francusko-pruskiej 1870-1871, przeniesiony przez prof. Ireneusza Wierzejewskiego w 1913 roku do Polski i następnie był wdrażany przez prof. Wiktora Degę i prof. Mariana Weissą jako element polskiego modelu (szkoły) rehabilitacji. Ten model to nierozłączne działanie ortopedii (i traumatologii) z rehabilitacją i zaopatrzeniem ortotycznym i protetycznym.
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów po leczeniu operacyjnym		
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Tak	Praktyka kliniczna winna uwzględniać kompleksowo prowadzoną diagnozę i terapię psychologiczną w w/w zakresie
[REDACTED]	Tak	Świadczenia dedykowane chorym ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów po leczeniu operacyjnym, wymagającym „wieloprofilowego oddziaływania terapeutycznego”, którzy ze względu na stan kliniczny i funkcjonalny mogą korzystać ze świadczeń w warunkach ambulatoryjnych (potrafią samodzielnie poruszać się). Nie wymagają całodobowej opieki medycznej.

Ekspert	Odpowiedź	Uzasadnienie
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Nie mam doświadczenia
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Tak	Tak, nie wszyscy pacjenci po endoprotezoplastykach stawów wymagają natychmiastowej rehabilitacji, ale jeśli zależy nam na skróceniu czasu niepełnosprawności to świadczenie endoprotezoplastyki stawów biodrowego i kolanowego powinno stanowić kompleks ze stacjonarną rehabilitacją ruchową. Lokalizacja oddziału rehabilitacji obok oddziałów ortopedycznych zapewni możliwość bezpośredniego działania w sytuacji rzadkich, ale jednak występujących powikłań po leczenia operacyjnym (odsetek tych powikłań sumaryczny może sięgać do 5%)
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z chorobami nowotworowymi		
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Tak	Praktyka kliniczna winna uwzględniać kompleksowo prowadzoną diagnozę i terapię psychologiczną w w/w zakresie (szczególnie psychoterapię indywidualną i pomoc psychologiczną dla pacjenta oraz jego rodziny)
	Tak	Świadczenia dedykowane chorym pacjentom z chorobami nowotworowymi, wymagającym „wieloprofilowego oddziaływania terapeutycznego”, którzy ze względu na stan kliniczny i funkcjonalny mogą korzystać ze świadczeń w warunkach ambulatoryjnych (potrafią samodzielnie poruszać się). Nie wymagają całodobowej opieki medycznej.
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Nie mam doświadczenia
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Tak	Nie mam zdania, nie zajmują się tą dziedziną, ale raczej znów powinna to być rehabilitacja sprofilowana w zależności od nowotworu, a nie ogólnoustrojowa - bo jak to jest?
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z chorobami pozapalnymi układu mięśniowo - szkieletowego		
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Tak	Praktyka kliniczna winna uwzględniać kompleksowo prowadzoną diagnozę i terapię psychologiczną w w/w zakresie
	Tak	Świadczenia dedykowane chorym pacjentom z chorobami pozapalnymi układu mięśniowo - szkieletowego, wymagającym „wieloprofilowego oddziaływania terapeutycznego”, którzy ze względu na stan kliniczny i funkcjonalny mogą korzystać ze świadczeń w warunkach ambulatoryjnych (potrafią samodzielnie poruszać się). Nie wymagają całodobowej opieki medycznej.
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Tak powinna być finansowana ze środków publicznych
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Brak	Nie ogólnoustrojowa ale sprofilowana ruchowa dla pacjentów przede wszystkim z reumatoidalnym zapaleniem stawów, pozostałe powikłania infekcyjne dotyczą następstw złamań bądź następstw endoprotezoplastyki stawów biodrowego i kolanowego i miałyby się w świadczeniu kompleksowym dla tych sposobów leczenia. Osobna grupa to chorzy, których występują porażenia i infekcje: na przykład chorzy po urazach rdzenia kręgowego wymagający leczenia egzoszkieletem, ale także uzupełniającego leczenia ortopedycznego - tu należy wspomnieć przypadek żuźłowca i kolarza

Ekspert	Odpowiedź	Uzasadnienie
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu mięśniowo- szkieletowego		
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak
[REDACTED]	Tak	Świadczenia dedykowane pacjentom z chorobami układu mięśniowo szkieletowego wymagającym fizjoterapii, którzy ze względu na stan kliniczny i funkcjonalny mogą korzystać ze świadczeń w warunkach ambulatoryjnych (potrafią samodzielnie poruszać się). Nie wymagają całodobowej opieki medycznej.
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Tak powinna być finansowana ze środków publicznych
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Tak	Tak jako ewentualna potrzeba przedłużenia rehabilitacji ruchowej, bądź jako podstawowa forma rehabilitacji neurofizjologicznej u pacjentów z chorobą nerwowomięśniowymi: na przykład mózgowo porażenie dziecięce, urazowe uszkodzenia OUN, pozapalne (poinfekcyjne) uszkodzenia OUN, po nowotworowe uszkodzenia OUN
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z innymi chorobami (ginekologicznymi, laryngologicznymi, dermatologicznymi, urologicznymi)		
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak
[REDACTED]	Tak	Świadczenia dedykowane pacjentom z innymi chorobami (ginekologicznymi, laryngologicznymi, dermatologicznymi, urologicznymi) wymagającym fizjoterapii, którzy ze względu na stan kliniczny i funkcjonalny mogą korzystać ze świadczeń w warunkach ambulatoryjnych (potrafią samodzielnie poruszać się). Nie wymagają całodobowej opieki medycznej.
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Nie mam doświadczenia
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Nie	Strukturalnie NIE, ale pewnie w przypadku kompleksowych schorzeń bądź wad tak na przykład przepuklina oponowo-rdzeniowa: kompleksowe usprawnianie dotyczy funkcji ruchowych i funkcji dróg moczowych
Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy		
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak
[REDACTED]	Tak	Świadczenia dedykowane pacjentom po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy wymagają fizjoterapii indywidualnej oraz funkcjonalnego treningu medycznego prowadzonego w ramach sali fizjoterapii (warunki przestrzenne, odpowiedni sprzęt do ćwiczeń) Można przyjąć, że świadczenia dla tej grupy chorych mogą być realizowane w warunkach domowych ale tylko wtedy kiedy wprowadzimy dodatkowe kryterium włączenia, które pozwoli ocenić czy pacjenci potrafią samodzielnie poruszać się (dotrzeć na świadczenia ambulatoryjne).

Ekspert	Odpowiedź	Uzasadnienie
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Nie mam doświadczenia
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Nie	Jeżeli kompleksowe świadczenie obejmujące leczenie ortopedyczne i rehabilitację stacjonarną to nie jest potrzebna fizjoterapia domowa (albo - albo)
Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami		
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak
	Tak	Świadczenia dedykowane pacjentom po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy wymagają fizjoterapii indywidualnej oraz funkcjonalnego treningu medycznego prowadzonego w ramach sali fizjoterapii (warunki przestrzenne, odpowiedni sprzęt do ćwiczeń) Można przyjąć, że świadczenia dla tej grupy chorych mogą być realizowane w warunkach domowych ale tylko wtedy kiedy wprowadzimy dodatkowe kryterium włączenia, które pozwoli ocenić czy pacjenci potrafią samodzielnie poruszać się (dotrzeć na świadczenia ambulatoryjne).
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Nie mam doświadczenia
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Tak	Tak w przypadku politraumatyzacji i/lub z uszkodzeniami układu nerwowego
Opieka lekarska rehabilitacyjna		
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak
	Tak	Tylko dla chorych wymagających wieloprofilowego oddziaływania terapeutycznego oraz całodobowej opieki medycznej (oddziały stacjonarne-obligatoryjnie, ośrodki dzienne-fakultatywnie).
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Tak	Wszystkie wnioskowane świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych gdyż poprawią one dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia społeczeństwa i możliwość ograniczenia niepełnosprawności.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Nie mam doświadczenia
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Tak	Brak

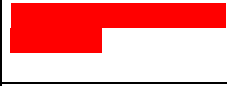


Źródło: Opracowanie własne AOTMiT



PODSUMOWANIE:




Zdaniem ekspertów odnośnie do finansowania wnioskowanych świadczeń ze środków publicznych jest podzielone. Większość jest za wprowadzeniem finansowania wszystkich świadczeń. Jeden z ekspertów wypowiedział się negatywnie odnośnie opisu świadczenia kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej, kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym, fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów z innymi chorobami (ginekologicznymi, laryngologicznymi,





dermatologicznymi, urologicznymi) oraz fizjoterapii domowej dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy.

Tabela 108. Opinie ekspertów dotyczące kryteriów kwalifikacji do poszczególnych świadczeń.

Ekspert	Uzasadnienie
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	<ul style="list-style-type: none"> - skala Barthel ADL <7-8, - dodatkowo do oceny skala: Zaburzenia funkcji poznawczo-behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania - co najmniej jeden punkt w stopniu -4 - 1) po leczeniu operacyjnym - bezpośrednio lub w ciągu 12 tygodni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, - 2) po leczeniu zachowawczym - bezpośrednio lub w ciągu 6 tygodni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby. - Dostarczona skala MRC nie jest tą skalą, tylko jej częścią, bez tej właściwej części dotyczącej prezentowanej oceny.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Praktyka psychologiczna - kliniczna wobec pacjenta winna uwzględniać kompleksowo prowadzoną diagnozę psychologiczną np. radzenia sobie ze stresem i terapię psychologiczną (psychoedukacja, wsparcie psychologiczne, terapia psychologiczna: indywidualna i/lub grupowa)
	Należy podkreślić, że w załączniku wysłano inną skalę MRC (ocena siły mięśniowej). Proponowane kryterium może być zastosowane tylko i wyłącznie w sytuacji kiedy wykorzystamy skalę MRC (Clinical grading scale) - 3-7 pkt. jako kryterium kwalifikacji do świadczenia stacjonarnego
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	<ul style="list-style-type: none"> - skala Barthel ADL <7-8, - dodatkowo do oceny skala: Zaburzenia funkcji poznawczo-behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania - co najmniej jeden punkt w stopniu -4 - 1) po leczeniu operacyjnym - bezpośrednio lub w ciągu 12 tygodni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby, - 2) po leczeniu zachowawczym - bezpośrednio lub w ciągu 6 tygodni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby. - Dostarczona skala MRC nie jest tą skalą, tylko jej częścią, bez tej właściwej części dotyczącej prezentowanej oceny.
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Nie rozumiem o jakie leczenie operacyjne chodzi, rehabilitacja ogólnoustrojowa jest tak szerokim pojęciem, że uważam, że trzeba dążyć do określenia jej profilu. Inaczej to będzie wszystko czyli nic.
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Dodatkowo: I 88 i 99 konieczne dodatkowe kody ICD-10.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Praktyka psychologiczna - kliniczna wobec pacjenta winna uwzględniać kompleksowo prowadzoną diagnozę psychologiczną np. radzenia sobie ze stresem i terapię psychologiczną (psychoedukacja, wsparcie psychologiczne, terapia psychologiczna: indywidualna i/lub grupowa)
	Wprowadzenie wymogu dostępu do badania limfocytygrafii, które jest dużym utrudnieniem dla świadczeniodawców bo niewiele jest placówek posiadających izotopy podawane podczas badania. Analogicznie pracując z pacjentem po udarze będziemy potrzebowali umowę z pracownią MRI?
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Dodatkowo: I 88 i 99 konieczne dodatkowe kody ICD-10.
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Bardzo szczegółowa kwestia, wszystko zależy od przyczyny obrzęku, ogólnoustrojowa rehabilitacja dla chorej z obrzękiem limfatycznym po leczenie guza piersi jest sformułowaniem wewnętrznym sprzecznym, rehabilitacja sprofilowana na przeciwdziałaniu obrzękom limfatycznym taka, ale dlaczego ogólnoustrojowa?
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po długotrwałym unieruchomieniu, czynnościowym leczeniu urazów i rozległych korekcjach	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Właściwe kody rozpoznania to: S 00- T 98. konieczne dodatkowe kody ICD-10. 30 wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby lub poradni rehabilitacyjnej
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Praktyka psychologiczna - kliniczna wobec pacjenta winna uwzględniać kompleksowo prowadzoną diagnozę psychologiczną np. osobowości, radzenia sobie ze stresem i terapię psychologiczną (psychoedukacja, wsparcie psychologiczne, interwencja w kryzysie, terapia psychologiczna: indywidualna i/lub grupowa)
	Propozycja zmiany zapisu pkt. 3 „Proponowany czas przyjęcia” zmiana na pacjent po leczeniu ostrego incydentu skierowany do poradni w celu zaplanowania dalszego leczenia.
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Właściwe kody rozpoznania to: S 00- T 98. konieczne dodatkowe kody ICD-10. 3) wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby lub poradni rehabilitacyjnej

Ekspert	Uzasadnienie
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Tak, to oczywiste, choć nie jest oczywistym, dlaczego chory ma być długo unieruchomiony po leczeniu urazów. Nowoczesne leczenie w traumatologii polega na tym, że po operacji chorych się uruchamia na drugi dzień, ale dla przyspieszenia wyjścia z niepełnosprawności chory powinien z oddziału urazowego trafić natychmiast do oddziału rehabilitacyjnego. Sprawa wymaga monitorowania drogi chorego od urazu do powrotu do pracy lub aktywności życiowej - potrzeba rehamanagera by tym procesem się zajmował, więc obecność takiego specjalisty powinna być wytaryfikowana. Umieszczenie tu urazów ramienia i stawu ramiennego to chyba nieporozumienie. Dodabym złamania miednicy z lub bez uszkodzenia nerwów S 37, S 74
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po amputacjach	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	W opisie uwzględniono tylko przyczyny urazowe amputacji nie uwzględniono innych przyczyn dlatego należy dopisać inne kody: Z 89, Z 98, Q 71-Q73, I 70, I73,174, I 71-I 71, I 77-179 konieczne dodatkowe kody ICD-10. -3) wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby lub poradni rehabilitacyjnej. - bezpośrednio lub w ciągu -60 dni od zakończenia leczenia - po przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego - możliwe powikłania lub opóźnione gojenie rany pooperacyjnej
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Praktyka psychologiczna - kliniczna wobec pacjenta winna uwzględniać kompleksowo prowadzoną diagnozę psychologiczną np. osobowości, radzenia sobie ze stresem i terapię psychologiczną (psychoedukacja, wsparcie psychologiczne, interwencja w kryzysie, terapia psychologiczna: indywidualna i/lub grupowa)
	Propozycja zmiany zapisu „Proponowany czas przyjęcia” zmiana na bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od zakończenia leczenia - po amputacji przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego: 1) w oddziale leczenia ostrej fazy choroby, lub 2) w rehabilitacji stacjonarnej - w ramach kontynuacji leczenia.
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	W opisie uwzględniono tylko przyczyny urazowe amputacji nie uwzględniono innych przyczyn dlatego należy dopisać inne kody: Z 89, Z 98, Q 71-Q73, I 70, I73,174, I 71-I 71, I 77-179 konieczne dodatkowe kody ICD-10. -3) wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby lub poradni rehabilitacyjnej. - bezpośrednio lub w ciągu - 60 dni od zakończenia leczenia - po przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego - możliwe powikłania lub opóźnione gojenie rany pooperacyjnej
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Bezpośrednio po amputacji chory powinien trafić do oddziału rehabilitacji, który będzie dysponował lub współpracował z miejscowym warsztatem sprzętu ortopedycznego) protezy, ortezy, którego pracownik na miejscu dokona pomiarów i przymiarek a następnie chory będzie się uczył posługiwać ortezą lub protezą
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów po leczeniu operacyjnym	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	3) wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby lub poradni rehabilitacyjnej - M 41- M43, M 50- M 54, M45-M 49, M 20- M 25, M 00- M14 konieczne dodatkowe kody ICD-10
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Praktyka psychologiczna - kliniczna wobec pacjenta winna uwzględniać kompleksowo prowadzoną diagnozę psychologiczną np. osobowości, radzenia sobie ze stresem i terapię psychologiczną (psychoedukacja, wsparcie psychologiczne, interwencja w kryzysie, terapia psychologiczna : indywidualna i/lub grupowa) - w zależności od potrzeb pacjenta
	Propozycja zmiany zapisu „Proponowany czas przyjęcia” zmiana bezpośrednio w ciągu 30 dni od dnia zakończenia leczenia - po leczeniu operacyjnym przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego: 1) w oddziale leczenia ostrej fazy choroby, lub 2) w rehabilitacji stacjonarnej - w ramach kontynuacji leczenia, lub 3) wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby.
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	3) wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby lub poradni rehabilitacyjnej - M 41- M43, M 50- M 54, M45-M 49, M 20- M 25, M 00- M14 konieczne dodatkowe kody ICD-10.
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Powinno być bezpośrednio po pobycie w oddziale ortopedycznym dla zapobieżenia powstawaniu nieprawidłowych kompensacji. nie wszyscy pacjenci po endoprotezoplastykach stawów wymagają natychmiastowej rehabilitacji, ale jeśli zależy nam na skróceniu czasu niepełnosprawności to świadczenie endoprotezoplastyki stawów biodrowego i kolanowego powinno stanowić kompleks ze stacjonarną rehabilitacją ruchową. Lokalizacja oddziału rehabilitacji obok oddziałów ortopedycznych zapewni możliwość bezpośredniego działania w sytuacji rzadkich, ale jednak występujących powikłań po leczeniu operacyjnym (odsetek tych pow. kłań sumaryczny może sięgać do 5%)
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z chorobami nowotworowymi	

Ekspert	Uzasadnienie
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	lub poradni rehabilitacyjnej prawidłowe rozpoznania ICD-10 to: C 00- C 97, D 00 - D 09, D 10 - D 36, D 37- D 48.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Praktyka psychologiczna - kliniczna wobec pacjenta winna uwzględniać kompleksowo prowadzoną diagnozę psychologiczną np. radzenia sobie ze stresem i terapię psychologiczną (psychoedukacja, wsparcie psychologiczne, interwencja w kryzysie, terapia psychologiczna: indywidualna i/lub grupowa) - dostosowana do udzielania pomocy osobie z chorobą nowotworową .wsparcie psychologiczne dla rodziny
	Brak uwag
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	lub poradni rehabilitacyjnej prawidłowe rozpoznania ICD-10 to: C 00- C 97, D 00 - D 09, D 10 - D 36, D 37- D 48.
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Nie mam szczegółowej wiedzy dla sformułowania mojego stanowiska w tej kwestii
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z chorobami pozapalnymi układu mięśniowo - szkieletowego	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	lub poradni rehabilitacyjnej konieczne rozpoznania ICD-10 to: M 15 - M 19, M 20- M25, M 47. oraz ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów w fazie zaostrzenia wymagający politerapii
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Praktyka psychologiczna - kliniczna wobec pacjenta winna uwzględniać kompleksowo prowadzoną diagnozę psychologiczną np. osobowości .radzenia sobie ze stresem i terapię psychologiczną (psychoedukacja, wsparcie psychologiczne, interwencja w kryzysie, terapia psychologiczna: indywidualna i/lub grupowa)
	Brak uwag
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	lub poradni rehabilitacyjnej konieczne rozpoznania ICD-10 to: M 15 - M 19, M 20- M25, M 47. oraz ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów w fazie zaostrzenia wymagający politerapii
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z chorobami pozapalnymi układu mięśniowo - szkieletowego i fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego jest w całej Europie uznaną metodą postępowania. Należy pozytywnie ocenić próbę wprowadzenia kompleksowej rehabilitacji i fizjoterapii w leczeniu chorób zapalnych układu kostno-mięśniowego. Rozumiem, że pozapalnych tj. w okresie po ustąpieniu ostrego okresu zapalnego (nie ma chorób pozapalnych).
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	sprofilowana ruchowa dla pacjentów przede wszystkim z reumatoidalnym zapaleniem stawów, pozostałe powikłania infekcyjne dotyczą następstw złamań bądź następstw endoprotezoplastyki stawów biodrowego i kolanowego i mieściły by się w świadczeniu kompleksowym dla tych sposobów leczenia. Osobna grupa to chorzy, których występują porażenia i infekcje: na przykład chorzy po urazach rdzenia kręgowego wymagający leczenia egzoszkieletem, ale także uzupełniającego leczenia ortopedycznego - tu należy wspomnieć przypadek żużłowca i kolarza Należy wyłączyć M02,
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu mięśniowo- szkieletowego	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	omyłkowe wpisy konieczne rozszerzenie tej grupy o pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów w fazie zaostrzenia wymagający politerapii oraz ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów w fazie zaostrzenia wymagający politerapii konieczne rozpoznania ICD -10 to: ICD-10: M00-M14, M45, M 15 - M 19, M 20- M25, M 47.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak
	Brak uwag
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	omyłkowe wpisy konieczne rozszerzenie tej grupy o pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów w fazie zaostrzenia wymagający politerapii oraz ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów w fazie zaostrzenia wymagający politerapii konieczne rozpoznania ICD
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	potrzeba przedłużenia rehabilitacji ruchowej, bądź jako podstawowa forma rehabilitacji neurofizjologicznej u pacjentów z chorobami nerwowomięśniowymi: na przykład mózgowo porażenie dziecięce, urazowe uszkodzenia OUN, pozapalne (poinfekcyjne) uszkodzenia OUN, po nowotworowe uszkodzenia OUN
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z innymi chorobami (ginekologicznymi, laryngologicznymi, dermatologicznymi, urologicznymi)	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	To chyba błędy edytorskie?
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak

Ekspert	Uzasadnienie
	Świadczenie nie powinno ograniczać się tylko do stanów pourazowych i pooperacyjnych. Powinno swym zakresem również obejmować pacjentów którzy na skutek leczenia specjalistycznego ambulatoryjnego wymagają interwencji fizjoterapeutycznej. W nazwie świadczenia dokonano modyfikacji polegającej na dodaniu w nawiasie np. otwierającego zakres dziedzin chorób.
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	To chyba błędy edytorskie?
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	W tym zakresie rehabilitacja ruchowa może dotyczyć chorych na przykład z porażeniami w przebiegu przepukliny oponowo- rdzeniowej, u których dodatkowo występuje uszkodzenie układu moczowego wymagające usprawniania, także u chorych po urazach barotraumatycznych, gdy dochodzi do uszkodzenia odbytu, b pęcherza moczowego i narządów płciowych (mężczyźni)
Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	9 miesięcy od dnia wykonania operacji, okres 6 miesięcy może być zbyt krótki. konieczne rozpoznania ICD-10: M15-M19, M 41- M43, M 50- M 54, M45-M 49, M 20- M 25, M 00- M14
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak
	Można przyjąć, że świadczenia dla tej grupy chorych mogą być realizowane w warunkach domowych ale tylko wtedy kiedy wprowadzimy dodatkowe kryterium włączenia, które pozwoli ocenić czy pacjenci potrafią samodzielnie poruszać się (dotrzeć na świadczenia ambulatoryjne).
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	9 miesięcy od dnia wykonania operacji, okres 6 miesięcy może być zbyt krótki. - konieczne rozpoznania ICD-10: M15-M19, M 41- M43, M 50- M 54, M45-M 49, M 20- M 25, M 00- M14.
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Jak poprzednio, skoro kompleksowe świadczenie dla chorych po endoprotezoplastyce razem z rehabilitacją po wypisaniu z oddziału o-u, to wówczas brak miejsca na fizjoterapię domową, chyba że uznamy że chorzy, którzy nie trafią na rehabilitację stacjonarną mogą mieć fizjoterapię domową (tańszą). W tym rozwiązaniu jest jednak ryzyko uprzywilejowania jednych, kosztem drugich. Brak ostrych kryteriów kwalifikacyjnych.
Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Konieczne kody ICD-10: S 00- T 98
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak
	Można przyjąć, że świadczenia dla tej grupy chorych mogą być realizowane w warunkach domowych ale tylko wtedy kiedy wprowadzimy dodatkowe kryterium włączenia, które pozwoli ocenić czy pacjenci potrafią samodzielnie poruszać się (dotrzeć na świadczenia ambulatoryjne).
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Konieczne kody ICD-10: S 00- T 98
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Jako sposób na usprawnianie po pobycie w oddziale rehabilitacyjnym dla chorych z ciężkimi następstwami urazów, których powrót do sprawności wymaga wydłużonego okresu usprawniania, ale również pozwala na przekwalifikowanie zawodowe w razie powstałej konieczności, Szczególna rola rehamanagera
Opieka lekarska rehabilitacyjna	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak
	Brak
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Brak
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Opieka lekarska plus rehamanager

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

PODSUMOWANIE: Najistotniejsze uwagi odnośnie kryteriów kwalifikacji odnotowane przez ekspertów dotyczą m. in.:

1) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna:

Skala Barthel ADL <7-8; dodatkowa skala do oceniająca zaburzenia funkcji poznawczo-behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania (co najmniej jeden punkt w stopniu -4). Ponadto jeden z ekspertów stwierdził, iż w załączniku znajduje się błędna skala MRC (ocena siły mięśniowej), którą należy zmienić na skalę MRC (Clinical grading scale) 3-7 pkt.

2) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym:

Według ekspertów należy dodać kody ICD-10 - I88 i I99. Ponadto jeden z ekspertów zauważa, iż wprowadzenie wymogu dostępu do badania limfoscytografii, które jest dużym utrudnieniem dla świadczeniodawców bo niewiele jest placówek posiadających izotopy podawane podczas badania.

3) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po długotrwałym unieruchomieniu, czynnościowym leczeniu urazów i rozległych korekcjach:

Według dwóch ekspertów właściwe kody rozpoznania to S00-T98. Sugerują oni aby dopisać również w proponowanym czasie przyjęcia dodatkowy punkt o treści „wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby lub poradni rehabilitacyjnej”. Inny z ekspertów sugeruje dodanie kodów S37, S74. Kolejny z ekspertów sugeruje zmianę zapisu w punkcie „proponowany czas przyjęcia” na następujący „pacjent po leczeniu ostrego incydentu skierowany do poradni w celu zaplanowania dalszego leczenia”.

4) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po amputacjach:

Dwaj eksperci proponują między innymi dopisanie kodów Z 89, Z 98, Q 71-Q73, I 70, I73, I74, I 71-I 71, I 77-179 oraz zmianę zapisu w punkcie „proponowany czas przyjęcia” z 30 na 60 dni od zakończenia leczenia. Ponadto proponują dopisanie w tym samym punkcie „wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby lub poradni rehabilitacyjnej”. Inny ekspert proponuje natomiast zmianę zapisu w tym samym punkcie na następujący „bezpośrednio w ciągu 30 dni od dnia zakończenia leczenia - po leczeniu operacyjnym przebyciu ostrego incydentu chorobowego, urazu, leczenia operacyjnego:

- a) w oddziale leczenia ostrej fazy choroby, lub
- b) w rehabilitacji stacjonarnej - w ramach kontynuacji leczenia, lub
- c) wypisania skierowania w poradni leczenia ostrej fazy choroby”

5) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z chorobami nowotworowymi: Tutaj dwóch ekspertów sugeruje zmianę kodów ICD-10 na następujące „C 00- C 97, D 00 - D 09, D 10 - D 36, D 37- D 48” oraz dopisanie w punkcie proponowany czas przyjęcia zwrotu „lub poradni rehabilitacyjnej”.

6) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z chorobami pozapalnymi układu mięśniowo – szkieletowego:

Tutaj ci sami dwaj eksperci proponują dopisanie zwrotu „lub poradni rehabilitacyjnej” w punkcie proponowany czas przyjęcia oraz wpisanie kodów ICD-10 „M 15 - M 19, M 20- M25, M 47”, a także dodanie zapisu w samej nazwie świadczenia „oraz ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów w fazie zaostżenia wymagający politerapii”.

7) Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu mięśniowo- szkieletowego:

Według dwóch ekspertów konieczne jest rozszerzenie tej grupy o pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów w fazie zaostżenia wymagający politerapii oraz ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów w fazie zaostżenia wymagający politerapii. konieczne jest także dodanie rozpoznania ICD -10 M00-M14, M45, M 15 - M 19, M 20- M25, M 47.




8) Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy:



Dwaj eksperci sugerują zmianę czasu przyjęcia pacjenta po operacji z 6 na 9 miesięcy, a także dodanie kodów rozpoznania ICD-10 M15-M19, M 41- M43, M 50- M 54, M45-M 49, M 20- M 25, M 00- M14.

9) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami: dwaj eksperci proponują dopisanie kodów ICD-10 „S00-T-98”




Ponadto eksperci wskazują m.in. iż istotna jest praktyka psychologiczna odnośnie wszystkich wnioskowanych świadczeń.

Tabela 109. Opinia ekspertów dotycząca kwestii proponowanego w Załączniku nr 1 „Szczegółowe opisy świadczeń” personelu uprawnionego do realizacji wnioskowanych świadczeń.

Świadczenia	Ekspert	lekarz rehabilitacji medycznej		lekarz - inny (jaki?)	pielęgniarka	fizjoterapeuta		psycholog		logopeda	terapeuta zajęciowy	dietetyk	inny terapeuta pedagog
		specjalista	w trakcie specjalizacji			specjalista/mgr	inny	psycholog kliniczny	mgr				
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	Brak	X	X	Brak	X	X	X	X	X	
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak
		X	Brak	Ortopeda	X	X	X		X	X	X	X	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	Brak	X	X	Brak	X	X	X	X	X	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	Brak	X	X	Brak	X	X	X	X	X	
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak
		Brak	X	Brak	Brak	X	X	Brak	X	Brak	X	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	Brak	X	X	Brak	X	X	X	X	X	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po długotrwałym unieruchomieniu, czynnościowym	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	Brak	X	X	Brak	X	X	X	X	X	
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak
		X	X	Ortopeda	Brak	X	X		X	Brak	X	Brak	Brak

Świadczenia	Ekspert	lekarz rehabilitacji medycznej		lekarz - inny (jaki?)	pielęgniarka	fizjoterapeuta		psycholog		logopeda	terapeuta zajęciowy	dietetyk	inny terapeuta
		specjalista	w trakcie specjalizacji			specjalista/mgr	inny	psycholog kliniczny	mgr				
leczeniu urazów i rozległych korekcjach	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	Brak	X	X	Brak	X	X	X	X	X	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	X	X	Brak	X	X	Brak	X	Brak	X	X	X	X
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po amputacjach	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	Brak	X	X	Brak	X	X	X	X	X	
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak
		X	X	Chirurg	Brak	X	X		X	Brak	X	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	Brak	X	X	Brak	X	X	X	X	X	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	X	X	Brak	X	X	Brak	X	Brak	Brak	Brak	X	Brak
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów po leczeniu operacyjnym	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	Brak	X	X	Brak	X	X	X	X	X	
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak
		X	X	Ortopeda	Brak	X	X		X	Brak	X	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	Brak	X	X	Brak	X	X	X	X	X	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	X	X	Brak	X	XXX	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	Brak	X	X	Brak	X	X	X	X	X	
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak

Świadczenia	Ekspert	lekarz rehabilitacji medycznej		lekarz - inny (jaki?)	pielęgniarka	fizjoterapeuta		psycholog		logopeda	terapeuta zajęciowy	dietetyk	inny terapeuta
		specjalista	w trakcie specjalizacji			specjalista/mgr	inny	psycholog kliniczny	mgr				
chorobami nowotworowymi		Brak	Brak	Brak	Brak	X	X		X	Brak	X	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	Brak	X	X	Brak	X	X	X	X	X	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z chorobami pozapalnymi układu mięśniowo-szkieletowego	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	Brak	X	X	Brak	X	X	X	X	X	
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak
		Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	X	Brak	X	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	Brak	X	X	Brak	X	X	X	X	X	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	X	X	1	X	X	Brak	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak	Brak	Brak	Brak	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
		Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Brak	Brak	Brak	Brak	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
Fizjoterapia ambulatoryjna dla	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak	Brak	Brak	Brak	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	

Świadczenia	Ekspert	lekarz rehabilitacji medycznej		lekarz - inny (jaki?)	pielęgniarka	fizjoterapeuta		psycholog		logopeda	terapeuta zajęciowy	dietetyk	inny terapeuta
		specjalista	w trakcie specjalizacji			specjalista/mgr	inny	psycholog kliniczny	mgr				
pacjentów z innymi chorobami (ginekologicznymi, laryngologicznymi, dermatologicznymi, urologicznymi)	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
		Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Brak	Brak	Brak	Brak	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	X	Brak	2	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak	Brak	Brak	Brak	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
		Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Brak	Brak	Brak	Brak	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Brak	Brak	3	Brak	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak	Brak	Brak	Brak	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
		Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Brak	Brak	Brak	Brak	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak

Świadczenia	Ekspert	lekarz rehabilitacji medycznej		lekarz - inny (jaki?)	pielęgniarka	fizjoterapeuta		psycholog		logopeda	terapeuta zajęciowy	dietetyk	inny terapeuta	
		specjalista	w trakcie specjalizacji			specjalista/mgr	inny	psycholog kliniczny	mgr					
Opieka lekarska rehabilitacyjna	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak		
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	
		X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

PODSUMOWANIE: Sugestie ekspertów odnośnie personelu uprawnionego do udzielania wnioskowanych świadczeń są do siebie zbliżone. Propozycje ekspertów są następujące:

- 1) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna – dwóch ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej) dla tego świadczenia wspólnie proponuje lekarza rehabilitacji medycznej (specjalistę jak i lekarza w trakcie specjalizacji), pielęgniarkę, specjalistę/magistra fizjoterapii, psychologa (klinicznego i magistra), logopedę, terapeutę zajęciowego i dietetyka. Trzeci ekspert (Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów) określił jako niezbędny personel specjalistę rehabilitacji medycznej, pielęgniarkę, fizjoterapeutę (specjalistę/magistra oraz innego), magistra psychologii, logopedę, terapeutę zajęciowego oraz dietetyka. Ponadto ekspert ten jako innego lekarza niezbędnego w przypadku tego świadczenia proponuje ortopedę. Czwarty z ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej) określił jako niezbędny personel psychologa klinicznego jak i magistra psychologii. Dwóch pozostałych ekspertów nie określiło nikogo dla tego świadczenia.
- 2) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym - dwóch ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej) dla tego świadczenia wspólnie proponuje lekarza rehabilitacji medycznej (specjalistę jak i lekarza w trakcie specjalizacji), pielęgniarkę, specjalistę/magistra fizjoterapii, psychologa (klinicznego i magistra), logopedę, terapeutę zajęciowego i dietetyka. Trzeci z ekspertów (Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów) sugeruje zatrudnienie lekarza rehabilitacji medycznej w trakcie specjalizacji, fizjoterapeutę (specjalistę/magistra lub innego), magistra psychologii oraz terapeutę zajęciowego. Czwarty ekspert (Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej) proponuje zatrudnienie psychologa (zarówno klinicznego jak i magistra), dwóch pozostałych ekspertów natomiast nie określiło nikogo dla tego świadczenia.
- 3) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po długotrwałym unieruchomieniu, czynnościowym leczeniu urazów i rozległych korekcjach – dla tego świadczenia czterech z sześciu ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów; Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) sugeruje zaangażowanie lekarza rehabilitacji medycznej (specjalistę jak i lekarza w trakcie specjalizacji), specjalistę/magistra fizjoterapii, psychologa (zarówno klinicznego jak i magistra) oraz terapeutę zajęciowego. Trzech ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) sugeruje zaangażowanie dla tego świadczenia pielęgniarki, logopedy i dietetyka. Natomiast jeden ekspert (Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów) proponuje zaangażowanie również innego fizjoterapeuty jak np. technik fizjoterapii, inny ekspert (Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) zaś proponuje pedagoga.
- 4) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po amputacjach – dla tego świadczenia czterech ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów; Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) zgodnie sugeruje zaangażowanie lekarza rehabilitacji medycznej (specjalistę jak i w trakcie specjalizacji), specjalistę/magistra fizjoterapii oraz terapeutę zajęciowego. Trzech ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) proponuje pielęgniarkę. Trzech ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej) wspólnie proponuje zaangażowanie psychologa (zarówno klinicznego jak i magistra), Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu proponuje za psychologiem klinicznym, a Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów wyłącznie za magistrem psychologii. Za obecnością dietetyka i logopedy opowiedziało się dwóch ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej), za pedagogiem zaś jeden (Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu). Również jeden z ekspertów (Prezes Krajowej rady Fizjoterapeutów) proponuje by fizjoterapeuta mógł być

inny niż specjalista/magister. Ponadto ekspert ten zaproponował lekarza chirurga jako innego specjalistę dla tego świadczenia.

- 5) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów po leczeniu operacyjnym – czterech ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów; Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) sugeruje dla tego świadczenia lekarza rehabilitacji medycznej (specjalistę jaki w trakcie specjalizacji), specjalistę/magistra fizjoterapii oraz magistra psychologii. Trzech ekspertów proponuje pielęgniarkę (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu), psychologa klinicznego (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej) i terapeutę zajęciowego (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów), natomiast po dwóch ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej) proponuje dietetyka i logopedę. Ponadto Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów widzi miejsce dla fizjoterapeuty innego niż specjalista/mgr oraz proponuje lekarza ortopedę jako dodatkowego specjalistę.
- 6) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami nowotworowymi – w przypadku tego świadczenia czterech ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów; Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej) proponuje magistra psychologii, w tym trzech (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej) proponuje również psychologa klinicznego. Trzech ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej, Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów) zgodnie proponuje obecność terapeuty zajęciowego jak i specjalisty/mgr fizjoterapii, w tym Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów zaznaczył również fizjoterapeutę bez specjalizacji czy tytułu magistra. Dwóch ekspertów zgodnie sugeruje obecność lekarza rehabilitacji medycznej (ze specjalizacją i w jej trakcie), pielęgniarki, logopedy i dietetyka.
- 7) Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami pozapalnymi układu mięśniowo–szkieletowego – pięciu z sześciu ekspertów proponuje zaangażowanie specjalisty/magistra fizjoterapii, w tym jeden z ekspertów (Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów) zaznaczył również innych fizjoterapeutów, czterech ekspertów sugeruje lekarza rehabilitacji medycznej (specjalisty oraz w trakcie specjalizacji) i pielęgniarkę (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Krajowy Konsultant w dziedzinie onkologii klinicznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie reumatologii; Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) oraz psychologa klinicznego (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Krajowy Konsultant w dziedzinie onkologii klinicznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) i magistra psychologii (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Krajowy Konsultant w dziedzinie onkologii klinicznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów). Trzech z sześciu ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Krajowy Konsultant w dziedzinie onkologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów) proponuje terapeutę zajęciowego, dwóch dietetyka i logopedę. Ponadto dwóch ekspertów sugeruje zaangażowanie innego lekarza niż lekarz rehabilitacji medycznej, w tym jeden określił konkretnie, iż powinien to być specjalista z reumatologii.
- 8) Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego – pięciu na sześciu ekspertów proponuje dla tego świadczenia zaangażowanie specjalisty/magistra fizjoterapii, w tym Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów zaznaczył również innego fizjoterapeutę. Ponadto jeden z ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie reumatologii) sugeruje obecność lekarza rehabilitacji medycznej (w trakcie specjalizacji), innego lekarza (nie zostało określone jakiej specjalizacji) oraz pielęgniarkę.

- 9) Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z innymi chorobami (ginekologicznymi, laryngologicznymi, dermatologicznymi, urologicznymi) - czterech z sześciu ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów; Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) proponuje dla tego świadczenia zaangażowanie specjalisty/magistra fizjoterapii, w tym jeden zaznaczył również innego fizjoterapeutę. Dodatkowo jeden z ekspertów sugeruje zaangażowanie specjalisty rehabilitacji medycznej, specjalisty urologa lub innego wymaganego dla specyficznego schorzenia jak i pielęgniarkę.
- 10) Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy – czterech z sześciu ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów; Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) proponuje dla tego świadczenia zaangażowanie specjalisty/magistra fizjoterapii, w tym jeden (Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów) zaznaczył również innego fizjoterapeutę. Ponadto jeden z ekspertów sugeruje zaangażowanie specjalistę ortopedii.
- 11) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami - czterech z sześciu ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów; Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) proponuje dla tego świadczenia zaangażowanie specjalisty/magistra fizjoterapii, w tym jeden zaznaczył również innego fizjoterapeutę. Ponadto jeden z ekspertów sugeruje zaangażowanie pielęgniarki.
- 12) Opieka lekarska rehabilitacyjna – dla tego świadczenia czterech ekspertów proponuje specjalistę rehabilitacji medycznej, w tym trzech również lekarza w trakcie specjalizacji.

Tabela 110. Opinia ekspertów dotycząca kwestii proponowanego w Załączniku nr 1 „Szczegółowe opisy świadczeń” zastosowania zasobów lokalowych do realizacji wnioskowanych świadczeń.

Świadczenia	Ekspert	gabinet lekarski	gabinet diagnostyczno-zabiegowy	gabinet fizjoterapeutyczny	sala fizjoterapii	sala funkcjonalnego treningu medycznego (FTM)	gabinet dietetyczny	gabinet logopedyczny	gabinet psychologiczny	gabinet masażu	gabinet terapii zajęciowej	sala do terapii integracji sensorycznej IS	stanowisko intensywnego nadzoru (intensywnej opieki)	warunki lokalowe wspólne
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	[REDACTED]	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	X	Brak	Brak	X
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	[REDACTED]	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	Brak	X	Brak	Brak	X
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po długotrwałym unieruchomieniu, czynnościowym leczeniu urazów i rozległych korekcjach	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	[REDACTED]	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	Brak	X	Brak	Brak	X
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	X	X	X	X	X	Brak	X	X	X	X	X	Brak	Brak
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po amputacjach	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	[REDACTED]	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	Brak	X	Brak	Brak	X
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	X	Brak	X	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak

Świadczenia	Ekspert	gabinet lekarski	gabinet diagnostyczno-zabiegowy	gabinet fizjoterapeutyczny	sala fizjoterapii	sala funkcjonalnego treningu medycznego (FTM)	gabinet dietetyczny	gabinet logopedyczny	gabinet psychologiczny	gabinet masażu	gabinet terapii zajęciowej	sala do terapii integracji sensorycznej IS	stanowisko intensywnego nadzoru (intensywnej opieki)	warunki lokalowe wspólne
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów po leczeniu operacyjnym	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	[REDACTED]	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	Brak	X	Brak	Brak	X
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z chorobami nowotworowymi	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	[REDACTED]	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	Brak	X	Brak	Brak	X
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z chorobami pozapalnymi układu mięśniowo-szkieletowego	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	[REDACTED]	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	Brak	X	Brak	Brak	X
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	X	Brak	X	Brak	Brak
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak	Brak	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	[REDACTED]	Brak	Brak	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Brak	Brak	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	X	Brak	Brak	Brak	Brak
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z innymi chorobami (ginekologicznymi, laryngologicznymi, dermatologicznymi, urologicznymi)	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak	Brak	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	[REDACTED]	Brak	Brak	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Brak	Brak	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak

Świadczenia	Ekspert	gabinet lekarski	gabinet diagnostyczno-zabiegowy	gabinet fizjoterapeutyczny	sala fizjoterapii	sala funkcjonalnego treningu medycznego (FTM)	gabinet dietetyczny	gabinet logopedyczny	gabinet psychologiczny	gabinet masażu	gabinet terapii zajęciowej	sala do terapii integracji sensorycznej IS	stanowisko intensywnego nadzoru (intensywnej opieki)	warunki lokalowe wspólne
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak	Brak	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	[REDACTED]	Brak	Brak	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Brak	Brak	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Brak	Brak	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	[REDACTED]	Brak	Brak	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Brak	Brak	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
Opieka lekarska rehabilitacyjna	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	[REDACTED]	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

PODSUMOWANIE: Eksperti byli dość zgoni odnośnie zasobów lokalowych niezbędnych do realizacji wnioskowanych świadczeń.



- 1) Dla świadczenia kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna: trzech z sześciu ekspertów (Krajowy Konsultant w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów) zgodnie sugeruje gabinet lekarski, diagnostyczno-zabiegowy, fizjoterapeutyczny, salę fizjoterapii, funkcjonalnego treningu medycznego (FTM), gabinet dietetyczny, logopedyczny oraz terapii zajęciowej. Dwóch z ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej) widzi również miejsce dla gabinetu masażu. Za utworzeniem gabinetu psychologicznego opowiedziało się czterech z sześciu ekspertów (Krajowy Konsultant w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów).
- 2) Dla pozostałych świadczeń „kompleksowych” w ramach ośrodka dziennego, trzech z sześciu ekspertów (Krajowy Konsultant w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów) zgodnie sugeruje gabinet lekarski, diagnostyczno-zabiegowy, fizjoterapeutyczny, salę fizjoterapii, funkcjonalnego treningu medycznego (FTM) oraz gabinet terapii zajęciowej. Dwóch z ekspertów (Krajowy Konsultant w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej) widzi również miejsce dla gabinetu dietetycznego, logopedycznego i masażu. Za utworzeniem gabinetu psychologicznego opowiedziało się czterech z sześciu ekspertów (Krajowy Konsultant w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów; Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej).
- 3) Ponadto dla świadczenia kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po długotrwałym unieruchomieniu, czynnościowym leczeniu urazów i rozległych korekcjach: inny ekspert (Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) proponuje gabinet lekarski, diagnostyczno-zabiegowy, fizjoterapeutyczny, salę fizjoterapii, funkcjonalnego treningu medycznego, gabinet logopedyczny, psychologiczny, masażu, terapii zajęciowej oraz salę do terapii integracji sensorycznej.
- 4) Dla świadczenia kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po amputacjach: Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu proponuje gabinet lekarski, diagnostyczno-zabiegowy, fizjoterapeutyczny, salę fizjoterapii, funkcjonalnego treningu medycznego, psychologiczny, masażu oraz salę do terapii integracji sensorycznej.
- 5) Dla świadczenia kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów po leczeniu operacyjnym: Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu sugeruje gabinet lekarski, diagnostyczno-zabiegowy, fizjoterapeutyczny, a także salę fizjoterapii.
- 6) Dla świadczenia kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z chorobami pozapalnymi układu mięśniowo – szkieletowego: dwóch innych ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu; Konsultant Krajowy w dziedzinie reumatologii) proponuje gabinet lekarski, diagnostyczno-zabiegowy, fizjoterapeutyczny oraz salę fizjoterapii. Dodatkowo jeden z ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie reumatologii) widzi miejsce dla sali funkcjonalnego treningu medycznego, a drugi z ekspertów dla gabinetu masażu oraz sali do terapii integracji sensorycznej.
- 7) W przypadku świadczeń fizjoterapii propozycje ekspertów są następujące: dla świadczenia fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu mięśniowo- szkieletowego pięciu z sześciu ekspertów proponuje gabinet fizjoterapeutyczny, salę fizjoterapii oraz funkcjonalnego treningu medycznego (FTM). Dwóch z ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu; Konsultant Krajowy w dziedzinie reumatologii) widzi w tym świadczeniu miejsce również dla gabinetu lekarskiego i diagnostyczno-zabiegowego, a jeden z nich (Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) proponuje także gabinet masażu.

- 8) Dla świadczenia fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z innymi chorobami (ginekologicznymi, laryngologicznymi, dermatologicznymi, urologicznymi): czterech z sześciu ekspertów (Krajowy Konsultant w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów; Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) proponuje gabinet i salę fizjoterapii. Trzech z nich (Krajowy Konsultant w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów) sugeruje ponadto salę funkcjonalnego treningu medycznego, a Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu proponuje gabinet lekarski i diagnostyczno-zabiegowy.
- 9) Dla świadczeń „fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy” oraz „fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami” trzech z sześciu ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów) proponuje gabinet oraz salę fizjoterapii, a także salę funkcjonalnego treningu medycznego. Dodatkowo dla drugiego ze świadczeń Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu sugeruje również gabinet psychologiczny.
- 10) Dla świadczenia opieka lekarska rehabilitacyjna czterech z sześciu ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów; Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) zgodnie proponuje gabinet lekarski oraz diagnostyczno-zabiegowy.



Tabela 111. Opinia ekspertów dotycząca kwestii zasadności zastosowania interwencji medycznych w ramach określonych profili, do realizacji wnioskowanych świadczeń.

Świadczenia	Ekspert	lekarski				fizjoterapeutyczny						dietetyczny		logopedyczny		psychologiczny		terapii zajęciowej		pedagogiczny		pielęgniarski
		konsultacja lekarska	porada kwalifikacyjna	porada lekarska	opieka lekarska	konsultacja fizjoterapeutyczna	kwalifikacja wstępna do fizjoterapii	wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna	fizjoterapia indywidualna	funkcjonalny trening medyczny	konsultacja dietetyczna	edukacja dietetyczna	konsultacja logopedyczna	terapia logopedyczna	konsultacja psychologiczna	terapia psychologiczna	konsultacja terapeutów zajęciowego	terapia zajęciowa	konsultacja pedagoga specjalnego	terapia pedagoga specjalnego	opieka pielęgniarska	
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa a stacjonarna	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	[REDACTED]	X	X	Brak	X	X	Brak	X	X	Brak	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa a dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	[REDACTED]	X	X	Brak	X	X	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa a dzienna dla	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	

Świadczenia	Ekspert	lekarski				fizjoterapeutyczny						dietetyczny		logopedyczny		psychologiczny		terapii zajęciowej		pedagogiczny		pielęgniarski
		konsultacja lekarska	porada kwalifikacyjna	porada lekarska	opieka lekarska	konsultacja fizjoterapeutyczna	kwalifikacja wstępna do fizjoterapii	wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna	fizjoterapia indywidualna	funkcjonalny trening medyczny	konsultacja dietetyczna	edukacja dietetyczna	konsultacja logopedyczna	terapia logopedyczna	konsultacja psychologiczna	terapia psychologiczna	konsultacja terapeutów zajęciowego	terapia zajęciowa	konsultacja pedagoga specjalnego	terapia pedagoga specjalnego	opieka pielęgniarska	
pacjentów po długotrwałym unieruchomieniu, czynnościowym leczeniu urazów i rozległych korekcjach	[REDAKTOWANE]	X	X	Brak	X	X	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	X	X	X	X
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa i dzienna dla pacjentów po amputacjach	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	
	[REDAKTOWANE]	X	X	Brak	X	X	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	X	
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa i dzienna dla pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów po leczeniu operacyjnym	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	
	[REDAKTOWANE]	X	X	Brak	X	X	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak

Świadczenia	Ekspert	lekarski				fizjoterapeutyczny						dietetyczny		logopedyczny		psychologiczny		terapii zajęciowej		pedagogiczny		pielęgniarski	
		konsultacja lekarska	porada kwalifikacyjna	porada lekarska	opieka lekarska	konsultacja fizjoterapeutyczna	kwalifikacja wstępna do fizjoterapii	wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna	fizjoterapia indywidualna	funkcjonalny trening medyczny	konsultacja dietetyczna	edukacja dietetyczna	konsultacja logopedyczna	terapia logopedyczna	konsultacja psychologiczna	terapia psychologiczna	konsultacja terapeutów zajęciowego	terapia zajęciowa	konsultacja pedagoga specjalnego	terapia pedagoga specjalnego	opieka pielęgniarska		
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z chorobami nowotworowymi	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	
		X	X	Brak	X	X	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z chorobami pozapalnymi układu mięśniowo-szkieletowego	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X		
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak		
		X	X	Brak	X	X	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak		
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	X		
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak		
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak		
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak		
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak		

Świadczenia	Ekspert	lekarski				fizjoterapeutyczny						dietetyczny		logopedyczny		psychologiczny		terapii zajęciowej		pedagogiczny		pielęgniarski
		konsultacja lekarska	porada kwalifikacyjna	porada lekarska	opieka lekarska	konsultacja fizjoterapeutyczna	kwalifikacja wstępna do fizjoterapii	wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna	fizjoterapia indywidualna	funkcjonalny trening medyczny	konsultacja dietetyczna	edukacja dietetyczna	konsultacja logopedyczna	terapia logopedyczna	konsultacja psychologiczna	terapia psychologiczna	konsultacja terapeutyczna zajęciowego	terapia zajęciowa	konsultacja pedagoga specjalnego	terapia pedagoga specjalnego	opieka pielęgniarska	
układu mięśniowo-szkieletowego	[REDAKTOWANE]	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	X	X	X	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z innymi chorobami (ginekologicznymi, laryngologicznymi, dermatologicznymi, urologicznymi)	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	[REDAKTOWANE]	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	[REDAKTOWANE]	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak

Świadczenia	Ekspert	lekarski				fizjoterapeutyczny						dietetyczny		logopedyczny		psychologiczny		terapii zajęciowej		pedagogiczny		pielęgniarski
		konsultacja lekarska	porada kwalifikacyjna	porada lekarska	opieka lekarska	konsultacja fizjoterapeutyczna	kwalifikacja wstępna do fizjoterapii	wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna	fizjoterapia indywidualna	funkcjonalny trening medyczny	konsultacja dietetyczna	edukacja dietetyczna	konsultacja logopedyczna	terapia logopedyczna	konsultacja psychologiczna	terapia psychologiczna	konsultacja terapeutów zajęciowego	terapia zajęciowa	konsultacja pedagoga specjalnego	terapia pedagoga specjalnego	opieka pielęgniarska	
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
		Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Brak	Brak	Brak	Brak	X	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
Opieka lekarska rehabilitacyjna	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
		Brak	Brak	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak
	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	X	X	X	X	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

PODSUMOWANIE:

- 1) Dla świadczenia kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna: czterech z sześciu ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów) proponuje konsultację oraz terapię psychologiczną. Trzech z nich (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów) sugeruje ponadto konsultację lekarską, poradę kwalifikacyjną, opiekę lekarską, konsultację fizjoterapeutyczną, fizjoterapię indywidualną, konsultację wraz z edukacją dietetyczną, konsultację i terapię logopedyczną, konsultację i terapię zajęciową oraz opiekę pielęgniarską. Ponadto dwóch z wymienionych ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej) widzi miejsce dla porady lekarskiej, funkcjonalnego treningu medycznego, a Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów sugeruje również wizytę kwalifikacyjną fizjoterapeutyczną.
- 2) Dla świadczeń „Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym” oraz „Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z chorobami nowotworowymi”: czterech z sześciu ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów) proponuje konsultację oraz terapię psychologiczną. Trzech z nich (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów) sugeruje ponadto konsultację lekarską, poradę kwalifikacyjną, opiekę lekarską, konsultację fizjoterapeutyczną, fizjoterapię indywidualną oraz konsultację i terapię zajęciową.
- 3) Dla pozostałych świadczeń „kompleksowych” w ośrodku dziennym czterech z sześciu ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów) proponuje konsultację oraz terapię psychologiczną. Trzech z nich (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów) proponuje dodatkowo konsultację lekarską, poradę kwalifikacyjną, opiekę lekarską, konsultację fizjoterapeutyczną i fizjoterapię indywidualną, konsultację i terapię zajęciową. Dwóch z tych ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej) ponadto proponuje poradę lekarską, funkcjonalny trening medyczny, konsultację i edukację dietetyczną, konsultację i terapię logopedyczną oraz opiekę pielęgniarską. Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów widzi również miejsce dla wizyty kwalifikacyjnej fizjoterapeutycznej.
- 4) Ponadto dla świadczenia „Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po długotrwałym unieruchomieniu, czynnościowym leczeniu urazów i rozległych korekcjach”: poza opisanymi powyżej propozycjami inny ekspert (Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) sugeruje wszystkie interwencje z profilu lekarskiego, fizjoterapeutycznego, psychologicznego, terapii zajęciowej, pedagogicznego oraz opiekę pielęgniarską.
- 5) Dla świadczenia „Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po amputacjach”: Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu poza opisanymi powyżej propozycjami sugeruje wszystkie interwencje z profilu lekarskiego, fizjoterapeutycznego, psychologicznego oraz opiekę pielęgniarską.
- 6) Dla świadczenia „Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów po leczeniu operacyjnym”: ten sam ekspert proponuje interwencje z profilu lekarskiego wraz z konsultacją fizjoterapeutyczną, kwalifikacją wstępną do fizjoterapii, wizytą kwalifikacyjną fizjoterapeutyczną oraz fizjoterapią indywidualną.
- 7) Dla świadczenia „Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z chorobami pozapalnymi układu mięśniowo - szkieletowego”: dwóch innych ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu; Konsultant Krajowy w dziedzinie reumatologii) sugeruje interwencje z profilu lekarskiego, konsultację fizjoterapeutyczną, kwalifikację wstępną do fizjoterapii, wizytę kwalifikacyjną i fizjoterapię indywidualną. Dodatkowo jeden z Konsultant w dziedzinie ortopedii proponuje interwencje z profilu dietetycznego i terapii zajęciowej.

- 8) Dla świadczenia „Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego”: pięciu z sześciu ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej; Konsultant Krajowy w dziedzinie reumatologii; Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu; Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów) opowiedziało się za zastosowaniem kwalifikacji wstępnej do fizjoterapii, wizyty kwalifikacyjnej fizjoterapeutycznej oraz fizjoterapii indywidualnej. Włączenie funkcjonalnego treningu medycznego proponuje trzech ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej, Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów, Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej), za wprowadzeniem konsultacji fizjoterapeutycznej opowiada się również trzech ekspertów (Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów, Konsultant Krajowy w dziedzinie reumatologii, Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu). Także trzech ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej, Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej, Konsultant Krajowy w dziedzinie reumatologii) proponuje konsultację lekarską, w tym Konsultant w dziedzinie reumatologii proponuje wszystkie interwencje z profilu lekarskiego.
- 9) Dla świadczenia „Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z innymi chorobami (ginekologicznymi, laryngologicznymi, dermatologicznymi, urologicznymi)": czterech z sześciu ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej, Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów, Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej, Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) opowiedziało się za kwalifikacją wstępną do fizjoterapii, wizytą kwalifikacyjną fizjoterapeutyczną i fizjoterapią indywidualną. Trzech ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej, Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów, Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej) proponuje funkcjonalny trening medyczny, dwóch ekspertów zaś (Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów i Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) proponuje konsultację fizjoterapeutyczną. Również dwóch ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej i Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej) sugerują dołożenie konsultacji lekarskiej. Według jednego z ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) zaproponował także konsultację i terapię psychologiczną.
- 10) W przypadku świadczenia „Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy”: czterech z sześciu ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej, Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów, Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej, Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) opowiedziało się za kwalifikacją wstępną do fizjoterapii, wizytą kwalifikacyjną fizjoterapeutyczną i fizjoterapią indywidualną. Trzech ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej, Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów, Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej) proponuje funkcjonalny trening medyczny, dwóch ekspertów zaś (Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów i Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) proponuje konsultację fizjoterapeutyczną. Również dwóch ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej i Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej) sugerują dołożenie konsultacji lekarskiej.
- 11) Dla świadczenia „Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami”: czterech z sześciu ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej, Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów, Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej, Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) proponuje kwalifikację wstępną do fizjoterapii, wizytę kwalifikacyjną fizjoterapeutyczną, fizjoterapię indywidualną i funkcjonalny trening medyczny, dwóch ekspertów (Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów i Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) proponuje dodatkowo konsultację fizjoterapeutyczną. Również dwóch ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej i Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej) sugerują konsultację lekarską.
- 12) Dla świadczenia „Opieka lekarska rehabilitacyjna”: czterech z sześciu ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej, Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów, Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej, Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) zaproponowali poradę lekarską, trzech z nich (Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej, Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej, Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) zaproponowało konsultację i poradę lekarską oraz opiekę lekarską.

Tabela 112. Opinia ekspertów dotycząca kwestii innego rekomendowanego świadczenia.

Ekspert	Uzasadnienie
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Zatrudnienie psychologa w toku specjalizacji z psychologii klinicznej, specjalisty psychologii klinicznej
[REDACTED]	Brak wytycznych (należy je opracować w oparciu o EBM i badania własne - samorząd zawodowy jest w trakcie opracowania wytycznych postępowania w tym zakresie świadczeń).
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Nie są mi znane wytyczne
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Opisałem dla punktu 1
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Zatrudnienie psychologa w toku specjalizacji z psychologii klinicznej, specjalisty psychologii klinicznej
[REDACTED]	Opracowane przez prof. Jakuba Taradaję - analiza skuteczności poszczególnych procedur fizjoterapeutycznych w leczeniu obrzęku limfatycznego - rekomendacje w świetle Evidence Based Medicine (EBM);
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Nie są mi znane wytyczne
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Opisałem dla punktu 1
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po długotrwałym unieruchomieniu, czynnościowym leczeniu urazów i rozległych korekcjach	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Zatrudnienie psychologa w toku specjalizacji z psychologii klinicznej, specjalisty psychologii klinicznej
[REDACTED]	Brak wytycznych (należy je opracować w oparciu o EBM i badania własne - samorząd zawodowy jest w trakcie opracowania wytycznych postępowania w tym zakresie świadczeń).
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Nie są mi znane wytyczne
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Opisałem dla punktu 1
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów po amputacjach	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Zatrudnienie psychologa w toku specjalizacji z psychologii klinicznej, specjalisty psychologii klinicznej
[REDACTED]	Brak wytycznych (należy je opracować w oparciu o EBM i badania własne - samorząd zawodowy jest w trakcie opracowania wytycznych postępowania w tym zakresie świadczeń).
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Nie są mi znane wytyczne
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Opisałem dla punktu 1
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów po leczeniu operacyjnym	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Zatrudnienie psychologa w toku specjalizacji z psychologii klinicznej, specjalisty psychologii klinicznej

Ekspert	Uzasadnienie
[REDAKTOWANE]	Brak wytycznych (należy je opracować w oparciu o EBM i badania własne - samorząd zawodowy jest w trakcie opracowania wytycznych postępowania w tym zakresie świadczeń).
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Nie są mi znane wytyczne
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Opisałem dla punktu 1
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z chorobami nowotworowymi	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Zatrudnienie psychologa w toku specjalizacji z psychologii klinicznej, specjalisty psychologii klinicznej (szczególnie w zakresie specjalisty z psychosomatyki)
[REDAKTOWANE]	Brak wytycznych (należy je opracować w oparciu o EBM i badania własne - samorząd zawodowy jest w trakcie opracowania wytycznych postępowania w tym zakresie świadczeń).
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Nie są mi znane wytyczne
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Nie zajmuję się to dziedziną
Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowej dziennej dla pacjentów z chorobami pozapalnymi układu mięśniowo - szkieletowego	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Zatrudnienie psychologa w toku specjalizacji z psychologii klinicznej, specjalisty psychologii klinicznej
[REDAKTOWANE]	Brak wytycznych (należy je opracować w oparciu o EBM i badania własne - samorząd zawodowy jest w trakcie opracowania wytycznych postępowania w tym zakresie świadczeń).
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Nie są mi znane wytyczne
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu mięśniowo- szkieletowego	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Zatrudnienie psychologa w toku specjalizacji z psychologii klinicznej, specjalisty psychologii klinicznej
[REDAKTOWANE]	Brak wytycznych (należy je opracować w oparciu o EBM i badania własne - samorząd zawodowy jest w trakcie opracowania wytycznych postępowania w tym zakresie świadczeń).
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Nie są mi znane wytyczne
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Opisałem dla punktu 1
Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z innymi chorobami (ginekologicznymi, laryngologicznymi, dermatologicznymi, urologicznymi)	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Dr hab. Bernadetta Izydorczyk	Zatrudnienie psychologa w toku specjalizacji z psychologii klinicznej, specjalisty psychologii klinicznej
[REDAKTOWANE]	Brak wytycznych (należy je opracować w oparciu o EBM i badania własne - samorząd zawodowy jest w trakcie opracowania wytycznych postępowania w tym zakresie świadczeń).
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Nie są mi znane wytyczne
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Opisałem dla punktu 1
Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy	

Ekspert	Uzasadnienie
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Zatrudnienie psychologa w toku specjalizacji z psychologii klinicznej, specjalisty psychologii klinicznej
[REDAKTOWANE]	Brak wytycznych (należy je opracować w oparciu o EBM i badania własne - samorząd zawodowy jest w trakcie opracowania wytycznych postępowania w tym zakresie świadczeń).
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Nie są mi znane wytyczne
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Opisałem dla punktu 1
Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy lub amputacjami	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Zatrudnienie psychologa w toku specjalizacji z psychologii klinicznej, specjalisty psychologii klinicznej
[REDAKTOWANE]	Brak wytycznych (należy je opracować w oparciu o EBM i badania własne - samorząd zawodowy jest w trakcie opracowania wytycznych postępowania w tym zakresie świadczeń).
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Nie są mi znane wytyczne
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Opisałem dla punktu 1
Opieka lekarska rehabilitacyjna	
Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Dr hab. Bernadetta Lzydorczyk	Brak
[REDAKTOWANE]	Brak wytycznych (należy je opracować w oparciu o EBM i badania własne - samorząd zawodowy jest w trakcie opracowania wytycznych postępowania w tym zakresie świadczeń).
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Analiza piśmiennictwa była prowadzona w ramach opracowania niniejszego programu - dostępne w materiałach AOTMiT.
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko	Nie są mi znane wytyczne
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak	Powinna funkcjonować w związku ze świadczeniami udzielanymi przez ortopedów i traumatologów narządu ruchu, małej odległości od ośrodków o-u co wpłynie istotnie na dostępność świadczeń o ile ograniczy się tak zwana rehabilitację ogólnoustrojowa bez sprofilowania.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

PODSUMOWANIE: Ekspertcy nie przedstawili bibliografii jako potwierdzenie swoich propozycji dla świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej. Wyjątek stanowił jeden ekspert, który wskazał na opracowane przez prof. Jakuba Taradaję - analizy skuteczności poszczególnych procedur fizjoterapeutycznych w leczeniu obrzęku limfatycznego - rekomendacje w świetle Evidence Based Medicine (EBM). Wskazano, iż wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne, opracowane dla poszczególnych schorzeń. Jeden z samorządów zawodowych, zadeklarował, iż jest w trakcie opracowania wytycznych postępowania w tym zakresie świadczeń.

PODSUMOWANIE OGÓLNE:

Większość ekspertów jest za wprowadzeniem finansowania wszystkich zaproponowanych świadczeń. Jeden z ekspertów wypowiedział się negatywnie odnośnie świadczenia kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej, wskazując na zasadność jej podzielenia dziedzinowo np. po urazach itp., wyłączenia z nazwy świadczenia - kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym, określenia ogólnoustrojowa, fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów z innymi chorobami (ginekologicznymi, laryngologicznymi, dermatologicznymi, urologicznymi) oraz fizjoterapii domowej dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy.

Jednocześnie wszyscy eksperci uwzględnili w swoich opiniach dodatkowe uwagi dotyczące wnioskowanych świadczeń. Najważniejsze z nich to:

- 1) kwalifikacja do świadczeń stacjonarnych:
 - a) zwiększenie wartości w skali Barthel ADL z <5 do <7-8,
 - b) dodatkowo dodanie do oceny pacjenta: Zaburzenia funkcji poznawczo-behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania - co najmniej jeden punkt w stopniu -4,
 - c) modyfikacja czasu rozpoczęcia rehabilitacji:
 - po leczeniu operacyjnym – z 6 tygodni do 12 tygodni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby,
 - po leczeniu zachowawczym – z 3 tygodni do 6 tygodni od wypisu z oddziału leczącego ostrą fazę choroby.
 - d) uzupełnienie skali MRC o elementy części klinicznej,
- 2) w przypadku świadczeń w ramach kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej - dodanie kodów ICD-10 oraz wydłużenie czasu związanego z przyjęciem pacjenta,
- 3) rola diagnozy i terapii psychologicznej w procesie rehabilitacji,
- 4) zasadność realizacji świadczeń kompleksowych w oparciu o zespół ekspertów – od lekarza rehabilitacji, fizjoterapeutę po psychologa, logopedę, dietetyka, czy lekarzy specjalistów w danej dziedzinie – reumatologii, ortopedii,
- 5) zasadność realizacji świadczeń przez personel w odpowiednio dostosowanych pomieszczeniach,

Dodatkowo eksperci wskazali, iż wytyczne postępowania dotyczące kompleksowej rehabilitacji w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są nieliczne i nie przedstawili bibliografii jako potwierdzenie swoich propozycji dla świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej.

Jednocześnie przeprowadzono dodatkową konsultację mailową z Konsultantem Krajowym w dziedzinie rehabilitacji medycznej, w wyniku której zaproponowaną skalę Barthel zmieniono na zmodyfikowaną skalę Rankina. W opinii eksperta, dla kwalifikacji do oceny pacjenta do rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej bardziej adekwatna jest skala ADL oparta na zmodyfikowanej skali Rankina, w której pacjent uzyskał od 3 do 5 punktów.

10. Wyniki analizy wpływu na budżet płatnika

Analiza została przeprowadzona wyłącznie z perspektywy płatnika i oparta jest o koszty świadczeń (procedur).
Ograniczenia analizy:

- Nie zostały uwzględnione koszty pośrednie proponowanych zmian, w tym m.in. koszty administracyjne, koszty związane z nową organizacją procesu, z przemieszczeniami pacjentów, koszty kadr wynikające z przesunięcia personelu, koszty dodatkowej sprawozdawczości.
- Oparcie analiz na obecnie obowiązujących stawkach proponowanych przez NFZ, w tym w oparciu o wagę punktową świadczeń oraz wartości punktu, które w ocenie ekspertów są niedoszacowane.
- Analiza nie uwzględnia dodatkowych kosztów związanych z nową metodologią udzielania świadczeń, w tym: wprowadzeniem porady kwalifikacyjnej, wprowadzeniem obowiązku skalowania pacjenta.
- Brak danych dotyczącej liczby pacjentów w określonym stanie funkcjonalnym, co uniemożliwiło poprawne wskazanie triage' u pacjentów do różnych poziomów opieki.
- Brak obiektywnych i jednorodnych mierników (skal, testów, kwalifikacji medycznych) w systemie rehabilitacji leczniczej, umożliwiających porównanie efektów terapeutycznych na poziomie różnych ośrodków, dla tych samych rozpoznań czy pomiędzy poziomami opieki,
- Brak danych dotyczących epidemiologii zachorowań na schorzenia kwalifikujące do rehabilitacji ogólnoustrojowej.

Podsumowanie:

Koszty obecnych świadczeń w rehabilitacji ogólnoustrojowej ponoszonych przez NFZ, wynoszą ponad 1,2 mld zł. Przy przyjętych założeniach dla minimum, czyli 75% obłożenie łóżek w rehabilitacji ogólnoustrojowej oraz 15% populacja pacjentów po zabiegach protezoplastyki w fizjoterapii domowej tj. podobnej liczbie pacjentów, potencjalne oszczędności są skutkiem przekierowania pacjentów z chorobami zwyrodnieniowymi stawów do POF. Te środki finansowe tam mogą zostać zagospodarowane. W przypadku planu maksimum tj. prawie 100% obłożeniu łóżek oraz założeniu 30% populacji pacjentów po zabiegach protezoplastyki w fizjoterapii domowej, tj. zwiększeniu liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji, koszty świadczeń wzrosną o ponad 100 mln. zł. Tabela poniżej przedstawia najważniejsze wyliczenia.

Tabela 113. Analiza wpływu na budżet

Poziom opieki/zakres świadczeń	Szacowane koszt świadczeń		Obecna koszty świadczeń	Różnica kosztów obecnych i szacowanych	
	min.	maks.		min.	maks.
rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	611 628 105 zł	810 612 194 zł	413 507 790 zł	+198 120 315 zł	+397 104 404 zł
rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach ośrodka/oddziału dziennego	138 119 966 zł		187 753 781 zł	- 49 633 815 zł	
fizjoterapia ambulatoryjna	326 104 675 zł		618 070 000 zł	- 291 965 325 zł	
fizjoterapia domowa	28 360 233 zł	56 720 466 zł	5 006 578 zł	+ 23 353 655 zł	+ 51 713 888 zł
	Razem		1 224 338 149 zł	-120 125 170 zł	+107 219 152 zł

Źródło: Analiza własna AOTMiT

1. Rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna

1) Analiza liczby łóżek i liczby pacjentów

Analiza dotyczy 2017 r. Na potrzeby analizy przyjęto liczbę łóżek „kontraktowych” (10 255), dla której wyliczono teoretyczną liczbę pacjentów w ciągu roku (ok. 178 tys.). Na podstawie rzeczywistej liczby pacjentów, dla których udzielono świadczeń tj. 134 tys. określone zostało średnie obłożenie łóżek w wysokości 75%, co przedstawia tabela poniżej.

Tabela 114. Analiza liczby łóżek i liczby pacjentów w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.

Założenia analizy	L.p.	Obłożenie łóżek rehabilitacyjnych	
		100%	75%
liczba łóżek „kontraktowych”	1	10 255	7691
liczba dni w roku	2	365	365
średnia liczba dni czasu trwania rehabilitacji	3	21	21
krotności 21-dniowej sesji rehabilitacji w roku	4=2/3	17	17
liczba pacjentów w ciągu roku (sesja rehabilitacji 21 dni)	5=1*4	178 242	134 488 (obecna liczba pacjentów)

Źródło: Analiza własna AOTMiT

2) Rozkład pacjentów po leczeniu szpitalnym na podstawie rozliczonych grup JGP w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej

Przyjęte założenia:

- ok. 99% przyszłej populacji pacjentów będzie rehabilitowanych po stanie „ostрым” tj. po leczeniu szpitalnym ostrej fazy choroby (obecnie ok. 50 tys. tj. 40%)
- % rozkład przyszłych pacjentów jest proporcjonalny do obecnego rozkładu JGP w rehabilitacji ogólnoustrojowej w grupach „po leczeniu szpitalnym”: rehabilitacja ogólnoustrojowa pourazowa ciężka, po leczeniu operacyjnym, po leczeniu szpitalnym zachowawczym (prezentuje tabela poniżej).

Tabela 115. Rozkład pacjentów po leczeniu szpitalnym w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.

% rozkład pacjentów po leczeniu szpitalnym w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej		liczba pacjentów zależna od obłożenia łóżek	
		100% obłożenie	75 % obłożenie
		178 242	134 488
po urazach	0,5%	961	725
po operacjach	83,6%	149 028	112 446
po leczeniu zachowawczym	15,9%	28 253	21 317

Źródło: Analiza własna AOTMiT

3) Szacunkowy wpływ na budżet

Przyjęte założenia:

- obliczenia dokonano w oparciu o obecnie obowiązujące wagi punktowe świadczeń,
- przyjęto średnią cenę za punkt rozliczeniowy: 1 zł.

Prognozę wzrostu kosztów prezentuje tabela poniżej.

Tabela 116. Prognoza wzrostu kosztów świadczeń w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.

% rozkład pacjentów po leczeniu szpitalnym		średnia cena osobodnia wg obecnych wymogów w zł		Zakładane koszty świadczeń		
				100% obłożenie 178 242	75% obłożenie 134 488	
		100% obłożenie 178 242 osób	75% obłożenie 134 488 osób			
po urazach	0,5%	961	725	290	5 858 535 zł	4 420 418 zł
po operacjach	83,6%	149 028	112 446	227	710 417 876 zł	536 028 870 zł
po leczeniu zachowawczym	15,9%	28 253	21 317	159	94 335 784 zł	71 178 816 zł
prognoza wzrostu kosztów świadczeń					810 612 194 zł	611 628 105 zł

Źródło: Analiza własna AOTMiT

Przy koszcie świadczeń za 2017 r. w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej wynoszącej 413 507 790 zł, przy 100% obłożeniu łóżek wzrost nakładów nastąpi niemal o 100%, przy 75% obłożeniu – o 48% na ten zakres świadczeń (tabela poniżej).

Tabela 117. Prognoza procentowego wzrostu kosztów świadczeń w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.

	Koszty świadczeń w 2017 r.	Zakładane nakłady na świadczenia	
		100% obłożenie łóżek	75% obłożenie łóżek
	413 507 790 zł	810 612 194 zł	611 628 105 zł
Różnica w zł do stanu z 2017 r.	-	397 104 404 zł	198 120 315 zł
Różnica w % do stanu z 2017 r.	-	196%	148%

Źródło: Analiza własna AOTMiT

2. Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym

1) Rozkład pacjentów pod kątem rozliczonych świadczeń w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym

Koszty świadczeń prezentuje tabela poniżej.

Tabela 118. Obecne koszty świadczeń w rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej.

Produkty rozliczeniowe	Liczba osób	Wartość zrealizowanych świadczeń w zł		
		razem	ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i innych układów	ze schorzeniami układu nerwowego, krążenia i oddechowego
Osobodzień w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym	164 181	201 411 734	184 447 191	16 964 543
Osobodzień w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym	3 172	3 306 590	x	x
Krioterapia - zabieg w kriokomorze	2 353	906 952	x	x
Razem niepowtarzalna liczba pacjentów	166 325	205 625 276	x	x

Źródło: Analiza własna AOTMiT

Rozkład pacjentów pod kątem schorzeń w ramach produktu - osobodzień w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym, wskazuje że najwięcej pacjentów jest z chorobami mięśniowo-szkieletowymi. Z tej liczby pacjentów ok. 8% (12 457 osób) odbyło hospitalizację przed rehabilitacją. Tabela poniżej przedstawia rozkład pacjentów pod kątem schorzeń.

Tabela 119. Rozkład pacjentów pod kątem schorzeń w ramach produktu - osobodzień w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym.

Osobodzień w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym	liczba pacjentów
84% z chorobami mięśniowo-szkieletowymi	137 912
w tym 40% zmiany zwyrodnieniowe	55 165
16% inne schorzenia (neurologiczne)	26 269
razem	164 181

Źródło: Analiza własna AOTMiT

2) Szacunkowy wpływ na budżet

Przyjęte założenia:

- % rozkład przyszłych pacjentów jest proporcjonalny do obecnego rozkładu,

- wielkość potencjalnej populacji: **razem: 103 694 osób**, w tym:
 - ✓ pacjenci z chorobami mięśniowo-szkieletowymi (137 912 osób) z wyłączeniem pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów (55 165 osób), sumarycznie: **82 747 osób**,
 - ✓ pacjenci z obrzękiem limfatycznym: **3 172 osób**,
 - ✓ pacjenci oczekujący na udzielenie świadczenia w trybie pilnym: **17 775 osób**.

Szacunkową populację pacjentów zawiera tabela poniżej.

Tabela 120. Potencjalna populacja pacjentów w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym.

Potencjalna populacja pacjentów	Potencjalna liczba pacjentów
pacjenci z chorobami mięśniowo-szkieletowymi	82 747
pacjenci z obrzękiem limfatycznym	3 172
pacjenci oczekujący na udzielenie świadczenia w trybie pilnym	17 775
razem	103 694

Źródło: Analiza własna AOTMiT

- założono, iż ok. 80% przyszłej populacji pacjentów będzie rehabilitowanych po stanie „ostrym” tj. po leczeniu szpitalnym lub po leczeniu w AOS ostrej fazy choroby,
- pacjenci oczekujący na udzielenie w trybie pilnym zostali proporcjonalnie przydzieleni do populacji pacjentów ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego oraz z obrzękiem limfatycznym,
- obliczenia dokonano w oparciu o obecnie obowiązujące wagi punktowe świadczeń, średnia cena osobodnia zabiegowego została ustalona na podstawie zrealizowanych i sprawozdanych świadczeń.

Poniższa tabela przedstawia powyższe założenia z uwzględnieniem potencjalnych kosztów świadczeń.

Tabela 121. Analiza szacunkowej populacji i kosztów świadczeń w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym.

Potencjalna populacja pacjentów	Średnia wartość osobodnia	Średnia liczba osobodni w cyklu na pacjenta	Średni koszt leczenia jednego pacjenta	Potencjalna liczba pacjentów			Potencjalne koszty świadczeń
				osoby dla których zrealizowano świadczenia	osoby oczekujące w kolejce	razem pacjenci	
	1	2	3	4	5	6=4+5	7=3*6
pacjenci ze schorzeniami mięśniowo-szkieletowymi	72 zł	18 dni	1 329 zł	82 747	17064	99 811	132 648 819 zł
pacjenci z obrzękiem limfatycznym	83 zł	17 dni	1409 zł	3 172	711	3 883	5 471 147 zł
Suma końcowa	x	x	x	85 919	17 775	103 694	138 119 966 zł

Źródło: Analiza własna AOTMiT

Porównując obecne i przyszłe koszty świadczeń, dla pacjentów ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego koszty udzielonych świadczeń zostaną zmniejszone z uwagi na przyjęte założenia, iż pacjenci ze zmianami zwyrodnieniowymi zostaną przekierowani do innych poziomów opieki np. POF. Jednak potencjalna populacja pacjentów zwiększy się o pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w trybie pilnym, dla których przyjęto założenie, że są pacjentami po leczeniu ostrej fazy choroby. W przypadku pacjentów z obrzękami limfatycznymi, założono wzrost kosztów świadczeń, wynikający w głównej mierze z objęcia opieką pacjentów z obrzękami oczekujących na udzielenie świadczenia w trybie pilnym. Powyższe dane zawiera tabela 122.

Tabela 122. Potencjalne koszty świadczeń w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym.

Potencjalna populacja pacjentów	Potencjalne koszty świadczeń	Obecne koszty świadczeń	Różnica
	1	2	3=1-2
pacjenci ze schorzeniami mięśniowo-szkieletowymi	132 648 819 zł	184 447 191 zł	-51 798 372 zł
pacjenci z obrzękiem limfatycznym	5 471 147 zł	3 306 590 zł	+ 2 164 557 zł
Suma końcowa	138 119 966 zł	187 753 781 zł	- 49 633 815 zł

Źródło: Analiza własna AOTMiT

3. Fizjoterapia ambulatoryjna

- 1) Określenie potencjalnej liczby pacjentów - rozkład pacjentów pod kątem rozliczonych świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej

Generalnie z fizjoterapii ambulatoryjnej w 2017 r. skorzystało ok. 2,6 mln. pacjentów. Szczegółowa struktura pacjentów pod kątem rozpoznań została zaprezentowana w tabeli poniżej.

Tabela 123. Struktura pacjentów pod kątem rozpoznań w fizjoterapii ambulatoryjnej.

Grupa rozpoznań	Pacjenci		Wartość zrealizowanych świadczeń	Średni koszt świadczeń na pacjenta
	liczba	% udział		
schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego i innych układów w tym:	1 900 600	73,1%	618,07 mln zł	325 zł
zmiany zwyrodnieniowe	1 014 920			
schorzenia układu nerwowego, krążenia, oddechowego	699 400	26,9%	219,99 mln zł	315 zł
Suma końcowa	ok. 2 600 000	100%	838,06 mln zł	322 zł

Źródło: Analiza własna AOTMiT

Potencjalna liczba pacjentów obejmuje: liczbę pacjentów ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i innych układów, pomniejszoną o pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi, oraz liczbę pacjentów oczekujących w kolejce jako przypadek pilny.

Potencjalna populacja - suma: (1 900 600 - 1 014 920) +117 719 (pacjenci oczekujący)= **1 003 399 osób ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego**

- 2) Szacunkowy wpływ na budżet określono mnożąc średni koszt świadczeń na pacjenta przez potencjalną liczbę pacjentów, co prezentuje tabel poniżej.

Tabela 124. Potencjalne koszty świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej.

Potencjalna populacja	Średni koszt świadczeń na pacjenta	Szacowane koszty świadczeń	Obecne koszty świadczeń	Różnica kosztów obecnych i szacowanych
1	2	3=1*3	4	5=3-4
1 003 399	325 zł	326 104 675 zł	618 070 000 zł	- 291 965 325 zł

Źródło: Analiza własna AOTMiT

Obniżenie kosztów świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej jest związane z założeniem, iż pacjenci „przewlekli” zostaną przekierowani do POF.

4. Fizjoterapia domowa

- 1) Określenie potencjalnej liczby pacjentów - rozkład pacjentów pod kątem rozliczonych świadczeń w fizjoterapii domowej

Rozkład populacji pacjentów przedstawia tabela poniżej. Największą grupę pacjentów stanowią osoby ze schorzeniami układu nerwowego, krążenia, oddechowego, 34% to osoby ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i innych układów. W tej grupie zaledwie 858 osób to pacjenci po amputacjach lub po złamaniach lub po zabiegach protezoplastyki, co prezentuje tabela poniżej.

Tabela 125. Szacunkowa populacja oraz średni koszt świadczeń na pacjenta w fizjoterapii domowej.

Grupa rozpoznań	Pacjenci		Wartość zrealizowanych świadczeń	Średni koszt świadczeń na pacjenta
	liczba	% udział		
schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego i innych układów w tym:	2 974	34%	5 006 578 zł	1 683 zł
amputacje	26			
implanty ortopedyczne	34			
złamania	798			
zmiany zwyrodnieniowe	1100			
schorzenia układu nerwowego, krążenia, oddechowego	5 672	66%	15 643 988 zł	2 758 zł
Suma końcowa	8 646	100%	20 650 566 zł	2 388 zł

Źródło: Analiza własna AOTMiT

Zakłada się zwiększenie docelowej populacji, w szczególności po zabiegach endoprotezoplastyki (z uwagi na udowodnioną efektywność kosztową opieki fizjoterapeutycznej na poziomie domowym).

W 2017 r. w Polsce wykonano 85 488 endoprotezoplastyk stawowych⁷, z czego:

- ✓ 56 688 endoprotezoplastyki stawu biodrowego,
- ✓ 27 653 endoprotezoplastyki stawu kolanowego.

Najliczniejszą grupę pacjentów, u których wykonano endoprotezoplastykę stawu biodrowego i kolanowego, stanowią osoby w przedziale wiekowym 60-69 lat oraz 70-79 lat. (ok. 61% wszystkich zabiegów tj. ok. 52 tys. zabiegów).

Z uwagi na brak obecnie danych dotyczących stanu klinicznego i funkcjonalnego pacjenta po zabiegach endoprotezoplastyki, po amputacjach i złamaniach, dla założeń BIA przyjęto, iż od 15% do 30% wszystkich pacjentów po zabiegach będzie pacjentami w fizjoterapii domowej.

Szacowanie populacji docelowej po zabiegach protezoplastyki określa tabela poniżej.

Tabela 126. Potencjalna populacja pacjentów po zabiegach protezoplastyki w fizjoterapii domowej.

Rodzaj zabiegu	Całkowita liczba zabiegów	15% z całkowitej liczby zabiegów	30% z całkowitej liczby zabiegów
endoprotezoplastyka stawu biodrowego	56 688	8 503	17 006
endoprotezoplastyka stawu kolanowego	27 653	4 148	8 296
po amputacjach	ok. 14 000	2 100	4 200
po złamaniach miednicy, liczne złamania	brak danych przyjęto założenia jak dla amputacji	2 100	4 200
razem	84 341	16 851	33 702

Źródło: Analiza własna AOTMiT

- 2) Szacunkowy wpływ na budżet określono mnożąc średni koszt świadczeń na pacjenta przez potencjalną liczbę pacjentów, co prezentuje tabel poniżej.

⁷ Źródło: www.nfz.gov.pl

Tabela 127. Potencjalne koszty świadczeń w fizjoterapii domowej.

Potencjalna populacja		Średni koszt świadczeń na pacjenta	Szacowane koszty świadczeń	Obecne koszty świadczeń	Różnica kosztów obecnych i szacowanych
1		2	3=1*3	4	5=3-4
min.	16 851	1 683 zł	28 360 233 zł	5 006 578 zł	+ 23 353 655 zł
maks.	33 702	1 683 zł	56 720 466 zł		+ 51 713 888 zł

Źródło: Analiza własna AOTMiT

Dodatkowe środki na fizjoterapię domową mogą wynieść od 28 do 56 mln. zł. Przy kwocie 5 006 578 zł za świadczenia udzielone obecnie dla pacjentów ze schorzeniami mięśniowo-szkieletowymi w fizjoterapii domowej, wzrost nakładów waha się od 23 do 50 mln. zł.

11. Analiza skuteczności i bezpieczeństwa - załączniki

11.1. Strategia wyszukiwania

Tabela 128. Strategia wyszukiwania w bazie Medline via PubMed (data ostatniego wyszukiwania: 21.05.2019).

nr	Kwerenda	Wyniki
#12	Search ("Rehabilitation"[Mesh]) AND (((hospital[Title/Abstract]) OR inpatient[Title/Abstract]) OR in-patient[Title/Abstract]) Filters: Meta-Analysis; Systematic Reviews; published in the last 5 years; Humans	250
#10	Search ("Rehabilitation"[Mesh]) AND (((hospital[Title/Abstract]) OR inpatient[Title/Abstract]) OR in-patient[Title/Abstract]) Filters: Meta-Analysis; Systematic Reviews; published in the last 5 years	251
#8	Search ("Rehabilitation"[Mesh]) AND (((hospital[Title/Abstract]) OR inpatient[Title/Abstract]) OR in-patient[Title/Abstract]) Filters: published in the last 5 years	5 368
#7	Search ("Rehabilitation"[Mesh]) AND (((hospital[Title/Abstract]) OR inpatient[Title/Abstract]) OR in-patient[Title/Abstract])	22 129
#6	Search ((hospital[Title/Abstract]) OR inpatient[Title/Abstract]) OR in-patient[Title/Abstract]	1 002 067
#5	Search "Rehabilitation"[Mesh]	286 779

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 129. Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid (data ostatniego wyszukiwania: 21.05.2019).

nr	Kwerenda	Wyniki
1	exp rehabilitation/	361 353
2	hospital.ab,kw,ti.	1 380 269
3	inpatient.ab,kw,ti.	118 940
4	in-patient.ab,kw,ti.	98 887
5	2 or 3 or 4	1 520 053
6	1 and 5	43 162
7	limit 6 to last 5 years	157

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

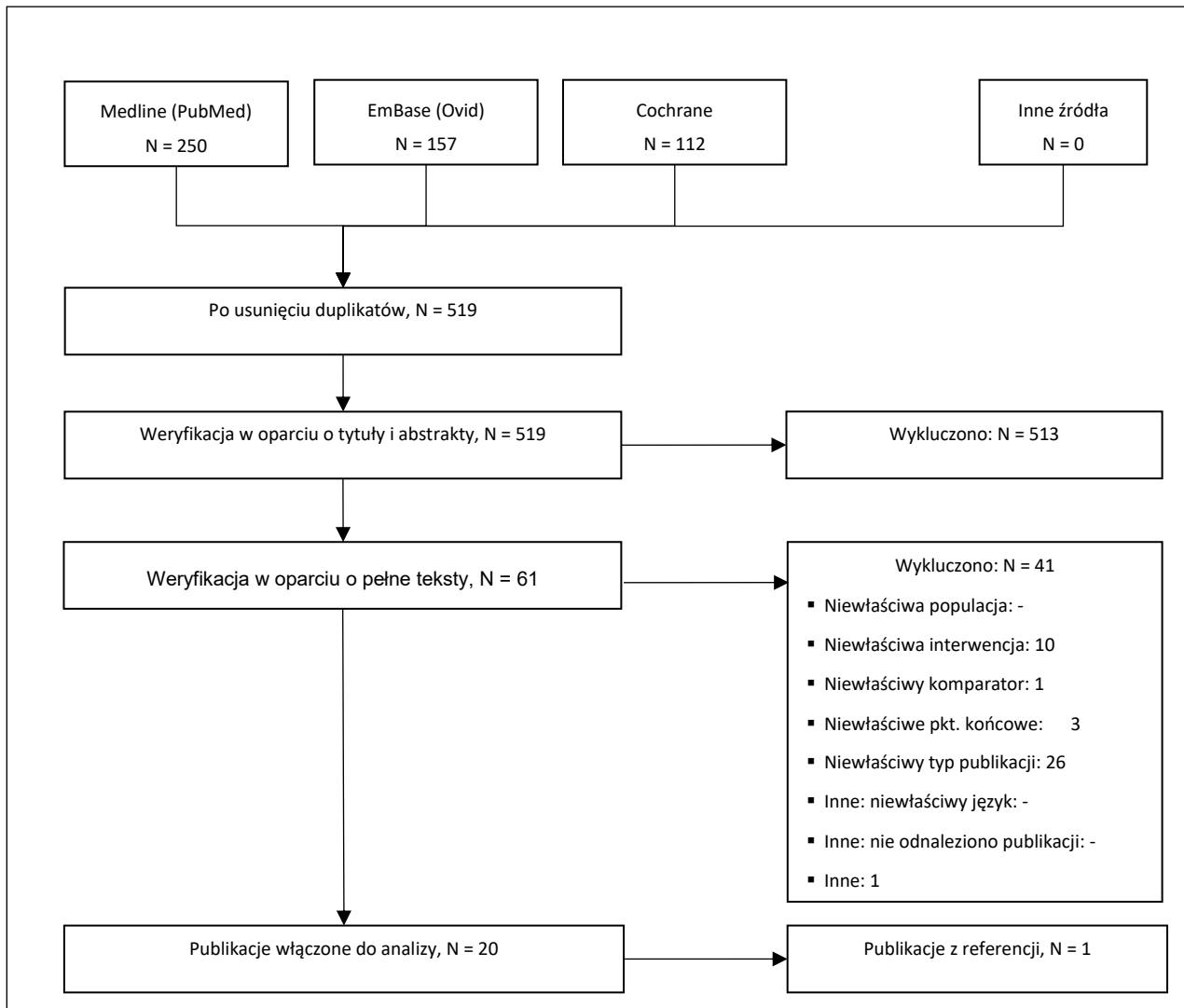
Tabela 130. Strategia wyszukiwania w bazie Cochrane Library (data ostatniego wyszukiwania: 21.05.2019)

nr	Kwerenda	Wyniki
#1	MeSH descriptor: [Rehabilitation] explode all trees	31 841
#2	(inpatient):ti,ab,kw	10 360
#3	(hospital):ti,ab,kw	121 086
#4	(in-patient):ti,ab,kw	12 858
#5	#2 or #3 or #4	134 836

#6	#1 and #5	4 366
#7	#1 and #5 with Cochrane Library publication date from Jan 2014 to present, in Cochrane Reviews	112

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

11.2. Diagram selekcji badań



11.3. Kryteria wykluczenia publikacji

Tabela 131. Kryteria wykluczenia publikacji.

Publikacja	Powód wykluczenia	Uwagi
Back 2015	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Banerjee 2014	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Brusco 2013	Typ publikacji	Analiza ekonomiczna (PSM)
Burns 2016	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Castro Avila 2015	Interwencja	Interwencja niezgodna z określonym a priori PICOS.
Churilov 2018	Interwencja	Interwencja niezgodna z określonym a priori PICOS.
Connolly 2015	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Curry 2018	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.

Publikacja	Powód wykluczenia	Uwagi
Dascal 2017	Interwencja	Interwencja niezgodna z określonym a priori PICOS.
Everink 2016	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Fuke 2018	Interwencja	Interwencja niezgodna z określonym a priori PICOS.
Furlan 2018	Interwencja	Interwencja niezgodna z określonym a priori PICOS.
Gatewood 2017	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Gerber 2018	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu (protokół badania)
Guerra 2015	Interwencja	Interwencja niezgodna z określonym a priori PICOS.
Joice 2017	Komparator	Komparator niezgodny z określonym a priori PICOS (standardowy model opieki lub placebo/sham (pozorowana), lub brak interwencji).
Kersten 2014	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Klugarova 2016	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Knight 2017	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Kwok 2015	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Lubrano 2015	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Martinez Velilla 2015	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Mckay 2018	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Mehlhorn 2014	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Milder 2018	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Neo 2017	Punkty końcowe	Publikacja nie dotyczy analizy skuteczności świadczeń z zakresu rehabilitacji
Ong 2017	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Onggo 2019	Typ publikacji	Metaanaliza badań w większości obserwacyjnych.
Quack 2015	Inne	Publikacja w języku niemieckim
Rodriguez 2015	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Rodriguez Larrad 2014	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Sattler 2019	Interwencja	Interwencja niezgodna z określonym a priori PICOS.
Sekse 2018	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Smart 2018	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Smith 2016	Interwencja	Interwencja niezgodna z określonym a priori PICOS.
Soares 2017	Punkty końcowe	Publikacja nie dotyczy analizy skuteczności świadczeń z zakresu rehabilitacji
Stott 2016	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Taito 2018	Interwencja	Interwencja niezgodna z określonym a priori PICOS.
Timmer 2014	Typ publikacji	Odnaleziono publikację wyższego rzędu.
Tipping 2017	Interwencja	Interwencja niezgodna z określonym a priori PICOS.
Wales 2016	Punkty końcowe	Publikacja nie dotyczy analizy skuteczności świadczeń z zakresu rehabilitacji

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Wykaz publikacji

AAOS 2014	American Academy of Orthopaedic Surgeons, Management of hip fractures in the elderly – evidence- based clinical practice guideline, 2014
ACP 2017	A. Quaseem et al., Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians, <i>Ann Intern Med.</i> 2017;166:514-530.
ACR 2015	C. Dejaco et al. 2015 Recommendations for the Management of Polymyalgia Rheumatica, Arthritis & Rheumatology Vol. 67, No. 10, October 2015, pp 2569–2580
ACR 2018	J. Singh et al., 2018 American College of Rheumatology/National Psoriasis Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis, <i>Arthritis & Rheumatology</i> Vol. 71, No. 1, January 2019, pp 5–32
APTA 2017a	M. Cibulka et al., Hip Pain and Mobility Deficits – Hip Osteoarthritis: Revision 2017, <i>J Orthop Sports Phys Ther.</i> 2017;47(6):A1-A37.
APTA 2017b	D. Logerstedt et al., Knee Stability and Movement Coordination Impairments: Knee Ligament Sprain Revision 2017, <i>J Orthop Sports Phys Ther.</i> 2017;47(11):A1-A47.
ARRC 2018	Tenten-Diepenmaat et al., Multidisciplinary recommendations for diagnosis and treatment of foot problems in people with rheumatoid arthritis <i>Journal of Foot and Ankle Research</i> (2018) 11:37
Avanti Medic 2018	Avanti Medic, Skale oceny sprawności seniora, 2018, https://avanti-medic.eu/blog/skale-oceny-sprawnosci-seniora [dostęp: 18.06.2019]
BACPAR 2016	British Association of Chartered Physiotherapists in Amputee Rehabilitation, Clinical guidelines for the pre and post operative physiotherapy management of adults with lower limb amputations, 2016
Baillet 2012	Baillet A. et al., Efficacy of resistance exercises in rheumatoid arthritis: meta-analysis of randomized controlled trials, <i>Rheumatology</i> , 2012, 51:519–527
Bobik 2018	Bobik P., Analiza przyczyn i skutków zaciśnięcia szypuły naczyniowej w trakcie NSS (Nephron Sparing Surgery), https://bip.umed.wroc.pl/attachments/download/1032 [dostęp: 18.06.2019]
BSRM 2018	British Society of Rehabilitation Medicine. Amputee and Prosthetic Rehabilitation – Standards and
BSRM 2019	Guidelines, 3rd Edition; Report of the Working Party (Co-Chairs: Hanspal RS, Sedki I). British Society of Rehabilitation Medicine, London 2018.
Buhagiar 2019	Buhagiar M.A. et al, Assessment of Outcomes of Inpatient or Clinic-Based vs Home-Based Rehabilitation After Total Knee Arthroplasty A Systematic Review and Meta-analysis, <i>JAMA Network Open</i> , 2019, 2(4):e192810. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.2810
CCO 2017	R. Segal et al., Exercise for people with cancer: a clinical practice guideline, <i>Curr Oncol.</i> 2017 Feb;24(1):40-46
Chen 2017	Chen H. et al, Is it necessary to perform prehabilitation exercise for patients undergoing total knee arthroplasty: meta-analysis of randomized controlled trials, <i>The Physician and Sportsmedicine</i> , 2017, 46(1):36-43.
Cieślik 2015	Cieślik B. et al, Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia, https://yadda.icm.edu.pl/baztech/element/bwmeta1.element.baztech-38b67b03-94f7-417b-af2c-2a4fb15fc9ab/c/Cieslik.pdf [dostęp: 18.06.2019]
CRA 2012	M-A. Fitzcharles et al., Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome, Canadian Rheumatology Association, 2012
CRA 2014	S. Rohekar et al., 2014 Update of the Canadian Rheumatology Association/Spondyloarthritis Research Consortium of Canada Treatment Recommendations for the Management of Spondyloarthritis. Part II: Specific Management Recommendations, <i>J Rheumatol</i> 2015;42:665-681
Diong 2015	Diong J. et al, Structured exercise improves mobility after hip fracture: a meta-analysis with meta-regression, <i>Br J Sports Med</i> , 2015, 0:1–11. doi:10.1136/bjsports-2014-094465
DOA 2011	B. A. Swierstra et al., Dutch guideline on total hip prosthesis, <i>Acta Orthopaedica</i> 2011; 82 (5): 567–576
Duda Sobczak 2013	Duda-Sobczak A., Ocena czynników warunkujących poczucie zmęczenia chorobą u osób z długim wywiadem cukrzycy typu 1, http://www.wbc.poznan.pl/Content/316834 [dostęp: 18.06.2019]
Edwards 2014	P. K. Edwards et al., Clinical Rehabilitation Guidelines for Matrix-Induced Autologous Chondrocyte Implantation on the Tibiofemoral Joint, <i>Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy</i> , 2014, 44 (2), 102-119
ERAS 2018	U. O. Gustafsson et al., Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: 2018, <i>World J Surg</i> (2019) 43:659–695
Gillis 2018	Gillis C. et al., Effects of Nutritional Prehabilitation, With and Without Exercise, on Outcomes of Patients Who Undergo Colorectal Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis, <i>Gastroenterology</i> , 2018, 155:391–410
Harvey 2014	Harvey L.A. et al., Continuous passive motion following total knee arthroplasty in people with arthritis (Review), <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , 2014, Issue 2. Art. No.: CD004260, DOI: 10.1002/14651858.CD004260.pub3.
Henderson 2017	Henderson K.G. et al., Active physiotherapy interventions following total knee arthroplasty in the hospital and inpatient rehabilitation settings: a systematic review and meta-analysis, <i>Physiotherapy</i> , 2018, 104:25–35

Henderson 2017	Henderson K.G. et.al., Active physiotherapy interventions following total kneearthroplasty in the hospital and inpatient rehabilitation settings: a systematic review and meta-analysis, <i>Physiotherapy</i> , 2018, 104:25–35
IACS 2016	Work Group of the Clinical Practice Guidelines on Perioperative Care in Major Abdominal Surgery. Clinical Practice Guidelines on Perioperative Care in Major Abdominal Surgery. Ministry of Health, Social Services, and Equality. Health Sciences Institute in Aragon (IACS); 2016 Clinical Practice Guidelines of the NHS
Jensen 2003	Jensen M.P et.al., Interpretation of Visual Analog Scale Ratings and Change Scores: A Reanalysis of Two Clinical Trials of Postoperative Pain, <i>The Journal of Pain</i> , 2003, 4 (7): 407–414
Jura Póltorak 2011	Jura-Póltorak A. et.al., Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów, <i>Journal of Laboratory Diagnostics</i> , 2011, 47(4): 431–438
KIF 2017	Taradaj J., Analiza skuteczności poszczególnych procedur fizjoterapeutycznych w leczeniu obrzęku limfatycznego: rekomendacje w świetle Evidence Based Medicine (EBM). <i>KIF 2017</i>
Kiwerski 2011	Kiwerski J., i in. <i>Rehabilitacja medyczna</i> . Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2011: 568
Kleyweg 1991	Kleyweg R.P. et.al, Interobserver agreement in the assessment of muscle strength and functional abilities in Guillain-Barré syndrome, <i>Muscle&Nerve</i> , 1991, 14: 1103–1109
KNGF 2016	van Melick N, van Cingel REH, Brooijmans F, et al. Evidence-based clinical practice update: practice guidelines for anterior cruciate ligament rehabilitation based on a systematic review and multidisciplinary consensus. <i>Br J Sports Med</i> 2016;50:1506–1515.
Kościelna 2017	Kościelna P. et.al., 2017. Badanie funkcjonalne stawu biodrowego w przypadku zmian zwyrodnieniowych, W: <i>Innowacyjność i tradycja w fizjoterapii</i> . Monografia pod redakcją Adrianny Marii Borowicz. Poznań 2017. s.51-70 https://www.wseit.edu.pl/images/upload/monografie/2017/Badanie%20funkcjonalne%20stawu%20biodrowego%20w%20przypadku%20zmian%20zwyrodnieniowych.pdf [dostęp: 18.06.2019]
Kumar 2018	Kumar S.A. et.al., Exercise and insulin resistance in type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis, <i>Ann Phys Rehabil Med.</i> , 2018, https://doi.org/10.1016/j.rehab.2018.11.001
Kwolek 2007	Kwolek A. et.al., Zależność wczesnych wyników fizjoterapii pacjentów po całkowitej alloplastyce stawów kolanowych od wartości wskaźnika wieku, <i>Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego</i> , 2007, 3: 234–238
Lequesne 1991	Lequesne M., Indices of Severity and Disease Activity for Osteoarthritis, <i>Seminars in Arthritis and Rheumatism</i> , 1991, 20 (6): 48–54
Li 2017	Li D. et.al., Home-Based Compared with Hospital-Based Rehabilitation Program for Patients Undergoing Total Knee Arthroplasty for Osteoarthritis, <i>Am J Phys Med Rehabil</i> , 2017, 96:440–447
Lin 2016	Lin K.Y. et.al, Exercise interventions for patients with gynaecological cancer: a systematic review and meta-analysis, 2017, http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.physio.2016.02.006
Lipczyński 2019	Lipczyński A., Normalizacja State-Trait Anxiety Inventory (STAI) i możliwość jego stosowania w terapii osób uzależnionych od alkoholu, http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/727-normalizacja-em-state-trait-anxiety-inventory-em-em-stai-em-i-mozliwosc-jego-stosowania-w-terapii-osob-uzalezniionych-od-alkoholu.html%20 [dostęp: 18.06.2019]
Loughney 2016	Loughney L. et.al, Exercise intervention in people with cancer undergoing neoadjuvant cancer treatment and surgery: A systematic review, <i>EJSO</i> , 2016, 42:28e38
Luo 2014	Luo Z.Y. et.al., Cost comparing home-based rehabilitation with hospital-based rehabilitation following total joint replacement: systematic review and meta-analysis, <i>Int J Clin Exp Med</i> , 2017, 10(12):15825-15833
McDonald 2014	McDonald S. et.al., Preoperative education for hip or knee replacement, <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , 2014, Issue 5. Art. No.: CD003526, DOI: 10.1002/14651858.CD003526.pub3.
McKelvie 2018	McKelvie S. et.al., Improving the rehabilitation of older people after emergency hospital admission, <i>Maturitas</i> , 2018, 111: 20–30
MHSSE 2014	Clinical practice guideline for care in pregnancy and puerperium. MHSSE 2014 http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl_en.pdf [dostęp: 12.06.2019]
Moran 2016	Moran J. et.al., The ability of prehabilitation to influence postoperative outcome after intra-abdominal operation: A systematic review and meta-analysis, <i>Surgery</i> , 2016, 160(5):1189–1201
MP	Medycyna Praktyczna, Skale oceny bólu, https://www.mp.pl/bol/bol/ostry/72858,skale-oceny-bolu [dostęp: 18.06.2019]
Murray 2007	Murray D.W. et.al., The use of the Oxford hip and knee scores, <i>The Bone & the Joint Journal</i> , 2007, 89-B (8), https://doi.org/10.1302/0301-620X.89B8.19424
Naqvi 2019	Naqvi U. et.al, Muscle Strength Grading, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436008/ [dostęp: 4.07.2019]
NFZ 2017	Realizacja świadczeń endoprotezoplastyki stawowej w 2017 r.
Ni 2016	Ni H.J. et.al, Exercise Training for Patients Pre- and Postsurgically Treated for Non–Small Cell Lung Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis, <i>Integrative Cancer Therapies</i> , 2016, 1–11, DOI: 10.1177/1534735416645180
NICE 2004	Improving supportive and palliative care for adults with cancer. © NICE guideline 2004. https://www.nice.org.uk/guidance/csg4 [dostęp: 12.06.2019]
NICE 2011	Hip fracture: management. © NICE guideline 2011. https://www.nice.org.uk/guidance/cg124 [dostęp: 12.06.2019]

NICE 2012	Hip fracture in adults. © NICE Quality standard 2012 https://www.nice.org.uk/guidance/qs16 [dostęp: 12.06.2019]
NICE 2013	Falls: Assessment and Prevention of Falls in Older People © NICE guideline 2013 https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/resources/falls-in-older-people-assessing-risk-and-prevention-pdf-35109686728_645 [dostęp: 12.06.2019]
NICE 2018	National Institute for Health and Care Excellence, Rheumatoid arthritis in adults: management, 2018
NICE 2019	Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. © NICE guideline 2019 https://www.nice.org.uk/guidance/ng123 [dostęp: 12.06.2019]
NIH 2019	https://dceg.cancer.gov/tools/design/questionnaires/physical-activity/godin-exercise-and-leisure-time [dostęp: 4.07.2019]
ONS 2012	Lymphoedema. Improving symptom management in cancer care through evidence based practice. Oncology Nursing Society 2012.
Paradowski 2004	Paradowski P.T. et.al., Skale oceny stawu kolanowego. Podstawowe pojęcia. Przegląd metod badawczych. Adaptacja językowa i kulturowa, Ortopediia Traumatologia Rehabilitacja, 2004, (4): 393–405
Physiopedia 2019	Locomotor Capabilities Index-5 https://www.physio-pedia.com/Locomotor_Capabilities_Index-5 [dostęp: 18.06.2019]
Pogorzała 2016	Pogorzała A.M. et.al, 2016. Wykorzystanie skali WOMAC w leczeniu zmian zwyrodnieniowych stawu kolanowego na podstawie przypadku klinicznego, Horyzonty współczesnej fizjoterapii, s.29–42 https://www.wseit.edu.pl/images/upload/monografie/2016/Wykorzystanie%20skali%20WOMAC%20w%20leczeniu%20zmian%20zwyrodnieniowych%20stawu%20kolanowego%20na%20podstawie%20przypadku%20klinicznego.pdf [dostęp: 18.06.2019]
Polskie Stowarzyszenie Choroby Huntingtona	Polskie Stowarzyszenie Choroby Huntingtona, http://www.huntington.pl/choroba/ci/leczenie/rehabilitacja/649-rehabilitacja-dom-szpital , [dostęp: 18.06.2019]
Potemski 2012	Potemski P., Jakość życia chorych na zaawansowanego raka piersi leczonych lapatynibem z kapecytabiną, Onkol. Prak. Klin. 2012, 8 (5): 204–208
QH 2014	Queensland Health lymphoedema clinical practice guideline, State of Queensland (Queensland Health) 2014. https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0027/146646/guideline-lymph.pdf [dostęp: 12.06.2019]
RACGP 2018	The Royal Australian College of General Practitioners. Guideline for the management of knee and hip osteoarthritis. 2nd edn. East Melbourne, Vic: RACGP, 2018.
Rau 2007	Rau B., Short-term effect of physiotherapy rehabilitation on functional performance of lower limb amputees, Prosthetics and Orthotics International, 2007, 31(3): 258–270
SIGN 2017	Management of diabetes A national clinical guideline. SIGN 2017 https://www.sign.ac.uk/assets/sign154.pdf [dostęp: 12.06.2019]
Singh 2016	Singh B. et.al., Systematic Review and Meta-Analysis of the Effects of Exercise for Those With Cancer-Related Lymphedema, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2016, 97:302–15
SOGC 2018	Mottola M.F., Davenport M.H., Ruchat S-M., et al. 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy, Br J Sports Med 2018;52:1339–1346.
Steffens 2018	Steffens D. et.al., Preoperative exercise halves the postoperative complication rate in patients with lung cancer: a systematic review of the effect of exercise on complications, length of stay and quality of life in patients with cancer, Br J Sports Med, 2018, 0:1–9. doi:10.1136/bjsports-2017-098032
Symmons 2011	Symmons D.P.M., Rheumatoid arthritis: assessing disease activity and outcome, Clinical Medicine, 2010, 10(3): 248-51
Szczekliak 2018	Gajewski P. (red.) Interna Szczeklika 2018, Medycyna Praktyczna, Kraków 2018: 2066-20771, 2074
Szczepanik 2016	Szczepanik M., Polska adaptacja skali Knee Outcome Survey Activities of Daily Living (KOS-ADL), https://repozytorium.ur.edu.pl/bitstream/handle/item/2373/Praca%20doktorska%20-%20M.%20Szczepanik.pdf?sequence=1&isAllowed=y [dostęp: 18.06.2019]
VA/DoD 2014	Department of Veterans Affairs, Department of Defense, VA/DoD Clinical practice guideline for the management of upper extremity amputation rehabilitation, version 1.0 – 2014
VA/DoD 2017	Department of Veterans Affairs, Department of Defense, VA/DoD Clinical practice guideline rehabilitation of individuals with lower limb amputation, version 2.0 – 2017
Wang 2016	Wang L. et al., Does preoperative rehabilitation for patients planning to undergo joint replacement surgery improve outcomes? A systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. BMJ Open, 2016, 6:e009857, doi:10.1136/bmjopen-2015-009857
Wareńczak Wysocka 2016	Wareńczak-Wysocka A., Ocena równowagi w świetle badań klinicznych i posturograficznych u pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego, http://www.wbc.poznan.pl/Content/424101/index.pdf [dostęp: 18.06.2019]
WHO 2017	Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
Wnuk 2006	Wnuk B. et.al, 2006. Znaczenie diagnostyczne 6-minutowego testu korytarzowego chodu u mężczyzn z miażdżycą kończyn dolnych, Zeszyty Metodyczno-Naukowe AWF w Katowicach 2006 (21) , 197-203 ; 2 tab.bibliogr.14 poz.streszcz.sum http://www.zeszyty.awf.katowice.pl/pdf/vol%2021/18%20wnuk%20i%20wsp.pdf [dostęp: 18.06.2019]
Wu 2019	Wu J.Q. et.al., Efficacy of exercise for improving functional outcomes for patients undergoing total hip arthroplasty, Medicine, 2019, 98:10

Spis załączników

Załącznik nr 1. Opis świadczeń w rehabilitacji ogólnoustrojowej

Załącznik nr 2. Porównanie świadczeń

Załącznik nr 3. Dostępność personelu medycznego

Spis tabel, rysunków i wykresów

Tabela 1. Zmiana technologii medycznych vs. obowiązujące świadczenia.....	11
Tabela 2. Wymagania dotyczące dostępu do rehabilitacji wczesnej/początkowej lub fizjoterapii w oddziałach szpitalnych.....	15
Tabela 3. Podsumowanie publikacji włączonych do analizy klinicznej dotyczących trybów opieki rehabilitacyjnej.	16
Tabela 4. Podsumowanie publikacji włączonych do analizy klinicznej dotyczące skuteczności rehabilitacji oraz interwencji w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej.	17
Tabela 5. Wyniki przeglądu rekomendacji i wytycznych klinicznych w podziale na populacje pacjentów	22
Tabela 6. Główne grupy populacji.....	27
Tabela 7. Udzielane interwencje w podziale na populacje pacjentów na poszczególnych poziomach opieki w odniesieniu do odnalezionych wytycznych oraz przeglądów systematycznych i niesystematycznych.	29
Tabela 8. Udzielane interwencje w podziale na populacje pacjentów na poszczególnych poziomach opieki w odniesieniu do odnalezionych przeglądów systematycznych i niesystematycznych.	31
Tabela 9. Porównanie obecnych oraz nowych świadczeń pod względem stanu klinicznego oraz funkcjonalnego pacjenta w podziale na poziomy opieki.....	33
Tabela 10. Dobór profili i rodzajów interwencji do poziomów opieki.....	38
Tabela 11. Populacja docelowa oraz populacje pacjentów wskazane w odnalezionych wytycznych i przeglądach klinicznych.....	40
Tabela 12. Charakterystyka skal klinicznych kwalifikujących do rehabilitacji	41
Tabela 13. Kryteria kwalifikacji do różnych poziomów opieki określone populacją docelową uwzględniającą profil kliniczny i funkcjonalny pacjenta, potrzeby rehabilitacyjne pacjenta, czas od wystąpienia zdarzenia/choroby stanowiącej przyczynę rehabilitacji na różnych poziomach opieki.	42
Tabela 14. Porównanie technologii medycznych w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.	45
Tabela 15. Porównanie technologii medycznych w rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej.	46
Tabela 16. Porównanie technologii medycznych w fizjoterapii ambulatoryjnej.	48
Tabela 17. Porównanie technologii medycznych w fizjoterapii domowej.	49
Tabela 18. Analiza wpływu na budżet.....	54
Tabela 19. Klasyfikacja potrzeb rehabilitacyjnych na potrzeby projektowania świadczeń.	56
Tabela 20. Klasyfikacja potrzeb rehabilitacyjnych w zależności od poziomów opieki.	56
Tabela 21. Wyodrębnione w oparciu o przeglądy wytycznych klinicznych oraz przeglądy skuteczności i bezpieczeństwa, populacje pacjentów.	63
Tabela 22. Procentowy udział najczęściej sprawozdanych rozpoznań w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej i dziennej, fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej w 2017 r.	64

Tabela 23. Charakterystyka skal klinicznych kwalifikujących do rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.	65
Tabela 24. Charakterystyka skal klinicznych kwalifikujących do fizjoterapii domowej.	66
Tabela 25. Poziomy opieki w rehabilitacji ogólnoustrojowej.	66
Tabela 26. Potrzeby terapeutyczne pacjentów w zależności od różnych poziomów opieki.	66
Tabela 27. Czas od wystąpienia zdarzenia/choroby jako kryterium kwalifikacji do różnych poziomów rehabilitacji.	67
Tabela 28. Profil kliniczny i funkcjonalny pacjenta w rehabilitacji ogólnoustrojowej na różnych poziomach opieki.	67
Tabela 29. Świadczenia w rehabilitacji ogólnoustrojowej w podziale na profil pacjenta i kryteria kwalifikacji.	69
Tabela 30. Dobór profili i rodzajów interwencji do poziomów miejsc udzielania świadczeń.	70
Tabela 31. Rekomendacje dotyczące rehabilitacji po amputacjach.	72
Tabela 32. Rekomendacje dotyczące zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa.	74
Tabela 33. Rekomendacje dotyczące polimialgii reumatycznej.	74
Tabela 34. Rekomendacje dotyczące reumatoidalnego zapalenia stawów.	75
Tabela 35. Rekomendacje dotyczące łuszczycowego zapalenia stawów.	77
Tabela 36. Rekomendacje dotyczące choroby zwyrodnieniowej stawów.	77
Tabela 37. Rekomendacje dotyczące fibromialgii.	80
Tabela 38. Wytyczne dotyczące rehabilitacji pozabiegowej.	81
Tabela 39. Rekomendacje dotyczące ortopedii i traumatologii.	82
Tabela 40. Rekomendacje dotyczące pacjentów z cukrzycą.	88
Tabela 41. Rekomendacje dotyczące rehabilitacji w ginekologii.	89
Tabela 42. Rekomendacje dotyczące opieki nad osobami w podeszłym wieku.	92
Tabela 43. Rekomendacje dotyczące rehabilitacji w onkologii.	94
Tabela 44. Rekomendacje dotyczące obrzęku limfatycznego.	95
Tabela 45. Minimalne wymagania dotyczące wyposażenia w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w oddziale/ośrodku dziennym.	103
Tabela 46. Wymagane wyposażenie w lokalizacji, do zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej oraz inne wyposażenie, jeśli dane świadczenie udzielane jest w miejscu.	105
Tabela 47. Jednorodne grupy pacjentów w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.	106
Tabela 48. Ocena ciężkości stanu klinicznego pacjenta/warunki rozliczania.	107
Tabela 49. Katalog zakresów świadczeń.	108
Tabela 50. Podstawowe informacje o MUS-ach przekazujących dane o liczbie osób oczekujących.	110
Tabela 51. Średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej w podziale na zakresy w 2019 r.	111
Tabela 52. Średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej w 2019 r. w podziale na OW NFZ.	112
Tabela 53. Udział kosztu rehabilitacji leczniczej w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej.	117
Tabela 54. Zmiana wartości rozliczonych świadczeń w wybranych zakresach rehabilitacji leczniczej w latach 2017-2016.	117
Tabela 55. Ogólne dane dotyczące świadczeniodawców w analizowanych zakresach świadczeń w 2017 r.	118
Tabela 56. Liczba pacjentów i ludności na MUS w wybranych zakresach świadczeń w podziale na OW NFZ w 2017 r.	119

Tabela 57. Grupy rozpoznań wg ICD-10 w rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej i stacjonarnej w ujęciu krotności sprawozdawania w 2016 r.	119
Tabela 58. TOP 5 najczęściej sprawozdanych rozpoznań medycznych wg ICD-10 w rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej i stacjonarnej w podziale na główne grupy rozpoznań.	122
Tabela 59. TOP 10 najczęściej sprawozdanych rozpoznań medycznych wg ICD-10 w rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej i stacjonarnej.	123
Tabela 60. TOP 10 najczęściej sprawozdanych rozpoznań medycznych wg ICD-10 w fizjoterapii ambulatoryjnej.	126
Tabela 61. TOP 10 najczęściej sprawozdanych rozpoznań medycznych wg ICD-10 w fizjoterapii domowej. ..	127
Tabela 62. TOP 5 najczęściej sprawozdanych rozpoznań medycznych wg ICD-10 w fizjoterapii ambulatoryjnej w podziale na dwie główne grupy rozpoznań.	127
Tabela 63. TOP 5 najczęściej sprawozdanych rozpoznań medycznych wg ICD-10 w fizjoterapii domowej w podziale na dwie główne grupy rozpoznań.	128
Tabela 64. Specjalność VIII resortowych kodów identyfikacyjnych w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.	128
Tabela 65. Liczba łóżek (komercyjnych oraz w ramach umowy z NFZ) w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej w 2017 r.	129
Tabela 66. Liczba pacjentów, którzy po zakończeniu hospitalizacji w 2017r. mieli udzielone świadczenia z zakresu: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, w podziale na sekcje JGP w ramach leczenia szpitalnego.	132
Tabela 67. Liczba pacjentów, którzy po zakończeniu hospitalizacji w 2017r. mieli udzielone świadczenia z zakresy rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych i byli rozliczeni JGP z sekcji H, A i T.	132
Tabela 68. Liczba pacjentów, którzy po zakończeniu hospitalizacji w 2017r. mieli udzielone świadczenia z zakresy rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym i byli rozliczeni JGP z sekcji H, A i T.	133
Tabela 69. Procentowy udział pacjentów, którym udzielono świadczeń w rozdziale M rozpoznań ICD-10 w liczbie pacjentów ogółem, którzy po zakończeniu hospitalizacji w 2017 r. mieli udzielone świadczenie w rodzaju leczenie szpitalne oraz rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych...	137
Tabela 70. Procentowy udział pacjentów, którym udzielono świadczeń w rozdziale S rozpoznań ICD-10 w liczbie pacjentów ogółem, którzy po zakończeniu hospitalizacji w 2017 r. mieli udzielone świadczenie w rodzaju leczenie szpitalne oraz rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych...	138
Tabela 71. Procentowy udział pacjentów, którym udzielono świadczeń w rozdziale T rozpoznań ICD-10 w liczbie pacjentów ogółem, którzy po zakończeniu hospitalizacji w 2017 r. mieli udzielone świadczenie w rodzaju leczenie szpitalne oraz rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych...	138
Tabela 72. Procentowy udział pacjentów, którym udzielono świadczeń w rozdziale M rozpoznań ICD-10 w liczbie pacjentów ogółem, którzy po zakończeniu hospitalizacji w 2017 r. mieli udzielone świadczenie w rodzaju leczenie szpitalne oraz rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym.	139
Tabela 73. Procentowy udział pacjentów, którym udzielono świadczeń w rozdziale S rozpoznań ICD-10 w liczbie pacjentów ogółem, którzy po zakończeniu hospitalizacji w 2017 r. mieli udzielone świadczenie w rodzaju leczenie szpitalne oraz rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym.	140
Tabela 74. Procentowy udział pacjentów, którym udzielono świadczeń w rozdziale T rozpoznań ICD-10 w liczbie pacjentów ogółem, którzy po zakończeniu hospitalizacji w 2017 r. mieli udzielone świadczenie w rodzaju leczenie szpitalne oraz rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym.	141
Tabela 75. Kryteria włączenia publikacji do przeglądu.	142
Tabela 76. Skuteczność interwencji rehabilitacji/ćwiczeń fizycznych u pacjentów z po alloplastyce stawu kolanowego/biodrowego w ocenianych punktach końcowych.	144
Tabela 77. Skuteczność interwencji rehabilitacji/ćwiczeń fizycznych u pacjentów po operacjach jamy brzusznej w ocenianych punktach końcowych.	158

Tabela 78. Skuteczność interwencji rehabilitacji/ćwiczeń fizycznych u pacjentów geriatrycznych w ocenianych punktach końcowych.....	161
Tabela 79. Skuteczność interwencji rehabilitacji/ćwiczeń fizycznych u pacjentów onkologicznych w ocenianych punktach końcowych.....	163
Tabela 80. Skuteczność interwencji rehabilitacji/ćwiczeń fizycznych u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów w ocenianych punktach końcowych.....	168
Tabela 81. Skuteczność interwencji rehabilitacji/ćwiczeń fizycznych u pacjentów z obrzękiem limfatycznym w ocenianych punktach końcowych.....	169
Tabela 82. Skuteczność interwencji rehabilitacji/ćwiczeń fizycznych u pacjentów ginekologicznych w ocenianych punktach końcowych.....	171
Tabela 83. Skuteczność interwencji rehabilitacji/ćwiczeń fizycznych u pacjentów z cukrzycą typu 2 w ocenianych punktach końcowych.....	173
Tabela 84. Skuteczność interwencji rehabilitacji/ćwiczeń fizycznych u pacjentów po złamaniach w ocenianych punktach końcowych.....	174
Tabela 85. Skuteczność interwencji rehabilitacji/ćwiczeń fizycznych u pacjentów po amputacjach w ocenianych punktach końcowych.....	176
Tabela 86. Podsumowanie publikacji włączonych do analizy klinicznej dotyczących trybów opieki rehabilitacyjnej.....	190
Tabela 87. Podsumowanie publikacji włączonych do analizy klinicznej dotyczące skuteczności rehabilitacji oraz interwencji w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej.....	191
Tabela 88. Podsumowanie informacji w zakresie odnalezionych narzędzi lub skal.....	208
Tabela 89. Świadczenia obowiązujące i planowane z uwzględnieniem poziomów opieki.....	211
Tabela 90. Zdefiniowane problemy związane z realizacją świadczeń stacjonarnych.....	212
Tabela 91. Opis świadczeń w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.....	212
Tabela 92. Zdefiniowane problemy związane z realizacją świadczeń dziennych.....	216
Tabela 93. Opis świadczeń w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej.....	217
Tabela 94. Zdefiniowane problemy związane z realizacją świadczeń ambulatoryjnych.....	222
Tabela 95. Opis świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej.....	222
Tabela 96. Zdefiniowane problemy związane z realizacją świadczeń domowych.....	225
Tabela 97. Opis świadczeń w zakresie fizjoterapii domowej.....	226
Tabela 98. Charakterystyka badań włączonych do przeglądu Brusco 2013.....	233
Tabela 99. Raportowane wyniki badań włączonych do przeglądu Brusco 2013.....	234
Tabela 100. Główne rozpoznania sprawozdane w JGP w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.....	237
Tabela 101. Dane dotyczące kolejki do stacjonarnej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.....	237
Tabela 102. Dane dotyczące kolejki do rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym.....	238
Tabela 103. Główne rozdziały klasyfikacji ICD-10 w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej.....	239
Tabela 104. Dane dotyczące kolejki do fizjoterapii ambulatoryjnej.....	239
Tabela 105. Główne rozdziały klasyfikacji ICD-10 w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej.....	240
Tabela 106. Dane dotyczące kolejki do fizjoterapii domowej.....	241
Tabela 107. Opinie ekspertów dotyczące kluczowych przyczyn, dla których wnioskowane świadczenia powinny/nie powinny być finansowane ze środków publicznych.....	243
Tabela 108. Opinie ekspertów dotyczące kryteriów kwalifikacji do poszczególnych świadczeń.....	248
Tabela 109. Opinia ekspertów dotycząca kwestii proponowanego w Załączniku nr 1 „Szczegółowe opisy świadczeń” personelu uprawnionego do realizacji wnioskowanych świadczeń.....	253

Tabela 110. Opinia ekspertów dotycząca kwestii proponowanego w Załączniku nr 1 „Szczegółowe opisy świadczeń” zastosowania zasobów lokalowych do realizacji wnioskowanych świadczeń.	261
Tabela 111. Opinia ekspertów dotycząca kwestii zasadności zastosowania interwencji medycznych w ramach określonych profili, do realizacji wnioskowanych świadczeń.	266
Tabela 112. Opinia ekspertów dotycząca kwestii innego rekomendowanego świadczenia.	273
Tabela 113. Analiza wpływu na budżet.....	277
Tabela 114. Analiza liczby łóżek i liczby pacjentów w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.	278
Tabela 115. Rozkład pacjentów po leczeniu szpitalnym w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.	278
Tabela 116. Prognoza wzrostu kosztów świadczeń w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.	278
Tabela 117. Prognoza procentowego wzrostu kosztów świadczeń w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.	279
Tabela 118. Obecne koszty świadczeń w rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej.	279
Tabela 119. Rozkład pacjentów pod kątem schorzeń w ramach produktu - osobodzień w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym.	279
Tabela 120. Potencjalna populacja pacjentów w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym.	280
Tabela 121. Analiza szacunkowej populacji i kosztów świadczeń w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym.	280
Tabela 122. Potencjalne koszty świadczeń w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym.	281
Tabela 123. Struktura pacjentów pod kątem rozpoznania w fizjoterapii ambulatoryjnej.	281
Tabela 124. Potencjalne koszty świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej.	281
Tabela 125. Szacunkowa populacja oraz średni koszt świadczeń na pacjenta w fizjoterapii domowej.	282
Tabela 126. Potencjalna populacja pacjentów po zbiegach protezoplastyki w fizjoterapii domowej.	282
Tabela 127. Potencjalne koszty świadczeń w fizjoterapii domowej.	283
Tabela 128. Strategia wyszukiwania w bazie Medline via PubMed (data ostatniego wyszukiwania: 21.05.2019).	283
Tabela 129. Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid (data ostatniego wyszukiwania: 21.05.2019)..	283
Tabela 130. Strategia wyszukiwania w bazie Cochrane Library (data ostatniego wyszukiwania: 21.05.2019) .	283
Tabela 131. Kryteria wykluczenia publikacji.	284

SPIS RYSUNKÓW

Rysunek 1. Moduły w rehabilitacji leczniczej	35
Rysunek 2. Ścieżka pacjenta w rehabilitacji ogólnoustrojowej	36
Rysunek 3. Moduł rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.....	37
Rysunek 4. Moduł rehabilitacji dziennej.....	37
Rysunek 5. Moduł fizjoterapii ambulatoryjnej.....	38
Rysunek 6. Moduł fizjoterapii domowej.....	38
Rysunek 7. Profil kliniczny pacjenta w rehabilitacji ogólnoustrojowej.....	40
Rysunek 8. Liczba łóżek (łącznie łóżka kontraktowe i pozakontraktowe) w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej w 2017 r.	129
Rysunek 9. Liczba mieszkańców na jedno łóżko (łącznie łóżka kontraktowe i pozakontraktowe) w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej w 2017 r.	130

SPIS WYKRESÓW

Wykres 1. Średnia liczba łóżek w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej w podziale na województwa	13
Wykres 2. Koszt rehabilitacji leczniczej w latach 2011–2019 (mld zł) według planu finansowego NFZ.	116
Wykres 3. Zmiana kosztu rehabilitacji leczniczej w ciągu roku w latach 2011–2017 (mld zł).	116
Wykres 4. Zmiana wartości rozliczonych świadczeń w wybranych zakresach rehabilitacji leczniczej w latach 2017-2016.	117
Wykres 5. Liczba MUS i świadczeniodawców w wybranych zakresach świadczeń rehabilitacji leczniczej w 2016 r.	118
Wykres 6. Grupy rozpoznań wg ICD-10 w rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej i stacjonarnej w ujęciu procentowym w 2016 r.	121
Wykres 7. TOP 10 najczęściej sprawozdanych rozpoznań medycznych wg ICD-10 w rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej w ujęciu krotności i udziału procentowego.	124
Wykres 8. TOP 10 najczęściej sprawozdanych rozpoznań medycznych wg ICD-10 w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej w ujęciu krotności i udziału procentowego.	125
Wykres 9. Struktura wiekowa pacjentów w rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej i stacjonarnej.	125
Wykres 10. Struktura wiekowa pacjentów w rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej i stacjonarnej w przedziałach wiekowych w ujęciu udziału procentowego.	126
Wykres 11. Oddział rehabilitacyjny (4300) – liczba łóżek w podmiotach mających zawarte umowy w rodzaju rehabilitacja lecznicza (łącznie łóżka kontraktowe i pozakontraktowe) w przeliczeniu na 100 tys. ludności w 2017 r.	130
Wykres 12. Oddział rehabilitacyjny (4300) – liczba łóżek ogółem i stopień wykorzystanie w poszczególnych województwach w 2017 r.	131
Wykres 13. Rozkład liczebności pacjentów ze względu na liczbę dni od zakończenia hospitalizacji do rozpoczęcia rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych w 2017r.	134
Wykres 14. Rozkład liczebności pacjentów ze względu na liczbę dni trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, którzy w 2017 r. zakończyli hospitalizację	135
Wykres 15. Rozkład liczebności pacjentów ze względu na liczbę dni od zakończenia hospitalizacji w 2017r. do rozpoczęcia rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym	136
Wykres 16. Rozkład liczebności pacjentów ze względu na liczbę dni trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym, którzy w 2017 r. zakończyli hospitalizację	136
Wykres 17. Przepływ pacjentów w stacjonarnej rehabilitacji ogólnoustrojowej	237
Wykres 18. Przepływ pacjentów w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym.	238
Wykres 19. Przepływ pacjentów w fizjoterapii ambulatoryjnej.	240
Wykres 20. Przepływ pacjentów w fizjoterapii domowej	241