



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 147/2018 z dnia 27 lipca 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny program
rehabilitacji osób chorych na nowotwory układu pokarmowego
na lata 2019-2022” realizowany przez województwo śląskie**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Regionalny program rehabilitacji osób chorych na nowotwory układu pokarmowego na lata 2019-2022” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu polityki zdrowotnej zakłada prowadzenie rehabilitacji medycznej u chorych onkologicznych, która przyczynić ma się do szybszego powrotu pacjentów do pracy. Projekt został przygotowany w sposób szczegółowy. Zaplanowane interwencje stanowią spójną całość i mogą stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń. Należy jednak wskazać, że część elementów projektu wymaga doprecyzowania.

Cel główny został sformułowany w postaci działania, nie zaś oczekiwanego efektu, zatem należy go poprawić. Cele szczegółowe warto przeformułować w taki sposób, aby były w pełni zgodne z zasadą SMART. Część mierników efektywności została dobrze określona, jednak niektóre z nich będzie bardziej adekwatna do zastosowania przy monitorowaniu programu.

Populacja docelowa została precyzyjnie zdefiniowana, natomiast wymagana jest weryfikacja liczebności grup uczestniczących w programie i uzasadnienie przyjętych założeń. Dodatkowo należy doprecyzować, których pacjentów rodziny będą miały możliwość wzięcia udziału w części edukacyjnej.

Interwencje zostały zaplanowane zgodnie z wytycznymi, natomiast należy mieć na uwadze, że są to częściowo świadczenia gwarantowane, zatem istnieje ryzyko podwójnego finansowania. Dodatkowo należy doprecyzować kwestie związane z konsultacją logopedyczną oraz indywidualne konsultacje psychologiczne. Warto również sporządzić harmonogram wykonywania zaplanowanych świadczeń.

Monitorowanie i ewaluacja zostały opracowane poprawnie. Budżet został dobrze i szczegółowo zaplanowany.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący rehabilitacji po leczeniu onkologicznym. Koszty bezpośrednie realizacji programu zostały oszacowane na 1 840 380 zł, zaś okres realizacji to lata 2019-2022.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki



zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Projekt programu wpisuje się w następujące priorytety zdrowotne: „zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych” oraz „rehabilitacja”, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

W programie precyzyjnie przedstawiono opis problemu zdrowotnego. Przedstawiono dane liczbowe dotyczące epidemiologii nowotworów w skali globalnej, kontynentalnej, krajowej i regionalnej. Odwołano się do informacji pochodzących z Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) w zakresie onkologii dla województwa śląskiego, jak również danych Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN).

Z zaprezentowanych danych wynika, że do najczęściej występujących nowotworów w obrębie układu pokarmowego, w województwie śląskim, należą: rak jelita grubego, żołądka, jamy ustnej oraz gardła. Zgodnie z MPZ, w 2016 r. największą liczbę nowych przypadków nowotworów złośliwych w Polsce odnotowano w woj. mazowieckim (25,1 tys.) oraz śląskim (22,5 tys.). W połowie województw liczba nowych przypadków nie przekroczyła 9,9 tysiąca. Nowotwory złośliwe dolnego odcinka układu pokarmowego w latach 2011-2013 stanowiły przyczynę 12,1% ogółu zgonów z powodu nowotworów złośliwych mieszkańców woj. śląskiego (11,9% zgonów mężczyzn i 12,5% zgonów kobiet). Odsetki te są nieco wyższe od danych ogólnopolskich (odpowiednio 11,8% dla ogółu, 11,6% dla mężczyzn i 12,0% dla kobiet).

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „przywrócenie maksymalnie możliwej sprawności psychofizycznej oraz zdolności do aktywności zawodowej osobom po radykalnym leczeniu nowotworów układu pokarmowego poprzez zahamowanie lub ograniczenie negatywnych skutków procesów chorobowych oraz interwencji terapeutycznych, dzięki kompleksowej rehabilitacji medycznej prowadzonej w populacji osób w wieku produkcyjnym na terenie województwa śląskiego w latach 2019-2022”. Powyższe założenie stanowi działanie, nie zaś oczekiwany efekt, w postaci którego, powinien zostać sformułowany cel. Ponadto cel powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań.

Dodatkowo w projekcie określono 5 celów szczegółowych, które stanowią uzupełnienie dla celu nadrzędnego. Należy zaznaczyć, że dobrze sformułowany cel powinien być zgodny z zasadą SMART, według której powinien on być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie.

W projekcie uwzględniono zarówno mierniki odnoszące się do celów programu, o charakterze ilościowym, jak i jakościowym, co jest poprawne. Część z nich jednak mogłaby bardziej znaleźć zastosowanie w ramach oceny zgłaszalności niż pomiaru efektywności działań w projekcie, jak np. „liczba osób objętych PPZ”, „liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla kadry medycznej” czy „liczba osób poddanych badaniom lekarskim kwalifikującym do Programu”.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią osoby zamieszkujące województwo śląskie w wieku produkcyjnym, u których zdiagnozowano chorobę nowotworową układu pokarmowego, członkowie ich rodzin, a także fizjoterapeuci świadczący usługi pacjentom z ww. problemem zdrowotnym.

Działania zaplanowane w projekcie programu są głównie skierowane do aktywnych zawodowo pacjentów onkologicznych z rozpoznaniem choroby nowotworowej układu pokarmowego w wywiadzie lekarskim (tj. C00-C26 wg ICD-10), po zakończeniu radykalnego leczenia. Mając na uwadze całkowitą liczebność mieszkańców województwa w wieku produkcyjnym (tj. 2 818 424 osób wg danych GUS) oraz wskaźnik chorobowości (5-letniej) dla woj. śląskiego (12,66% dla mężczyzn i 12,86% dla kobiet wg danych KRN), oszacowano, że populację możliwą do zakwalifikowania stanowi

blisko 4 480 mieszkańców województwa. Program obejmie jedynie 19% z ww. populacji docelowej, tj. 850 uczestników. Należy dodać, że przewidziano możliwość zwiększenia o 30% liczby pacjentów objętych badaniem kwalifikującym do programu (tj. uczestnictwo 1 170 osób, ale tylko na etapie ww. kwalifikacji).

Oprócz pacjentów onkologicznych do programu, tj. części edukacyjnej, zostaną zaproszeni również członkowie rodzin ww. grupy, prawdopodobnie rodziny osób zakwalifikowanych do kompleksowej rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych, jednak należy to doprecyzować. Przewidziano uczestnictwo ok. 425 osób.

Do programu zostaną zakwalifikowani również specjaliści w zakresie fizjoterapii. Z danych w projekcie wynika, że w 2016 roku, na terenie woj. śląskiego zatrudnionych było około 2 572 fizjoterapeutów. Ze względu na ograniczenia finansowe do programu zaplanowano włączyć około 300 specjalistów w zakresie fizjoterapii (150 osób w 2019 r. i 150 w 2020 r.). Z kolei, zgodnie z aktualnymi danymi statystycznymi Krajowej Izby Fizjoterapeutów (KIF 2018), prawo do wykonywania zawodu w zakresie fizjoterapii w województwie śląskim otrzymało blisko 5 569 osób. Nie wskazano uzasadnienia dla uwzględnienia takiej liczebności fizjoterapeutów objętych programem.

Interwencja

Realizacja głównych interwencji w projekcie programu została podzielona na etapy:

- Szkolenia dla kadry medycznej – etap I programu dot. nowoczesnych technik rehabilitacji chorób nowotworowych układu pokarmowego;
- Kompleksowa rehabilitacja uczestników:
 - kwalifikującą konsultację lekarską (specjalista rehabilitacji medycznej) i poradę fizjoterapeutyczną (ocena kwestionariuszowa oraz edukacja zdrowotna pacjenta) Na podstawie przeprowadzonej kwalifikacji do programu, będą wdrażane cykle rehabilitacyjne w warunkach ambulatoryjnych lub sanatoryjnych.
 - rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych (ogólna edukacja zdrowotna, edukacja żywieniowa, psychoedukacja, indywidualny plan rehabilitacji – zabiegi kinezyterapii, masaż leczniczy/limfatyczny, fizykoterapia);
 - rehabilitację w warunkach sanatoryjnych (zakwaterowanie, wstępna wizyta lekarska, 14-dniowy program rehabilitacji onkologicznej – kinezyterapia, zabiegi fizykalne, hydroterapia; całodobowa opieka pielęgniarska, edukacja zdrowotna – m.in. żywieniowa i psychoedukacja; indywidualne konsultacje psychologiczne, kontrolna wizyta lekarska);
- Edukacja zdrowotna członków rodzin pacjentów objętych rehabilitacją ambulatoryjną;
- Kontrolna konsultacja lekarska (specjalista rehabilitacji medycznej) po 2 miesiącach od ukończenia kompleksowej rehabilitacji (badanie podmiotowe/przedmiotowe, ocena kwestionariuszowa, zalecenia dot. dalszego postępowania medycznego).

W odniesieniu do szkoleń, należy wskazać, że odnalezione wytyczne (PCRR 2013) sugerują, że zwiększanie świadomości wśród pracowników służby zdrowia i pacjentów nt. potrzeby i ogólnej skuteczności rehabilitacji onkologicznej jest jednym z priorytetów w zakresie wdrażania rehabilitacji po leczeniu onkologicznym/chorobie nowotworowej.

W ramach kwalifikacji odbędzie się również porada fizjoterapeutyczna, która oprócz ponownego wywiadu, będzie wykorzystywała kwestionariusze: oceny zdrowia Health Assessment Questionnaire (HAQ), oceny jakości życia World Health Organization Quality of Life (wersja skrócona - WHOQOL-BREF) oraz Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ). Ocena wg powyższych kwestionariuszy posłuży do przeprowadzenia ewaluacji, a zastosowanie niektórych z nich jest zalecane przez część wytycznych (PTOK 2013, 2013a; WHO).

W odniesieniu do rehabilitacji ambulatoryjnej należy dodać, że zostały wymienione „indywidualne konsultacje logopedyczne”, jednak konsultacje te nie mają odzwierciedlenia w dalszej treści projektu

programu oraz w jego kosztach. Wobec powyższego konieczna jest weryfikacja zakresu interwencji planowanych do realizacji w ramach programu.

W odniesieniu do rehabilitacji sanatoryjnej, należy mieć na uwadze, że rekomendacje PTOK 2013 wskazują na możliwość stosowania rehabilitacji uzdrowiskowej w przypadku większości nowotworów dopiero po roku od zakończenia leczenia (a w przypadku niektórych nowotworów dopiero po 5 latach), co nie zostało ujęte w programie. Ponadto w ramach wizyty lekarskiej zostaną powielone działania z zakresu kwalifikacji lekarskiej do programu, tj. wywiad, badanie przedmiotowe, analiza dokumentacji medycznej, stwierdzenie o braku przeciwwskazań do rehabilitacji czy uzyskanie niezbędnych oświadczeń i zgody na udział w PPZ. W zakresie rehabilitacji sanatoryjnej nie odniesiono się do możliwości wdrażania zabiegów grupowych. Warto dodać, że ćwiczenia/zabiegi o umiarkowanej intensywności wydają się być najlepszym rozwiązaniem dla poprawy sprawności fizycznej i złagodzenia zaburzeń związanych z chorobą nowotworową (Stout 2017). Dodatkowym elementem rehabilitacji w warunkach sanatoryjnych są indywidualne konsultacje psychologiczne, realizowane raz na tydzień. Nie jest jednak jasne, na czym mają polegać wspomniane konsultacje oraz czym dokładnie będą się różnić od tzw. psychoedukacji pacjenta.

Należy zaznaczyć, że zgodnie z odnalezionymi wytycznymi, zaleca się, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych/ zabiegów, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (WHO 2017, NSF 2010, VHA-DoD 2010).

Trzeba podkreślić, że zarówno w przypadku rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych, jak i sanatoryjnych, wszelkie decyzje o zastosowaniu określonych zabiegów fizykalnych lub też masażu u osób leczonych z powodu chorób nowotworowych powinny być podjęte bardzo rozważnie oraz uwzględniać korzyści i ryzyko wdrażania danych technik rehabilitacyjnych (PTOK 2013). Dodatkowo jak podkreśla PTOK 2013, zabiegi fizjoterapeutyczne powinny uwzględniać deficyty czynnościowe, zainteresowania chorych, rodzaj i lokalizację nowotworu oraz metodę jego leczenia. Uwzględnienie w projekcie programu elementów takich jak badanie pacjenta, trening fizyczny, edukacja, porada dietetyka i wsparcie psychologiczne pozostają w zgodzie z wytycznymi ACCP 2007.

Podsumowując, w ramach kompleksowej rehabilitacji medycznej w projekcie programu planuje się zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych stanowiących świadczenia gwarantowane. Trzeba zaznaczyć, że Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym (IZ RPO) jest gwarantem tego, że planowane w ramach programu świadczenia gwarantowane działania nie będą podwójnie finansowane. Zaproponowane interwencje rehabilitacyjne m.in. kinezyterapia, zabiegi fizykalne czy masaże stanowią świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej,

Należy zwrócić uwagę, że dalsza realizacja wypracowanych rozwiązań funkcjonalnych, może skutkować długofalowymi efektami zdrowotnymi oraz lepszym dostępem do przedmiotowych świadczeń dla pacjentów onkologicznych z woj. śląskiego. Warto także podkreślić, że szkolenia dla fizjoterapeutów są istotnym przykładem uzyskania efektu utrzymującego się po zakończeniu PPZ, ponieważ osoby te będą mogły wykorzystywać zdobytą wiedzę w swojej codziennej pracy z pacjentami.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie oraz ewaluacja zostały zaplanowane w ramach programu i są poprawnie sformułowane.

Ocena jakości świadczeń zostanie przeprowadzona na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników, analizy pisemnych uwag zgłaszanych przez uczestników do realizatora PPZ oraz identyfikacji czynników zakłócających przebieg programu, co należy uznać z podejście prawidłowe. Ocena zgłaszalności również została poprawnie zaplanowana.

Ewaluacja programu zostanie przeprowadzona na podstawie analizy wyszczególnionych w projekcie mierników efektywności, uwzględniających zarówno wyniki badań kwestionariuszowych, testów wiedzy oraz wyniki badań kontrolnych po wdrożeniu zaplanowanych interwencji. Zostanie ona przeprowadzona zarówno przed rozpoczęciem programu, jak i po jego zakończeniu.

Warunki realizacji

Projekt programu zawiera opis planowanych działań, jednak nie wskazano szczegółowego harmonogramu realizacji zaplanowanych interwencji. Nie jest zatem jasne, czy działania wymienione w ramach rehabilitacji potencjalnego uczestnika programu będą występowały kolejno po sobie, czy też będą się wzajemnie uzupełniać w trakcie cyklu świadczeń rehabilitacyjnych zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i sanatoryjnych.

W projekcie opisano dokładnie kompetencje oraz warunki niezbędne do realizacji programu. Wybór realizatora odbędzie się w drodze konkursu, co jest zgodne z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.)

Sposób zakończenia udziału w programie został precyzyjnie określony i zakończenie udziału w programie będzie możliwe na każdym jego etapie, na życzenie pacjenta.

Całkowity koszt bezpośredni realizacji programu oszacowano na 1 840 380 zł. Przedstawiono koszty jednostkowe poszczególnych działań (z wyjątkiem zajęć logopedycznych). Wskazano również, że koszty pośrednie wynieść mają 10% kosztów bezpośrednich czyli 184 855 zł.

Oprócz ww. działań, przewidziano też zwrot kosztów dojazdu celem realizacji świadczeń w ramach PPZ dla blisko 9% uczestników, tj. wartość 8 855 zł (115 zł/osobę, zgodnie z średnią ceną biletu miesięcznego na terenie województwa).

Projekt programu zakłada współfinansowanie działań w programie ze środków EFS – 85%, a pozostałe 15% z budżetu Państwa i wkładu własnego beneficjenta.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Nowotwory złośliwe należą do najpoważniejszych zagrożeń dla życia Polaków. Bezwzględna liczba nowotworów złośliwych w kraju w ostatnim 40-leciu rosła, czego przyczyną jest zarówno proces starzenia się populacji, jak i wzrost narażenia na czynniki ryzyka związane ze stylem życia (otyłość, niska aktywność fizyczna, palenie tytoniu, spożycie alkoholu).

Problem zdrowotny określony w projekcie programu dotyczy nowotworów złośliwych układu pokarmowego. Nowotwory te stanowią rozbudowaną kategorię o złożonej etiologii i zróżnicowanym obrazie klinicznym. Zgodnie ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK), do najważniejszych/ najczęstszych nowotworów ww. układu należą: rak przełyku i połączenia przełykowo-żołądkowego, nowotwory żołądka, jelita cienkiego, wątroby, rak trzustki i brodawki Vatera, rak pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych, rak okrężnicy i odbytnicy oraz rak kanału i rak brzegu odbytu.

Istotnym globalnym problemem zdrowotnym pozostają nowotwory jelita grubego, z roczną skalą występowania nowych przypadków na poziomie 1 miliona i umieralnością rzędu 500 tys. osób rocznie. Kolejnym z często występujących nowotworów układu pokarmowego jest rak przełyku, będący ósmym najczęściej występującym nowotworem w skali globu i szóstą najczęstszą nowotworową przyczyną zgonu. Rak trzustki jest z kolei nowotworem o najniższym, wśród wszystkich chorób tego typu sytuowanych w obrębie układu pokarmowego, współczynnikiem pięcioletniego przeżycia. Jest przyczyną zgonu około 250 tys. osób rocznie, głównie w krajach wysokorozwiniętych. nowotwór wątroby (w szczególności rak wątrobokomórkowy) jest szóstym najczęściej występującym nowotworem na świecie, a także trzecią najczęstszą przyczyną zgonów w grupie chorób nowotworowych, odpowiadając za 550 tys. zgonów rocznie na świecie.

Alternatywne świadczenia

Rehabilitacja lecznicza finansowana ze środków publicznych realizowana jest na podstawie przepisów Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2013 poz. 1522). W przypadku pacjentów, u których stwierdzono nowotwór złośliwy realizowane są świadczenia ukierunkowane na przywrócenie sprawności narządu ruchu (m.in. usprawnienie kończyny górnej u chorych na raka piersi, masaże blizn i tkanek miękkich

w obszarze leczonym). Rehabilitacja lecznicza zgodnie z ww. rozporządzeniem realizowana jest w warunkach: ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują rehabilitację ogólnoustrojową, w tym dla określonych grup pacjentów (w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu).

Należy zaznaczyć, że dodatkowo rehabilitacja lecznicza w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym w następujących grupach schorzeń (w zakresie onkologii): schorzenia onkologiczne po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego, realizowana jest w ramach prewencji rentowej ZUS. Od 2010 r. ZUS realizuje program dla kobiet po mastektomii. Zgodnie z informacją na stronie internetowej ZUS, w 2017 r. rehabilitacja w schorzeniach onkologicznych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego nie jest realizowana w żadnym ośrodku na terenie woj. podlaskiego.

Ponadto obecnie realizowany „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych” na lata 2016–2024, do którego priorytetów należą m.in.: „Wsparcie procesu leczenia nowotworów oraz „Edukacja onkologiczna”.

Ocena technologii medycznej

W ramach wyszukiwania odnaleziono następujące rekomendacje kliniczne:

- PTOK 2013 - Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej;
- NSF - National Stroke Foundation;
- VHA-DoD 2010 - Veterans Health Affairs - The Department of Defense;
- WHO 2017 - World Health Organization;
- NICE 2008 - National Institute for Health and Care Excellence;
- RACGP 2009 - Royal Australian College of General Practitioners;
- SIGN 2013 - Scottish Intercollegiate Guidelines Network;
- ACCP 2007 - American College of Chest Physicians.

Zgodnie z zaleceniami PTOK 2013 rehabilitacja chorych na nowotwory powinna uwzględniać zasady polskiego modelu rehabilitacji – zakładające jej powszechność, wczesność, ciągłość oraz kompleksowość. Powszechność rehabilitacji w onkologii oznacza objęcie nią wszystkich chorych leczonych z powodu nowotworów złośliwych (niezależnie od rodzaju, stopnia zaawansowania, metody i etapu terapii). Zasada wczesności polega na zapoczątkowaniu rehabilitacji jeszcze przed rozpoczęciem aktywnego leczenia onkologicznego, a nie po jego zakończeniu, co znacznie zmniejsza ryzyko powikłań i zaburzeń oraz zwiększa szanse szybszego powrotu chorych do pełnej aktywności. Zasada ciągłości zakłada kontynuację rehabilitacji nawet przez całe życie chorych i objęcie nią okresu szpitalnego oraz poszpitalnego wczesnego (sanatoryjnego) i późnego (ambulatoryjnego), co zmniejsza ryzyko nawrotu zaburzeń czynnościowych, które są groźne nawet wiele lat po zakończeniu leczenia. Natomiast kompleksowość rehabilitacji polega na uwzględnieniu wszystkich obszarów życia człowieka (medycznego oraz psychospołecznego i zawodowego). Kontynuacja rehabilitacji powinna być zapewniona nawet przez całe życie chorych. Rehabilitacja powinna uwzględniać wszystkie obszary życia człowieka: medycznego oraz psychospołecznego i zawodowego.

Odnalezione wytyczne sugerują również, że zwiększanie świadomości wśród pracowników służby zdrowia i pacjentów nt. potrzeby i ogólnej skuteczności rehabilitacji onkologicznej jest jednym z priorytetów w zakresie wdrażania rehabilitacji po leczeniu onkologicznym/chorobie nowotworowej.

W odnalezionych rekomendacjach wskazuje się także sposoby realizacji rehabilitacji skierowanej do poszczególnych grup odbiorców:

- Chorzy po zakończeniu leczenia przeciwnowotworowego: ćwiczenia fizyczne powinny uwzględniać deficyty czynnościowe, zainteresowania chorych, rodzaj i lokalizację nowotworu oraz metodę jego leczenia. Intensywność ćwiczeń powinna osiągać co najmniej 1000 kcal tygodniowo lub 150–400 kcal dziennie.

Ponadto wytyczne wskazują, że osoby chore na nowotwory mogą i powinny uprawiać wszystkie rodzaje ćwiczeń fizycznych we wszystkich stadiach choroby oraz podczas stosowania różnych metod leczenia. Ćwiczenia powinny być wykonywane po zabiegu operacyjnym, w trakcie radio- i chemioterapii, zarówno profilaktycznie, jak i leczniczo oraz paliatywnie (w celu łagodzenia objawów). Powinny uwzględniać możliwości oraz sprawność i wydolność chorych.

W ramach przeprowadzonej analizy skuteczności i bezpieczeństwa odnaleziono 2 przeglądy:

- Stout 2017

Wnioski z przeglądu, wskazują, że ćwiczenia fizyczne okazały się być korzystne zarówno przed, w trakcie, jak i po ukończeniu leczenia onkologicznego we wszystkich typach nowotworów i w zróżnicowanych stopniach niesprawności spowodowanych chorobą nowotworową. Wielowymiarowe programy rehabilitacji (komponent fizyczny i psychospołeczny) wśród osób po przebytej chorobie nowotworowej lub po leczeniu onkologicznym przyczyniają się do znaczącej poprawy ich zdrowia fizycznego. W wyniku realizacji ćwiczeń fizycznych u pacjentów onkologicznych, nie odnotowano wystąpienia poważnych zdarzeń niepożądanych związanych z wykonywaniem wysiłku fizycznego. Jednak wdrażanie ww. ćwiczeń wymaga odpowiednich środków ostrożności.

- Dennett 2017

We wnioskach z przeglądu nie wykazano dodatkowych korzyści uwzględnienia psychoedukacji w programie ćwiczeń rehabilitacyjnych u osób z chorobą nowotworową, którzy ukończyli leczenie. Autorzy sugerują jednak, że aby ocenić rolę psychoedukacji podczas programów rehabilitacyjnych w kontekście pacjentów po leczeniu onkologicznym, wymagane są bardziej zaawansowane i dobre jakościowo badania uwzględniające długoterminowe efekty zdrowotne.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: „Regionalny program rehabilitacji osób chorych na nowotwory układu pokarmowego na lata 2019-2022” realizowany przez: Województwo śląskie (ocena projektu programu polityki zdrowotnej). Raport nr: OT.441.112.2018