



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 24/2021 z dnia 23 kwietnia 2021 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej województwa
mazowieckiego pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie
fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebyтым
zachorowaniu na COVID-19”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego „Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebyтым zachorowaniu na COVID-19” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Представiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców województwa mazowieckiego. Należy podkreślić, że zgodnie z obowiązującymi przepisami, jednostki samorządu terytorialnego w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane (art. 9a i 9b ustawy o świadczeniach).

Jednocześnie należy wskazać, że projekt wymaga korekty niektórych zapisów, co w istotny sposób wpłynie na realizację i jakość programu. Warunkiem rozpoczęcia wdrożenia, realizacji i finansowania programu jest wprowadzenie w treści projektu zmian zgodnych ze wszystkimi uwagami zawartymi w niniejszej opinii. Najważniejsze z zastrzeżeń dotyczą poniższych elementów:

- Cel główny odnosi się do „poprawy stanu zdrowia” i tym samym jest sformułowany zbyt ogólnie. Celem głównym programu powinno być uzyskanie poprawy nie mniejszej niż minimalna różnica istotna klinicznie (MCID, ang. *minimal clinically important difference*) w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na obszar aktywności.
- Programem należy objąć osoby, które zakończyły fazę ostrą COVID-19 i u których powstałe w czasie fazy ostrej COVID-19 ubytki funkcjonalne mimo upływu czasu nie ustąpiły.
- Projekt odnosi się do problemu zdrowotnego utrzymujących się powikłań po zakończeniu fazy ostrej COVID-19, który w literaturze nazywany jest „zespołem postcovidowym” („long-Covid”). W epidemiologii przedstawiono dane epidemiologiczne wyłącznie dla samej choroby COVID-19, czyli innego problemu



zdrowotnego. Niezbędne jest uzupełnienie projektu o informacje dotyczące epidemiologii ubytków funkcjonalnych, które powstały w wyniku COVID-19 i utrzymują się mimo upływu czasu, ze szczególnym uwzględnieniem duszności.

- Projekt przewiduje finansowanie świadczeń gwarantowanych, a zatem konieczne jest zaplanowanie i wdrożenie rozwiązań zapobiegających wystąpieniu podwójnego finansowania. Należy uzupełnić treść programu w tym zakresie.

Uwzględnienie powyższych uwag jest również istotne dla zapewnienia jakości realizowanych świadczeń, jakości w realizacji programu polityki zdrowotnej oraz efektywnego wydatkowania środków.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez województwo mazowieckie, zakładający prowadzenie rehabilitacji u pacjentów po przechorowaniu COVID-19. Program ma być realizowany w 2021 roku. Planowane koszty całkowite programu zostały oszacowane na kwotę 2 000 000 zł. Program sfinansowany ma zostać w całości z budżetu województwa mazowieckiego.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2020 poz. 1398 z późn. zm.) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu dotyczy problemu zdrowotnego jakim jest rehabilitacja u osób po przebyciu COVID-19. Przedstawiono definicję i etiologię choroby, a także objawy oraz metody diagnostyczne. Przedstawiono objawy oraz przykładowe dolegliwości u osób zmagających się z przedmiotowym problemem zdrowotnym.

Projekt programu wpisuje się w priorytet „rehabilitacja”, który należy do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

Oceniany projekt programu zawiera referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego. Wskazane źródła skupiają się na przebiegu COVID-19 oraz grupie pacjentów, którzy wymagali opieki w ramach oddziału intensywnej terapii. Jedynie zdawkowo odniesiono się do grupy pacjentów, którzy stanowią grupę docelową programu, tj. osób, które po przebyciu COVID-19 skarżą się na ograniczające aktywność duszności.

W opisie sytuacji epidemiologicznej nie przedstawiono danych dotyczących epidemiologii „zespołu postcovidowego” („long-Covid”), a zatem zapotrzebowanie na program nie zostało jednoznacznie określone. Zaprezentowane zostały jedynie dane dot. zachorowalności i śmiertelności na COVID-19, które jedynie pośrednio odnoszą się do przedmiotowego problemu zdrowotnego.

W projekcie nie odniesiono się do map potrzeb zdrowotnych. Należy jednak podkreślić, że tematyka związana z chorobą COVID-19 nie jest w nich obecnie ujęta.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „poprawa stanu zdrowia u co najmniej 70% osób uczestniczących w programie w okresie jego realizacji”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania określonych potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Zaproponowane brzmienie celu głównego zostało sformułowane w sposób zbyt ogólny, co utrudnia prawidłowy dobór mierników efektywności. Pomimo podjęcia w projekcie próby doprecyzowania znaczenia frazy „poprawa stanu

zdrowia”, to nie jest jasnym jak duża zmiana w obszarach duszności, zmęczenia i tolerancji wysiłku fizycznego będzie interpretowana jako istotna klinicznie, tj. mająca wpływ na poziom funkcjonowania świadczeniobiorcy. Termin „poprawa” powinien być rozumiany jako różnica między wynikiem testu końcowego względem początkowego, świadcząca o lepszym stanie funkcjonalnym świadczeniobiorcy, a zarazem nie mniejsza niż minimalna różnica istotna klinicznie (MCID, ang. *minimal clinically important difference*) dla danego testu. Projekt wymaga uzupełnienia i skorygowania w tym zakresie.

Cel główny powinien być sformułowany tak, aby był to oczekiwany i docelowy stan po realizacji programu. Oczekiwany efekt interwencji w postaci rehabilitacji będzie poprawa stanu funkcjonalnego świadczeniobiorców.

Celem głównym programu powinno być uzyskanie u określonego w projekcie odsetka uczestników programu poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne ujemnie wpływające na obszar aktywności. Z kolei cele szczegółowe dla interwencji fizjoterapeutycznych powinny odnosić się do uzyskania MCID u określonego odsetka subpopulacji uczestników programu, u której w diagnostyce funkcjonalnej zidentyfikowano dane ograniczenie funkcji, a tym samym ustalono wspólny cel terapii, np. zidentyfikowano ograniczoną tolerancję wysiłku i jako cel terapii przyjęto zwiększenie tolerancji wysiłku o nie mniej niż MCID. Należy podkreślić, że podgrupy pacjentów nie powinny być tworzone w oparciu o kody klasyfikacji ICD-10, gdyż zgodnie z Wytycznymi KRF rozpoznanie ICD-10 nie może być celem terapii.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) „poprawa tolerancji wysiłku fizycznego u co najmniej 70% osób uczestniczących w programie”;
- (2) „zmniejszenie natężenia dokuczliwych objawów związanych z przebiegiem COVID-19 (m.in. duszność, przewlekłe zmęczenie) u co najmniej 50% osób uczestniczących w programie”;
- (3) „zwiększenie wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi powikłaniami związanymi z przebiegiem COVID-19 u co najmniej 75% uczestników programu”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, co zostało uwzględnione w projekcie. Jednocześnie wartości docelowe powinny odnosić się wyłącznie do tych osób, u których wykryty został dany objaw, a nie do wszystkich osób uczestniczących w programie – zmianę należy wprowadzić do celów szczegółowych.

Zaproponowany cel szczegółowy nr 1 został sformułowany poprawnie. W projekcie wskazano cztery testy oceniające tolerancję wysiłku fizycznego: 6MWT, ISWT, 6MST oraz 30CST. Wybrany dla danego świadczeniobiorcy test powinien być wykonywany dwukrotnie – przed rozpoczęciem rehabilitacji i po jej zakończeniu. Należy podkreślić, że w projekcie nie podano dla każdego z testów wartości zmiany wyniku (post-test względem pre-testu), która będzie w ramach projektu interpretowana jako istotna klinicznie (MCID) – brak ten należy uzupełnić. Cel szczegółowy nr 2 odnosi się do otwartego katalogu objawów, co jest podejściem błędnym. Dla każdego z objawów należy utworzyć osobny cel szczegółowy, wskazać obiektywny test służący jego pomiarowi, podać wartość progową dla wyniku dodatniego oraz próg MCID. Cel szczegółowy nr 3 odnosi się do poziomu wiedzy. Został on sformułowany poprawnie.

W treści projektu programu zaproponowano następujące mierniki efektywności interwencji:

- (1) „iloraz liczby osób, u których wystąpiła poprawa stanu zdrowia i liczby osób, które skorzystały ze świadczeń programu. Wartość docelowa miernika nr 1: minimum 70%”;
- (2) „iloraz liczby osób, u których wystąpiła poprawa tolerancji wysiłku fizycznego i liczby osób, które skorzystały ze świadczeń programu. Wartość docelowa miernika nr 2: minimum 70%”;
- (3) „iloraz liczby osób, u których wystąpiło zmniejszenie natężenia dokuczliwych objawów związanych z przebiegiem COVID-19 - m.in. duszność, przewlekłe zmęczenie i liczby osób, które skorzystały ze świadczeń programu. Wartość docelowa miernika nr 3: minimum 50%”;

- (4) „Iloraz liczby osób, u których wystąpiło zwiększenie wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem COVID-19 i liczby osób, które skorzystały ze świadczeń programu. Wartość docelowa miernika nr 4: minimum 75%”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określone według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji.

Każdy z mierników efektywności odnosi się do określonego celu, co jest podejściem prawidłowym. Po prowadzeniu zmian w projekcie zgodnych z opisanymi powyżej uwagami dla celów, należy dostosować brzmienie mierników efektywności.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią będą pełnoletni mieszkańcy województwa mazowieckiego, którzy przeszli COVID-19 i u których występuje duszność. Przebieg COVID-19 ma być potwierdzone wynikiem badania laboratoryjnego, jednak nie wskazano konkretnego rodzaju testu potwierdzającego chorobę. Ze względu na ograniczenia finansowe założono udział 1 162 osób.

Kryteriami włączenia do programu będą: ukończony 18 r.ż.; zamieszkiwanie na terenie województwa mazowieckiego (tj. osoba fizyczna mieszkająca na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego); udzielenie świadomej zgody na udział w programie; złożenie pisemnego oświadczenia, że osoba ta nie jest obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych; przebieg COVID-19 (potwierdzone wynikiem badania laboratoryjnego); występowanie duszności, które negatywnie wpływają na aktywność – w skali mMRC (ang. *modified Medical Research Council*) wynik ≥ 1 (0-4). Kryteria wyłączenia z programu to: występowanie przeciwwskazań medycznych do wykonywania aktywności zaplanowanej w programie; wcześniejsze uczestnictwo w programie i udzielenie wszystkich interwencji w nim przewidzianych (osoba może zostać ponownie przyjęta do programu tylko w przypadku ponownego zakażenia potwierdzonego kolejnym badaniem laboratoryjnym). Przedstawione kryteria należy zmodyfikować tak, aby jednoznacznie wskazać na przebieg COVID-19 jako przyczynę pojawienia się lub zwiększenia duszności. Poziom duszności w skali mMRC po COVID-19 powinien być wyższy niż przed przejściem tej choroby.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano: działania edukacyjne; interwencje terapeutyczne dla chorych hospitalizowanych lub dla chorych przebywających w domu (fizjoterapia ambulatoryjna lub domowa).

Działania edukacyjne

Edukacja zdrowotna realizowana będzie zarówno dla chorych hospitalizowanych jak i chorych przebywających w domu. Zajęcia będą odbywały się w formie indywidualnej. W projekcie zaznaczono, że dopuszcza się możliwość prowadzenia interwencji edukacyjnej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

Celem edukacji pacjenta jest zwiększenie wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi powikłaniami związanymi z przebyciem COVID-19, tak aby ograniczyć ich wpływ na codzienne funkcjonowanie. W projekcie przedstawiono zagadnienia, które zostaną omówione.

Przed rozpoczęciem edukacji zaplanowano przeprowadzenie pre-testu sprawdzającego poziom wiedzy uczestników programu z zakresu samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi powikłaniami związanymi z przebyciem COVID-19, tak aby ograniczyć ich wpływ na codzienne funkcjonowanie. Podczas badania zostanie użyte narzędzie stworzone przez realizatora programu. Po przeprowadzeniu edukacji zostanie wykonany post-test. W ramach post-testu zostanie użyte to samo narzędzie, co podczas pre-testu. Jest to podejście prawidłowe.

Działania rehabilitacyjne

Interwencja terapeutyczna ma być prowadzona dla chorych hospitalizowanych oraz chorych przebywających w domu. Kryterium ogólnym dla obu grup ma być wynik w skali duszności mMRC (ang. *modified Medical Research Council*) ≥ 1 (0-4). Kryterium szczegółowym dla fizjoterapii domowej ma być wynik – 3-9 w ocenie funkcjonalnej MRC (ang. *MRC clinical grading scale*, 0-10).

W projekcie przedstawiono osobne ścieżki dla pacjentów hospitalizowanych i niehospitalizowanych, choć informacja ta nie ma wpływu na dalsze losy świadczeniobiorcy. Obie grupy mają dostęp do tych samych opcji terapeutycznych (fizjoterapia ambulatoryjna podstawowa, fizjoterapia ambulatoryjna rozszerzona oraz fizjoterapia domowa), zaś kwalifikacja zależna jest od wyników przeprowadzonych testów.

Termin wizyty fizjoterapeutycznej pierwszorazowej wyznacza się nie wcześniej niż w terminie 14 dni od dnia uzyskania pozytywnego wyniku zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

W ramach działań rehabilitacyjnych zostaną przeprowadzone wstępne i końcowe wizyty fizjoterapeutyczne. Oceniona zostanie m.in. tolerancja wysiłku fizycznego.

W ramach wizyty terapeutycznej przeprowadzone zostaną działania z zakresu kinezyterapii oraz edukacji pacjenta. W projekcie przedstawiono przykładowe ćwiczenia i treningi do wykonania. O rodzaju treningu i dawkowaniu decydować ma fizjoterapeuta.

Wszystkie zaproponowane działania diagnostyczne i terapeutyczne znajdują się w wykazach świadczeń gwarantowanych.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

W ramach monitorowania projekt przewiduje ocenę zgłaszalności. Analizowana będzie m.in.: „liczba osób aplikujących do programu”, „liczba osób zakwalifikowanych do programu”, „liczba osób niezakwalifikowanych do programu”, „liczba osób, które zrezygnowały z dalszego uczestnictwa w programie” oraz „liczba osób, u których przeprowadzono interwencję edukacyjną”. Na realizatora zostanie nałożony obowiązek prowadzenia rejestru osób aplikujących do programu.

Ocena jakości świadczeń w programie ma być prowadzona w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji. Dodatkowo realizator musi zapewnić możliwość zgłaszania uwag przez uczestników programu. Jest to rozwiązanie prawidłowe.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym etapem będzie wybór realizatorów i działania informacyjno-promocyjne. Następnie zaplanowano kwalifikację pacjentów do działań programu oraz jego realizację. Program ma zakończyć się przeprowadzeniem procesu monitorowania i ewaluacji. Zapisy nie budzą zastrzeżeń.

W projekcie odniesiono się do informacji nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Zapisy odwołują się do obowiązujących przepisów prawa.

Akcja informacyjna prowadzona będzie m.in. w mediach społecznościowych (np. Facebook – fanpage Zdrowe Mazowsze), na stronie internetowej Samorządu Województwa Mazowieckiego oraz po wyłonieniu realizatorów na ich stronach internetowych.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

Przedstawiony w projekcie budżet zawiera m.in. informacje w zakresie kosztów jednostkowych poszczególnych świadczeń oraz kosztów całkowitych.

Zaproponowane koszty jednostkowe świadczeń nie odbiegają istotnie od cen rynkowych.

Koszt całkowity realizacji PPZ oszacowano na 2 000 000 zł.

Program ma zostać sfinansowany ze środków budżetu województwa mazowieckiego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Materiały analityczne z procesu oceny technologii medycznych w zakresie rehabilitacji leczniczej są dostępne pod adresem:

<http://bipold.aotm.gov.pl/index.php/zlecenia-mz-2018/883-materialy-2018/5537-92-2018-zlc>

Problem zdrowotny

W grudniu 2019 r. w populacji ludzi pojawił się nowy koronawirus 2019-nCoV, który stał się przyczyną pandemii. W 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) opublikowała oficjalną nazwę choroby wywołanej przez koronawirusa 2019-nCoV (SARS-CoV-2), którą jest COVID-19. Okres inkubacji SARS-CoV-2 wynosi od 2–14 dni przed wystąpieniem objawów.

Większość osób, która była zakażona SARS-CoV-2, wraca w pełni do zdrowia w ciągu kilku tygodni. Zdarza się jednak, że objawy nie ustępują w pełni lub nawet po łagodnie przebiegającej chorobie pacjent tygodniami zgłasza różnorakie dolegliwości. „Long COVID” i „post COVID syndrome” nie są jeszcze zatwierdzonymi powszechnie terminami medycznymi, jednak w literaturze fachowej zaczynają pojawiać się artykuły opisujące zjawisko przedłużających się ponad 3-4 tygodnie objawów lub różnych dolegliwości, które zgłaszają chorzy po przebytych zakażeniu SARS-CoV-2.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) w porozumieniu ze Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) oraz The Royal College of General Practitioners (RCGP) w swoich wytycznych 30 października 2020 roku po raz pierwszy określił następujące postaci COVID-19:

- ostry COVID-19 (ang. *acute COVID-19*) – dolegliwości i objawy COVID-19 trwające do 4 tygodni;
- przedłużający się objawowy COVID-19 (ang. *ongoing symptomatic COVID-19*) – dolegliwości i objawy COVID-19 trwające od 4 do 12 tygodni,
- zespół post-COVID-19 (ang. *post-COVID-19 syndrome*) – dolegliwości i objawy, które rozwijają się w trakcie lub po COVID-19 i trwają >12 tygodni oraz nie wynikają z innego rozpoznania.

Alternatywne świadczenia

Obecnie brak jest świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej dedykowanych zespołowi post-COVID.

Świadczenia gwarantowane w ramach NFZ obejmują poradę lekarską rehabilitacyjną/poradę fizjoterapeutyczną, kinezyterapię, fizykoterapię i masaże. Porada lekarska rehabilitacyjna udzielana dorosłym i dzieciom, obejmuje m.in. wybrane procedury zgodnie z aktualną wiedzą medyczną: ogólną ocenę stanu zdrowia – badanie ogólnolekarskie, ocenę aktywności ruchowej mierzalnym wskaźnikiem odpowiednio do rozpoznania, ocenę odruchów ścięgnisto-okostnowych, ocenę chodu i lokomocji, badanie fizykalne dla potrzeb rehabilitacji, planowanie i koordynowanie programu rehabilitacji, zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego (ustalenie programu usprawnienia leczniczego), skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe, końcową ocenę procesu usprawniania.

Wizyta fizjoterapeutyczna obejmuje: zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, które realizuje cel skierowania na rehabilitację leczniczą i jest zgodne z tym skierowaniem, ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii, badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii, końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii, udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego.

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.

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. zabieg fizjoterapeutyczny w warunkach domowych obejmuje: zabieg fizjoterapeutyczny – kinezyterapię; masaż; elektrolecznictwo; leczenie polem elektromagnetycznym; światłolecznictwo i termoterapię; balneoterapię.

Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej mogą być także realizowane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego. Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową jest wystawione m.in. przez: lekarzy oddziałów urazowo-ortopedycznych, chirurgicznych, neurochirurgicznych, neurologicznych, reumatologicznych, chorób wewnętrznych, onkologicznych, ginekologicznych, urologicznych, pediatrycznych, kardiologicznych i geriatrycznych. W przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych przez lekarza poradni rehabilitacyjnej, urazowo-ortopedycznej, neurologicznej i reumatologicznej. Czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego wynosi dla jednego świadczeniobiorcy od 6 tygodni, średnio 5 rodzajów zabiegów dziennie u każdego świadczeniobiorcy.

Jednakże należy zaznaczyć, że dodatkowo rehabilitacja lecznicza w grupie schorzeń narządu ruchu, prowadzona jest przez ZUS w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym. Celem rehabilitacji jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. W realizacji programu priorytetem jest jak najwcześniejsze skierowanie osoby ubezpieczonej do ośrodka rehabilitacyjnego, ponieważ im wcześniej rozpoczęta zostanie rehabilitacja, tym lepsze efekty można uzyskać. Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany jest do osób: ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy; uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego; pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy rokujących jednocześnie odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji.

Podstawą skierowania ubezpieczonego lub rencisty do ośrodka rehabilitacyjnego jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej wydane przez lekarza orzecznika ZUS.

ZUS kieruje na rehabilitację leczniczą w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym w następujących grupach schorzeń: w systemie stacjonarnym – narząd ruchu; w systemie ambulatoryjnym – narząd ruchu. Program uwzględnia w szczególności: różne formy rehabilitacji fizycznej, tj. kinezyterapię indywidualną, zbiorową i ćwiczenia w wodzie oraz zabiegi fizykoterapeutyczne z zakresu ciepłolecznictwa, krioterapii, hydroterapii, leczenia polem elektromagnetycznym wielkiej i niskiej częstotliwości, leczenia ultradźwiękami, laseroterapii, masażu klasycznego i wibracyjnego. Ponadto uwzględnia rehabilitację psychologiczną (m.in. psychoedukację i treningi relaksacyjne) oraz edukację zdrowotną w zakresie: zasad prawidłowego żywienia, znajomości czynników ryzyka w chorobach cywilizacyjnych, znajomości czynników zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy, podstawowych praw i obowiązków pracodawcy oraz pracownika, kontynuacji rehabilitacji w domu po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego (instruktaż). Rehabilitacja lecznicza w ośrodku rehabilitacyjnym trwa 24 dni, przy czym czas jej trwania może być przedłużony lub skrócony.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie dowodów efektywności klinicznej

Celem analizy klinicznej była identyfikacja oraz ocena skuteczności i bezpieczeństwa interwencji rehabilitacyjnych nakierowanych na pacjentów po przebytych COVID-19.

Kryteria włączenia do przeglądu systematycznego spełniły następujące dowody naukowe:

- 1 przegląd systematyczny (Rooney 2020, w tym 1 RCT, 9 badań obserwacyjnych), w którym analizowano wpływ interwencji wysiłkowej na pacjentów po zakażeniu SARS-CoV w 2003 roku w porównaniu z pacjentami zdrowymi,

- 1 metaanaliza (Kattar 2020, w tym 3 RCT oraz 13 badań obserwacyjnych) oraz 2 RCT (Altundag 2015, Konstantinidis 2015), w których analizowano skuteczność treningu wężowego w poprawie powonienia, u osób po przebytej wirusowej infekcji górnych dróg oddechowych w porównaniu z brakiem interwencji,
- 1 badanie RCT (Liu 2020) oraz 3 badania jednoramienne (Puchner 2021, Hermann 2020, Sinha 2020), w których analizowano wpływ programów rehabilitacji multidyscyplinarnej, pulmonologicznej, krążeniowo oddechowej i fizykalnej na poprawę stanu zdrowia pacjentów po przebyciu COVID-19. W badaniu RCT komparator stanowił brak interwencji rehabilitacyjnej.

Najważniejszym ograniczeniem przeprowadzonej analizy jest fakt, że zidentyfikowano niewielką liczbę dowodów naukowych dotyczących interwencji rehabilitacyjnych skierowanych na pacjentów po przebyciu COVID-19, w tym w szczególności badań klinicznych z grupą kontrolną.

Poniżej zestawiono najważniejsze wyniki i wnioski z odnalezionych badań.

Interwencja wysiłkowa po zakażeniu SARS-CoV (epidemia 2003 r.)

- Wykazano istotny statystycznie wpływ 6-tygodniowej interwencji obejmującej ćwiczenia aerobowe oraz trening oporowy ukierunkowany na kończyny górne i dolne (60-90 min, 2 razy w tygodniu) na wzrost zarówno dystansu 6MWT, jak i wyniku VO₂max. Średnia różnica odległości 6MWT i VO₂max zarejestrowana dla grupy ćwiczącej była znacznie większa niż zmiana zarejestrowana dla grupy kontrolnej (77,4 [SD = 71,3] m wobec 20,7 [SD = 98,6] m i 3,6 [SD = 5,4] ml/kg/min wobec 1,0 [SD = 7,3] ml/kg/min) (Rooney 2020).
- Nie wykazano statystycznie istotnego wpływu powyższej interwencji na siłę mięśni lub jakości życia uczestników badania (Rooney 2020).
- Zgodnie z wnioskami autorów publikacji, po zakażeniu SARS-CoV funkcja fizyczna i sprawność są upośledzone, a upośledzenie może utrzymywać się do 1-2 lat po zakażeniu. Badacze i klinicyści mogą wykorzystać te odkrycia, aby zrozumieć potencjalne upośledzenia i potrzeby rehabilitacyjne osób wracających do zdrowia po obecnej epidemii COVID-19. Potrzebne są dalsze badania w celu określenia skuteczności ćwiczeń u osób wyzdrowiałych po podobnych infekcjach (np. COVID-19) (Rooney 2020).

Rehabilitacja multidyscyplinarna

- Wykazano istotny statystycznie wpływ 3 tygodniowej rehabilitacji multidyscyplinarnej na poprawę wyników badań czynności płuc (początek rehabilitacji: FVC = 3,0 [± 0,8] L, DLCO = 55 [± 15] % normy; koniec rehabilitacji: FVC = 3,3 [± 0,7] L, DLCO = 66 [± 18] % normy) (Puchner 2021).
- Wykazano istotny statystycznie wpływ 3 tygodniowej rehabilitacji multidyscyplinarnej na poprawę zdolności wykonywania czynności dnia codziennego (początek rehabilitacji: 6MWT = 323 [± 196] m, Indeks Barthel = 83 [± 18]; koniec rehabilitacji: 6MWT = 499 [± 103] m, Indeks Barthela = 97 [± 7]) (Puchner 2021).
- Wykazano brak statystycznie istotnego wpływu 3 tygodniowej rehabilitacji multidyscyplinarnej na poprawę wyników badań analizujących zawartość gazów oddechowych we krwi (początek rehabilitacji: pO₂ = 77 [± 12] mmHg, pCO₂ = 31 [± 3] mmHg; koniec rehabilitacji: pO₂ = [80 ± 10] mmHg, pCO₂ = 33 [± 3] mmHg) (Puchner 2021).

Rehabilitacja fizykalna

- Wykazano istotny statystycznie wpływ miesięcznej rehabilitacji fizykalnej na poprawę wyników pomiaru niezależności funkcjonalnej (początek rehabilitacji: FIMS = 72,4 [± 21,7] pkt, POMA = 11,9 [± 3,6] pkt; koniec rehabilitacji: FIMS = 91,2 [± 25,2] pkt, POMA = 21,9 [± 5,5] pkt) (Sinha 2020).

Rehabilitacja pulmonologiczna

- Wykazano istotny statystycznie wpływ 6 tygodniowej rehabilitacji oddechowej na poprawę wyników testów czynnościowych płuc (początek rehabilitacji: FVC = 1,79 [± 0,53] L, DLCO = 60,3 [± 11,3] % normy; koniec rehabilitacji: FVC = 2,36 [± 0,49] L, DLCO = 78,1 [± 12,3] % normy) (Liu 2020).
- Wykazano istotny statystycznie wpływ 6 tygodniowej rehabilitacji oddechowej na poprawę wyników testu wydolności wysiłkowej (początek rehabilitacji: 6MWT = 162,7 [± 72,0] m; koniec rehabilitacji: 6MWT = 212,3 [± 82,5] m) (Liu 2020).
- Wykazano istotny statystycznie wpływ 6 tygodniowej rehabilitacji oddechowej na poprawienie jakości życia pacjentów ocenianych na podstawie kwestionariusza oceny SF-36 (początek rehabilitacji: zdrowie fizyczne 52,4 [± 6,2] pkt, zdrowie psychiczne 61,5 [± 6,5] pkt; koniec rehabilitacji: zdrowie fizyczne 71,6 [± 7,6] pkt, zdrowie psychiczne 73,7 [± 7,6] pkt) (Liu 2020).
- Wykazano istotny statystycznie wpływ 6 tygodniowej rehabilitacji oddechowej na poprawę wyniku samooceny lęku wg. skali SAS (początek rehabilitacji: SAS = 56,3 [± 8,1] pkt; koniec rehabilitacji: SAS = 47,4 [± 6,3] pkt) (Liu 2020).
- Wykazano brak statystycznie istotnego wpływu 6 tygodniowej rehabilitacji oddechowej na poprawę wyniku samooceny depresji wg. skali SDS (początek rehabilitacji: SDS = 56,4 [± 7,9] pkt; koniec rehabilitacji: SDS = 54,5 [± 5,9] pkt) (Liu 2020).
- Wykazano brak statystycznie istotnego wpływu 6 tygodniowej rehabilitacji oddechowej na codzienną aktywność życiową pacjentów (początek rehabilitacji: FIM = 109,2 [± 13] pkt; koniec rehabilitacji: FIM = 109,4 ± [11,1] pkt) (Liu 2020).

Rehabilitacja krążeniowo-oddechowa

- Wykazano istotny statystycznie wpływ 2-4 tygodniowej rehabilitacji krążeniowo-oddechowej na poprawę ogólnej wydolności fizycznej (początek rehabilitacji: 6MWT = 230,9 [± 153,6] m; koniec rehabilitacji: 6MWT = 360,9 [± 134,6] m) (Hermann 2020).
- Wykazano istotny statystycznie wpływ 2-4 tygodniowej rehabilitacji krążeniowo-oddechowej na odczucia pacjentów dotyczące ich faktycznego samopoczucia (początek rehabilitacji: samopoczucie = 40,0 [40,0–55,0] pkt; koniec rehabilitacji: samopoczucie = 80,0 [67,5–84,0] pkt) (Hermann 2020).

Trening węchowy

- Wykazano istotny statystycznie wpływ treningu węchowego na poprawę wyniku badania TDI (określającego próg wyczuwania zapachów oraz zdolność do odróżniania i identyfikacji konkretnych zapachów) determinując wzrost szans na przywrócenie zdolności do wyczuwania i określania zapachów o 177% - OR=2,77 (95%CI: [1,67-4,58]) (Kattar 2020).
- W ramach przeglądu systematycznego autorzy dochodzą do wniosku, że realizacja u pacjentów z powirusową dysfunkcją węchu treningu węchowego może w skuteczny sposób łagodzić jego objawy (Kattar 2020).
- Wykazano istotny statystycznie wpływ treningu węchowego (prowadzonego dwa razy dziennie) na wynik otrzymywany w ramach badania TDI. Stosowanie interwencji, zarówno w okresie 16-tygodni jak i 56-tygodni, determinuje zwiększenie otrzymywanego wyniku w ramach narzędzia TDI odpowiednio do 24,10 pkt oraz 27,30 pkt przy okresie obserwacji wynoszącym 56-tygodni. Zgodnie z przyjętymi kryteriami wynik ten świadczył o częściowym upośledzeniu węchu. W przypadku grupy kontrolnej (brak interwencji) uzyskano średni wzrost liczby punktów do 20,5 pkt – co jednak również odpowiadało częściowemu upośledzeniu powonienia (Konstantinidis 2015).
- Wykazano istotny statystycznie wpływ 36-tygodniowego zmodyfikowanego treningu węchowego (8 dodatkowych kategorii zapachów) na wzrost wyniku otrzymywanego w ramach badania TDI. W 12-tygodniowym okresie obserwacji prowadzenie omawianej interwencji

prowodzi do średniego wzrostu otrzymywanego wyniku do 23,2 pkt. W przypadku grupy kontrolnej średni wynik wzrósł do 18,4 pkt (Altundag 2015).

- Wykazano istotny statystycznie wpływ 36-tygodniowego zmodyfikowanego treningu wdechowego na wzrost wyniku otrzymywanego w ramach badania TDI. W 24-tygodniowym okresie obserwacji prowadzenie omawianej interwencji prowadzi do średniego wzrostu otrzymywanego wyniku do 26,4 pkt. W przypadku grupy kontrolnej średni wynik wzrósł do 18,8 pkt (Altundag 2015).
- Wykazano istotny statystycznie wpływ 36-tygodniowego zmodyfikowanego treningu wdechowego na wzrost wyniku otrzymywanego w ramach badania TDI. W 36-tygodniowym okresie obserwacji prowadzenie omawianej interwencji prowadzi do średniego wzrostu otrzymywanego wyniku do 26,4 pkt. W przypadku grupy kontrolnej średni wynik wzrósł do 19,7 pkt (Altundag 2015).

Podsumowanie rekomendacji klinicznych

- Wytyczne wskazują na potrzebę zagwarantowania wsparcia i opieki dla ozdrowieńców w formie indywidualnie skonstruowanych programów usprawniania, które powinny być oparte na ocenie problemów i potrzeb zgłaszanych przez pacjenta (KIF 2020, ERS&ATS 2020, BSRM 2020, NICE 2020). Dodatkowo proponowane formy fizjoterapii powinny być oparte na sprawdzonych i już istniejących protokołach postępowania fizjoterapeutycznego wykorzystywanych u chorych z chorobami układu oddechowego (KIF 2020, GRS 2020, ERS&ATS 2020), np.: POChP (KIF 2020, ERS&ATS 2020), idiopatyczne zwłóknienie płuc (GRS 2020). Niektóre z prezentowanych wytycznych, przedstawione jako odnoszące się do rehabilitacji osób po COVID-19, zostały sformułowane na podstawie doświadczeń z innych jednostek chorobowych występujących przed pandemią COVID-19 i nie odnoszą się bezpośrednio do tej choroby (BSRM 2020, AJPM&R 2020).
- Wytyczne wyraźnie rozdzielają potrzeby pacjentów z ostrym lub po ostrym przebiegu choroby, przebywających na oddziałach szpitalnych i wymagających respiratoterapii lub tlenoterapii. Zaleca się, aby pacjenci hospitalizowani z powodu ciężkiego przebiegu COVID-19 rozpoczynali program wczesnej fizjoterapii jeszcze podczas pobytu na oddziale szpitalnym (GRS 2020, ERS&ATS 2020, BPS 2020).
- W przypadku osób po przebyciu ARDS (ang. *acute respiratory distress syndrome*) rehabilitacja zalecana jest już podczas pobytu na oddziale szpitalnym, a następnie zalecana jest jej kontynuacja po wypisie ze szpitala. W szczególności osoby z problemami oddechowymi lub ruchowymi powinny kontynuować rehabilitację na oddziale szpitalnym (BPS 2020).
- Osoby z nielicznymi i niewielkimi następstwami zakażenia COVID-19 mogą być poddawane rehabilitacji domowej lub ambulatoryjnej (KIF 2020, AJPM&R 2020), która głównie ma na celu przywrócenie zdolności motorycznych. Zostało wskazane, iż program rehabilitacji powinien być skoncentrowany na obszarze upośledzenia specyficznym dla każdego pacjenta.
- Odnalezione wytyczne wyraźnie wskazują potrzebę oceny stanu pacjenta w celu jego kwalifikacji do programu rehabilitacyjnego, a następnie w celu przydzielenia do odpowiedniego poziomu intensywności fizjoterapii.
- Ponadto w ramach odnalezionych dokumentów zawarte zostały informacje dotyczące potrzeby zapewnienia stałej dostępności tlenu (w spoczynku i/lub podczas ćwiczeń) dla pacjentów, którzy tego potrzebują (GRS 2020).
- Analizowane dokumenty wskazują, iż ze względu na dużą skalę skutków ubocznych występujących u ozdrowieńców z łagodnym przebiegiem choroby (AJPM&R 2020) należy rozważyć wykorzystanie telerehabilitacji jako możliwego składnika opieki nad pacjentem po Covid-19 oraz w celu zapewnienia szerokiego dostępu do opieki długoterminowej dla tak licznej grupy pacjentów (PAHO 2020). Powyższe wskazówki dotyczą także rehabilitacji w zakresie psychologicznym (BPS 2020).

- Eksperti PAHO wskazują, iż program ćwiczeń na odległość może zostać rozszerzony o edukację i wzajemne wsparcie od pacjentów, którzy przeszli odpowiednie szkolenie w tym zakresie. Telemedycyna została wskazana jako część programu fizjoterapii, obejmującego np. pierwszą wizytę w ośrodku, przeszkolenie pacjenta a następnie rehabilitację prowadzoną z wykorzystaniem telemedycyny (AJPM&R 2020, BPS 2020).

Procedury (interwencje, intensywność oraz czas trwania)

- Pacjentom po COVID-19 zalecany jest trening aerobowy i oporowy (KIF 2020, UMW 2020, GRS 2020, APJM&R 2020). Wskazane interwencje obejmują: szybki marsz, powolny jogging, pływanie – od 3 do 5 sesji tygodniowo, każda sesja 20-30 min. (UMW 2020, AJPM&R 2020, ChinMed 2020).
- Wytyczne GRS 2020 proponują ćwiczenia z wykorzystaniem ergometru rowerowego, trening marszu lub slow-jogging
- Wytyczne APJM&R 2020 wymieniają spacer, jazdę na rowerze z częstotliwością: 1-2 /dzień, 3-4 razy w tyg.; czas trwania ćwiczeń to sesja trwająca 10-15 min przez pierwsze 3-4 sesje, następnie stopniowe zwiększanie czasu trwania każdej sesji do 15-45 min.
- Trening oporowy u pacjentów po ciężkim i bardzo ciężkim przebiegu COVID-19, dedykowany docelowej grupie mięśni powinien być prowadzony z częstotliwością 2-3 sesji/tydzień przez 6 tyg. (UMW 2020, Chin. Med 2020).
- Zalecana interwencją są ćwiczenia oddechowe (GRS 2020) obejmujące kontrolę postawy ciała (KIF 2020, UMW 2020, ChinMed 2020), regulację rytmu oddechu (KIF 2020, UMW 2020, ChinMed 2020), trening rozszerzania klatki piersiowej (KIF 2020, UMW 2020, ChinMed 2020), mobilizację mięśni oddechowych (KIF 2020, UMW 2020, ChinMed 2020), techniki: oddychania przeponową, oddychanie przez zaciśnięte usta, aktywne skurcze brzucha, Yoga, paranayama, Tai Chi, śpiew [AJPM&R 2020]. Wskazano również potrzebę włączenia do programu rehabilitacji nauki technik oczyszczania dróg oddechowych (ChinMed 2020).
- Biorąc pod uwagę indywidualne potrzeby pacjenta wytyczne wskazują potrzebę zapewnienia rehabilitacji kardiologicznej dostosowanej do występujących dysfunkcji kardiologicznych (DMRC 2020) lub rehabilitacji krążeniowo oddechowej (BSRM 2020).
- Rehabilitacja neurologiczna została wskazana przez BPS 2020, BSRM 2020, DMRC 2020 dla pacjentów z umiarkowanymi lub ciężkimi objawami neurologicznymi.
- Integralnym składnikiem procesu rehabilitacji powinna być psychoedukacja (KIF 2020, WMW 2020, GRS 2020, AJPM&R 2020).

Warunki realizacji

- Fizjoterapia pacjentów po COVID-19 może być realizowana w trybie ambulatoryjnym (KIF 2020, APJM&R, DMRC 2020), stacjonarnym (DMRC 2020), domowym (KIF 2020) lub szpitalnym (DMRC 2020), a także z wykorzystaniem telemedycyny (AJPM&R 2020, DMRC 2020, BPS 2020). Pacjenci z bardziej złożonymi potrzebami rehabilitacyjnymi będą wymagać specjalistycznej rehabilitacji w ramach szpitala i specjalistycznych usług środowiskowych (BSRM 2020).
- W wytycznych zaleca się wykonanie oceny diagnostycznej pacjenta przed przystąpieniem do programu i po jego zakończeniu (KIF 2020, GRS 2020, NICE 2020).

Kwalifikacja

- Wytyczne wskazują, iż istnieje potrzeba identyfikacji i podziału pacjentów ze względu na stopień nasilenia występujących dysfunkcji (KIF 2020, UMW 2020). Ocena potrzeb rehabilitacyjnych powinna się odbyć u pacjentów po ostrym COVID-19 (GRS 2020), dodatkowo ERS&ATS 2020 wskazuje, że dla pacjentów po hospitalizacji powinna zostać wykonana w ciągu 6-8 tyg. po wypisie ze szpitala (ERS&ATS 2020). Zalecenia BSRM 2020 określają, że pacjenci opuszczający OIT powinni mieć natychmiastowy dostęp do programu rehabilitacji.

- Rekomendacje wymieniają jako kryterium kwalifikacji do programu rehabilitacyjnego w warunkach domowych: wynik 3-9 w skali oceny funkcjonalnej (0-10) z wykorzystaniem oceny siły mięśniowej MRC (0-5), wynik ≥ 1 (0-4) w skali duszności mMRC (ang. *modified Medical Research Council*) lub występowanie zespołu słabości nabytego podczas pobytu na OIT (ang. *ICUAcquired Weakness*) (KIF 2020).
- Kwalifikacja do rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych powinna odbywać się na podstawie wyniku oceny skali duszności mMRC ≥ 1 (0-4) – do programu podstawowego, wynik ≥ 2 – do programu rozszerzonego (KIF 2020).
- Wskazane zostały również kryteria wykluczenia obejmujące ozdrowieńców, u których występuje częstość akcji serca >100 uderzeń/min, ciśnienie krwi $<90/60$ lub $>140/90$ mmHg, SpO₂ $\leq 95\%$ i inne choroby, będące przeciwwskazaniem do ćwiczeń (UMW 2020, ChinMed 2020, DMRC 2020).
- Rehabilitacja szpitalna jest zalecana dla pacjentów z umiarkowanymi lub ciężkimi objawami neurologicznymi (DMRC 2020).

Opinie ekspertów klinicznych

- Eksperci kliniczni wskazują na zakres ćwiczeń podobny do wymienianych w rekomendacjach (np. ćwiczenia oddechowe, techniki oczyszczania dróg oddechowych, inhalacje, ćwiczenia oporowe kończyn górnych i dolnych trening marszowy, trening relaksacyjny).
- Zgodnie z opiniami ekspertów pomoc psychologiczna powinna być elementem programu rehabilitacyjnego. Ekspert w dziedzinie rehabilitacji wskazuje, że należy prowadzić ocenę stanu psychicznego pacjenta (nasilenie lęku, depresji) oraz ocenę funkcji poznawczych. Z kolei ekspert w dziedzinie psychologii klinicznej wskazuje, że kliniczna diagnoza psychologiczna i terapia psychologiczna powinny być realizowane zgodnie z praktyką opartą na dowodach naukowych (uznane paradygmaty teoretyczne, szczególnie: podejście behawioralno-poznawcze, psychoanalityczno-psychodynamiczne, systemowe rodzin oraz podejście integracyjne). Inni eksperci wskazują m.in. na konieczność zmniejszenia lęku, depresji i poczucia izolacji społecznej. Należy zatem podkreślić, że zaplanowanie wsparcia psychologicznego znajduje odzwierciedlenie w rekomendacjach klinicznych oraz opiniach ekspertów.

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. 2020 poz. 1398 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.18.2021 pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19” realizowany przez: województwo mazowieckie, Warszawa, kwiecień 2021; raportu nr WS.414.1.2021 „Rehabilitacja lecznicza dla osób po chorobie COVID-19” z marca 2021 r.; Aneksu pn. „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016; oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 59/2021 z dnia 19 kwietnia 2021 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19” (woj. mazowieckie).