



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 65/2017 z dnia 22 marca 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program Polityki
Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowany na
rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą
onkologiczną”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowany na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

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

Cele programowe warto przeformułować, aby możliwe było ich zmierzenie. Mierniki efektywności należy uzupełnić o mierniki odnoszące się do powrotów do pracy i wpływ działań edukacyjnych.

Populacja docelowa została przedstawiona poprawnie. Uzupełnienia wymaga jednak informacja, czy wszystkie spośród wymienionych podmiotów będą zaangażowane w realizację programu, czy też dokonany zostanie wybór kilku placówek realizujących program i na jakich zasadach.

Zaplanowane w projekcie interwencje stanowią działania zgodne z wytycznymi. Należy jednak doprecyzować:

- kto będzie odpowiedzialny za utworzenie i prowadzenie centrum onkologicznej rehabilitacji,
- na jakiej podstawie przygotowane zostaną narzędzia do oceny stanu zdrowia i jakości życia uczestników (warto korzystać z istniejących zwalidowanych kwestionariuszy),
- jaki jest średni czas trwania cyklu rehabilitacyjnego i na czym polegać będzie rehabilitacja społeczna.

Ponadto sugeruje się, aby przy kwalifikacji uczestników określać tryb prowadzenia rehabilitacji z możliwością jego późniejszej zmiany. Obecnie w projekcie wskazano, że jeden uczestnik może skorzystać zarówno z trybu ambulatoryjnego jak i stacjonarnego, co sugeruje, że uczestnikowi przysługują 2 cykle rehabilitacji. Biorąc pod uwagę indywidualnie ustalany plan postępowania, opisane założenie nie znajduje uzasadnienia. Jednocześnie przy uwzględnieniu wskazanej uwagi konieczna jest weryfikacja oszacowań kosztowych.

Monitorowanie i ewaluacja zostały opracowane poprawnie.



W zakresie budżetu należy doprecyzować: koszty dotyczące funkcjonowania strony internetowej, jakie koszty zostały uwzględnione w koszcie jednostkowym i w jaki sposób finansowane będą punkty konsultacyjne oraz centrum rehabilitacji, a także należy wskazać podział kosztów ze względu na lata realizacji programu i uzasadnić.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący rehabilitacji onkologicznej. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 10 250 000 PLN, zaś okres realizacji to lata 2017-2020.

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 realizuje następujące priorytety zdrowotne: „rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności” oraz pośrednio priorytet: „zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu: nowotworów złośliwych” należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

W treści problemu zdrowotnego przedstawiono krótką charakterystykę nowotworów złośliwych oraz ogólny podział nowotworów na łagodne, miejscowo złośliwe oraz złośliwe. Podkreślono także, że jednym z elementów szeroko rozumianej polityki zdrowotnej jest zapewnienie najlepszej jakości życia chorym na nowotwory, w tym rehabilitacji fizycznej i psychologicznej, powrotu do pełnej aktywności społecznej i zawodowej oraz kontynuacji edukacji.

W treści projektu programu odniesiono się do ogólnoświatowych, europejskich, ogólnopolskich i lokalnych danych (za 2013 rok) dot. epidemiologii nowotworów złośliwych. Epidemiologia lokalna została przygotowana o Mapy Potrzeb Zdrowotnych oraz statystyki z Krajowego Rejestru Nowotworów (prawidłowo zweryfikowana przez analityka).

W województwie podlaskim w roku 2013 najczęstsze rozpoznania spośród nowotworów złośliwych wśród osób w wieku 20-64 lata dotyczyły: nowotworu piersi (30,6%), płuca i oskrzela (18,2% u mężczyzn, 5,4% u kobiet), jelita grubego (14,2% u mężczyzn, 8,0% u kobiet) i gruczołu krokowego (12,0%). Ich udział w strukturze zachorowań nie różnił się znacząco od struktury w Polsce. Na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych, prognozuje się, że do roku 2029 nastąpi ponad 18% procentowy wzrost liczby (w odniesieniu do 2016 r.) nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w woj. podlaskim. W odniesieniu do chorobowości 5-letniej, w Polsce w 2016 roku liczba osób chorych na nowotwory (u których chorobę rozpoznano w ciągu ostatnich 5 lat) wynosiła 472 000, z czego 14 000 osób w województwie podlaskim. Prognozy wskazują, iż do roku 2029 liczba ta w województwie podlaskim wzrośnie do 17 000 (14% wzrost).

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest poprawa stanu zdrowia i jakości życia osób, które zachorowały na nowotwór złośliwy i były leczone radykalnie, poprzez zwiększenie dostępności usług zdrowotnych z zakresu rehabilitacji w województwie podlaskim do 2020 roku. Dodatkowo wnioskodawca określił 6 celów szczegółowych, które stanowią uzupełnienie głównego założenia. Warto jednak wskazać, że poprawa stanu zdrowia jest stwierdzeniem dosyć ogólnym i trudnym do zmierzenia. Istotne jest aby zgodnie z zasadą SMART cele określone w projekcie powinny być szczegółowe, mierzalne, osiągalne, istotne i określone w czasie.

Przedstawione mierniki efektywności są adekwatne do postawionych celów. W związku z tym, że program obejmuje populację w wieku aktywności zawodowej, dodatkowo powinno się uwzględnić

liczbę osób, które dzięki rehabilitacji wróciły do pracy bądź podjęły nową pracę. Wskaźniki powinny uwzględniać także skrócenie lub wydłużenie czasu powrotu do pracy od momentu zachorowania, w porównaniu z populacją nieobjętą działaniami programu oraz zmianę w zakresie poprawy jakości życia.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią osoby w wieku 20-64 lata zamieszkujące woj. podlaskie, które zachorowały na nowotwór złośliwy (ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym, które zakończyły radykalne leczenie onkologiczne lub są w trakcie leczenia uzupełniającego) i wymagają wsparcia pod postacią rehabilitacji. Liczebność tej grupy została oszacowana na 4 900 osób (na podstawie danych KRN dot. chorobowości 5-letniej) a programem planuje się objąć 4 300 osób, co stanowi 88% całkowitej oszacowanej populacji docelowej programu. W projekcie wskazano również kryteria kwalifikacji do programu.

Dodatkowo w zakresie działań edukacyjnych program skierowany będzie do 34 psychologów, którzy będą zajmowali się wsparciem psychoonkologicznym i 62 osób wykonujących zawód medyczny lub mający zastosowanie w ochronie zdrowia, które będą odpowiedzialne za realizację działań z zakresu profilaktyki niepełnosprawności oraz diagnostyki i terapii zaburzeń funkcjonalnych związanych z leczeniem przeciwnowotworowym. Opisano kryteria kwalifikacji tych grup uczestników, które nie budzą zastrzeżeń i pozwalają na zapewnienie równego dostępu do świadczeń.

W projekcie liczbę możliwych realizatorów poszczególnych działań programu oszacowano na 50 podmiotów leczniczych realizujących świadczenia zdrowotne w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z zakresu rehabilitacji leczniczej, 12 podmiotów leczniczych realizujących świadczenia zdrowotne w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z zakresu onkologii, 8 organizatorów turnusów rehabilitacyjnych sanatoryjnych oraz 291 organizacji pozarządowych, których przedmiot działalności stanowi ochrona i promocja zdrowia. Z treści projektu programu nie wynika jednoznacznie czy do programu planuje się włączyć wszystkie z ww. podmiotów funkcjonujących na terenie województwa czy tylko część z nich, co wymaga doprecyzowania.

Interwencja

Program został podzielony na 3 etapy obejmujące:

- I. utworzenie Onkologicznego Centrum Rehabilitacji, którego zadaniem będzie realizacja działań administracyjnych programu, koordynacja poszczególnych etapów zaplanowanych w programie oraz przeprowadzanie działań informacyjno-edukacyjnych. Ponadto planuje się utworzenie 4 Punktów Konsultacyjnych Rehabilitacji (PKR), które zostaną powołane w Białymstoku, Łomży, Suwałkach, Bielsku Podlaskim. W PKR odbywać się będą konsultacje kwalifikujące poszczególnych uczestników do programu;
- II. szkolenia osób wykonujących zawody medyczne i mające zastosowanie w ochronie zdrowia, szkolenia informacyjno-edukacyjne dedykowane organizacjom pozarządowym, opracowanie narzędzi edukacji zdrowotnej (poradniki w wersji papierowej i elektronicznej), narzędzi samokontroli, narzędzi do oceny: stanu zdrowia, jakości życia, aktywności fizycznej;
- III. usługi zdrowotne z zakresu rehabilitacji realizowane w systemie ambulatoryjnym oraz w systemie stacjonarnym, wsparcie psychologiczne, rehabilitacje społeczną.

W projekcie szczegółowo opisano zadania ww. Centrum. Nie wskazano jednak kto będzie odpowiedzialny za jego utworzenie i prowadzenie, co należy doprecyzować.

Zaplanowane w ramach II etapu dziania zostały przygotowane precyzyjnie. Przedstawiono zakres szkoleń oraz narzędzi edukacyjnych, które przed wdrożeniem do realizacji będą zostaną poddane opinii Konsultanta Wojewódzkiego. Nie wskazano jednak na jakiej podstawie przygotowane zostaną narzędzia do oceny. Przy tworzeniu narzędzi do oceny stanu zdrowia czy jakości życia należy mieć na uwadze, aby były to wystandaryzowane kwestionariusze dostarczające wiarygodnych i obiektywnych informacji.

W zakresie III etapu programu zaplanowano kwalifikację uczestników w PKR i ustalenie indywidualnego planu rehabilitacji. Planowane w tym etapie usługi zdrowotne z zakresu rehabilitacji będą ukierunkowane na zapobieganie późnym następstwom leczenia onkologicznego, przywracanie utraconej sprawności psychofizycznej poprzez m.in. trening fizyczny, zabiegi fizykalne, masaż, wsparcie psychologiczne pozwalające uprawdopodobnić powrót do pełnej aktywności życiowej, zawodowej i społecznej. W projekcie nie sprecyzowano jakie działania będą wchodzić w rehabilitację społeczną, co należy uzupełnić.

W projekcie zaplanowano, że 1 uczestnik może skorzystać z rehabilitacji zarówno w trybie stacjonarnym jak i ambulatoryjnym, co nie znajduje uzasadnienia w treści projektu i wpływa na niepewność oszacowań kosztowych. Obecnie z projektu wynika, że jedna osoba będzie mogła uczestniczyć zarówno w pełnym cyklu rehabilitacji stacjonarnej oraz ambulatoryjnej. Sugeruje się, aby w odniesieniu do wskazań, 1 uczestnik mógł korzystać z rehabilitacji tylko w jednym trybie, ewentualnie w trakcie uczestnictwa miał możliwość zmiany trybu realizacji świadczeń. W projekcie nie określono również średniego okres czasu w jakim uczestnik zostanie objęty rehabilitacją, co warto uzupełnić.

Projekt programu zakłada świadczenia, których część finansowana jest ze środków publicznych (rehabilitacja medyczna). Należy jednak podkreślić, że działania z zakresu szkoleń, edukacji czy też wsparcia psychologicznego stanowią wartość dodaną do obecnie funkcjonującego systemu. Projekt programu stanowi spójną i logiczną całość, której łączny zakres uznać można za wykraczający poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępujący świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie programu przedstawiono poprawne wskaźniki oceny zgłaszalności do programu oraz jakości udzielanych świadczeń. Zasadnym jest jednak aby dodatkowo każdy uczestnik mógł wypełnić ankietę satysfakcji z udzielanych świadczeń.

Ponadto w projekcie warto zaplanować działania mające na celu utrzymanie wysokiej zgłaszalności do programu oraz zapobiegające rezygnacji z programu przez uczestników.

Ewaluacja programu zostanie oparta o opisane mierniki efektywności dotyczące celów oraz dodatkowe wskaźniki obejmujące m.in.: poziom ogólnej sprawności, odczuwanego bólu, jakość życia uczestnika w momencie przystąpienia i po zakończeniu udziału w programie, poziom wiedzy uczestników po przeprowadzonej edukacji. Wskaźniki te mają być określane za pomocą ankiet, jednak nie wskazano dokładnego zakresu kwestionariuszy planowanych do zastosowania, zatem niemożliwa jest ich weryfikacja. Dodatkowo uwzględniono wskaźniki ilościowe. Zaplanowana ewaluacja została opisana poprawnie. Istotne jest jednak aby proces ten był długookresowy i wykraczał znacząco poza okres realizacji programu.

Warunki realizacji

Projekt programu zawiera szczegółowy opis planowanych działań, z podziałem na poszczególne jego etapy. Wskazano sposób wyboru realizatora i warunki niezbędne do realizacji świadczeń.

W projekcie opisano sposób zapraszania uczestników, zasady udzielania świadczeń oraz sposób zakończenia udziału w programie. Nie podano jednak informacji na temat dalszego postępowania z pacjentem, którego udział w programie zakończy się, co należy uzupełnić.

Warto wskazać, że usługi zdrowotne w zakresie rehabilitacji będą udzielane z uwzględnieniem transportu dla uczestników, którzy nie mogą samodzielnie dotrzeć do miejsca ich realizacji, co jest niezmiernie istotnym elementem i zapewnia równość w dostępie do świadczeń.

W projekcie określono zarówno koszty na 1 uczestnika (1 937 zł), jak i koszty całkowite działań zaplanowanych w ramach realizacji wszystkich trzech etapów wynoszące 10 250 000 zł. W projekcie zaplanowano, że uczestnik może skorzystać z rehabilitacji w 2 trybach, co zostało uwzględnione w budżecie (możliwość wykonania 8 600 usług rehabilitacyjnych łącznie). Należy jednak wskazać, że

brak jest uzasadnienia, dla przyjęcia takiego założenia, zatem w przypadku zmiany założeń należy dokonać weryfikacji oszacowań w budżecie.

W projekcie nie wyjaśniono, jakie interwencje składają się na całkowity koszt (1 937 zł) przeznaczony na 1 uczestnika programu. Podano jedynie ceny jednostkowe usług zdrowotnych tj. rehabilitacji realizowanej w systemie ambulatoryjnym – 600 zł oraz rehabilitacji realizowanej w systemie stacjonarnym – 800 zł.

Ponadto uszczegółowienia wymagają koszty utworzenia i funkcjonowania PKR oraz Onkologicznego Centrum Rehabilitacji. Doprecyzować także należy koszty przeznaczone na utworzenie strony internetowej oraz koszty przeznaczone na działania z zakresu rehabilitacji społecznej. Warto także przedstawić podział kosztów w podziale na lata realizacji.

Program będzie współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Choroby nowotworowe stanowią obecnie jedną z najczęstszych przyczyn zgonów. Są one także jedną z przyczyn niepełnosprawności i utraty zdolności do pracy.

W latach 2016-2029 zgodnie z prognozami Map Potrzeb Zdrowotnych przewidywany jest ciągły wzrost liczby nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce. Prognozuje się, że w roku 2029 liczba nowych zachorowań wyniesie 213 140. Zatem jeśli w 2016 roku liczba ta wynosiła 180 290 (wartość oszacowana) można przypuszczać, że nastąpi 18% wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce.

W roku 2013 w Polsce zdiagnozowano 78 236 (79 229 w 2014 r. – po weryfikacji analityka) nowych zachorowań na nowotwory u mężczyzn oraz 78 251 (79 979 w 2014 r. – po weryfikacji analityka) u kobiet. Wśród mężczyzn najczęściej występowały nowotwory złośliwe płuca (18,7%), gruczołu krokowego (15,5%) oraz jelita grubego (12,2%). Natomiast wśród kobiet dominowały nowotwory złośliwe piersi (21,9%), jelita grubego (10,1%) i płuca (8,8%).

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). N

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

Wyniki opracowanego wspólnie przez WHO oraz Bank Światowy, Światowego Raportu na temat niepełnosprawności (World Report on Disability) pozwoliły skonstruować konkretne zalecenia dla polityki i praktyki, które mogą doprowadzić do realnej poprawy warunków życia osób

niepełnosprawnych. W największym stopniu obejmują inwestowanie w specjalne programy i świadczenia dla osób niepełnosprawnych oraz przyjęcie narodowej strategii oraz planu działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

Niezależnie od jednostki chorobowej, wytyczne podkreślają, że o skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ich ciągłość. Istotne jest, aby terapia była w indywidualny sposób przystosowana do potrzeb i możliwości chorego.

Bardzo ważne jest, aby przeprowadzany proces rehabilitacyjny był jasny i zrozumiały dla pacjenta. Chory powinien być na bieżąco informowany o postępach w leczeniu oraz o działaniach prozdrowotnych wskazanych w danej jednostce chorobowej. Kluczowe jest zaangażowanie w ten proces rodziny/opiekunów pacjenta.

Wytyczne zgodnie podkreślają, że świadczeń z zakresu rehabilitacji powinni udzielać wysoko wykwalifikowani specjaliści, posługujący się sprzętem pewnych, sprawdzonych parametrach. Zespół terapeutyczny powinien składać się ze specjalistów z różnych dziedzin medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują, jeśli zachodzi taka potrzeba wielopłaszczyznowy program rehabilitacji.

Jak podkreśla National Centre for the Dissemination and Disability Research (NCDDR), współczesne standardy dowodów naukowych i metody stanowią wyzwania dla działań z zakresu rehabilitacji. Ze względu na niewielką liczbę podstawowych badań klinicznych trudno jest określić uniwersalny schemat interwencji, które charakteryzowałyby się wysoką skutecznością i bezpieczeństwem.

Należy również położyć nacisk na edukację zdrowotną i społeczną nie tylko osób z niepełnosprawnością, ale również lokalnej społeczności. W poprawie jakości życia osób z niepełnosprawnością duże znaczenie ma poprawa stanu fizycznego organizmu oraz wzmocnienie kompetencji psychologicznych i społecznych. Znoszenie barier architektonicznych, wprowadzanie ułatwień prawnych i innych może mieć wpływ na uzyskanie większej zdolności do pracy i życia w społeczeństwie dla osób z niepełnosprawnością

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej z 2013 r. 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).

W odnalezionych rekomendacjach wskazuje się także sposoby realizacji reahibilatcji skorowanej 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.
- Chorzy z obrzękiem chłonnym po leczeniu: kompleksowa terapia udrażniająca obejmująca ręczny drenaż chłonny, kompresjoterapię, ćwiczenia ruchowe i higienę kończyny.

- Chorzy z ograniczeniami ruchomości stawów po leczeniu: zaleca się stosowanie podstawowych metody zwiększania ruchomości, zwłaszcza ćwiczenia rozciągające, techniki terapii manualnej i torowania nerwowo-mięśniowego.
- Chorzy z zaburzeniami czynności płuc po leczeniu: rehabilitacja oddechowa zawsze powinna być poprzedzona badaniem czynnościowym układu oddechowego i ustaleniem charakteru zaburzeń, od których zależą metody rehabilitacji.

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.

Decyzja o zastosowaniu zabiegów fizykalnych lub masażu u osób leczonych z powodu chorób nowotworowych powinna być podjęta bardzo rozważnie i uwzględniać zarówno korzyści, jak i ryzyko. Decyzja o zastosowaniu fizykoterapii musi także uwzględniać czas po zakończeniu leczenia nowotworu. Przyjmuje się zazwyczaj 5 lat jako względnie bezpieczny okres, po upływie którego czynniki fizykalne mogą być stosowane u osób po leczeniu nowotworów złośliwych.

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 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: „Program Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowany na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną” realizowany przez: Województwo podlaskie (ocena projektu programu polityki zdrowotnej). Raport nr: OT.441.45.2017