



Opinia

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 60/2013 z dnia 18 marca 2013 r.

o projekcie programu zdrowotnego „Program prozdrowotny w zakresie zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz w zakresie fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy na lata 2012-2015”, realizowanego przez województwo lubelskie

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie oceniam „Program prozdrowotny w zakresie zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz w zakresie fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy na lata 2012-2015” województwa lubelskiego.

Uzasadnienie

Program odnosi się do ważnego i dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego, realizuje priorytety Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015, został prawidłowo skonstruowany. Jego zaletą jest również kompleksowość działań, uwzględniających m.in. interwencję psychologiczną.

Przedmiot opinii

Program województwa lubelskiego „Program prozdrowotny w zakresie zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy na lata 2012-2015” ma na celu ochronę kręgosłupa przed poważnymi zmianami zwyrodnieniowymi, dyskopatią, które są związane z nieprawidłową ergonomią pracy i wymuszonymi nieprawidłowymi pozycjami ciała u osób objętych programem. W projekcie przedstawiono budżet oraz oszacowano populację docelową.

Problem zdrowotny

Zespoły bólowe kręgosłupa są jedną z najczęstszych przypadłości człowieka i choć nie stanowią zagrożenia życia, to są istotnym problemem współczesnej medycyny. Szacuje się, że współczynnik zachorowalności jest wyższy niż w przypadku choroby niedokrwiennej serca i nadciśnienia tętniczego. Ponadto dolegliwości mięśniowo – szkieletowe są istotną przyczyną absencji w pracy.

Zespoły bólowe kręgosłupa to niejednorodna pod względem przyczyn grupa chorób. Biorąc pod uwagę fakt, że przyczyną dolegliwości bólowych są zarówno zmiany degeneracyjne jak i zaburzenia czynnościowe, sensownym wydaje się również używanie określenia „choroba przeciążeniowa kręgosłupa”.

Najczęściej do przeciążeń i uszkodzeń kręgosłupa dochodzi na drodze dwóch mechanizmów. Pierwszy to droga nagłych urazów, drugi zwany jest drogą przewlekłych przeciążeń. Zmiany przeciążeniowe dotyczą w pierwszej kolejności mięśni okołokręgosłupowych, następnie tkanek miękkich biernie stabilizujących kręgi (więzadła, powięzie, torebki stawów, krążki międzystawowe), a na samym końcu struktur kostnych kręgosłupa. Ból może wystąpić na każdym etapie rozwoju choroby i bardzo często wiąże się właśnie z zaburzeniami



czynnościowymi. Ponadto może się zdarzyć, że ból nie objawi się w miejscu wystąpienia przeciążenia lecz jest odczuwany w odległych miejscach ciała.

Choroba przeciążeniowa kręgosłupa rozwija się w kilku etapach:

1. Wpływ zaburzeń sterowania z centralnego układu nerwowego oraz przeciążeń ze strony środowiska i różnych czynności życiowych na układ mięśniowy;
2. Powstawanie zaburzeń czynnościowych w obrębie układu mięśniowego i tkanek miękkich około kręgosłupowych;
3. Powstawanie zaburzeń czynnościowych w systemie stawów kręgosłupa i miednicy;
4. Powstawanie uszkodzeń morfologicznych (zmian zwyrodnieniowych) w obrębie krążków międzykręgowych i uszkodzeń (zmian zwyrodnieniowych) stawów kręgosłupa i trzonów kręgu.

Wtórne uszkodzenia w układzie nerwowym i mięśniowym (zaburzenia odruchów, niedowłady, porażenia), spowodowane nasilonymi zmianami morfologicznymi.

Negatywne bodźce emocjonalne, a zwłaszcza przewlekły stres, oddziałują niekorzystnie na cały organizm, w tym na narządy ruchu, powodując w zasadzie identyczny obraz kliniczny, jak przeciążenia statyczne. Najbardziej charakterystycznym skutkiem psychogennym jest podwyższone napięcie spoczynkowe mięśni. W miarę rozwoju efektu psychogenego pacjent traci zdolność dowolnego sterowania napięciem mięśniowym. Coraz łatwiej przychodzi napinanie mięśni, zaś coraz trudniej ich rozluźnianie. Pod wpływem długotrwałego działania bodźców stresujących, stopniowo narasta spoczynkowe napięcie mięśni, które zmniejsza stymulujące znaczenie dla układu krwionośnego, co pogarsza krążenie krwi w całym organizmie. Nieaktywne mięśnie tracą także zdolność stymulowania układu dokrewnego, co przekłada się na funkcjonowanie narządów wewnętrznych. Ponadto należy wspomnieć o zjawisku kumulowania się skutków emocji, które jest znamienne dla ludzi i odgrywa ważną rolę w powstawaniu chorób. Człowiek potrafi za pomocą swojej woli pohamować tendencję do rozładowywania skutków emocji psychicznych oraz przeżytego stresu. Dodatkowo z wymogów życia społecznego wypływa potrzeba harmonijnego współżycia z innymi ludźmi, a nie wszystkie kultury zapewniają możliwość społecznie akceptowalnego odreagowania nagromadzonych przewlekłych bodźców. Wskutek czego u wielu osób pomimo pozornego wyciszenia zewnętrznego, dochodzi do powstawania licznych schorzeń, właśnie na skutek kumulowania efektów stresu zarówno w narządach wewnętrznych, jak i w układzie mięśniowym.

Człowiek jest jednością psychofizyczną i również w terapii powinna przejawiać się tendencja do postrzegania jednostki ludzkiej jako całości. Dlatego tak ważne staje się obok tradycyjnego postępowania, podejmowanie działań z zakresu psychologii, np. treningu relaksacyjnego

Alternatywne świadczenia

Nie dotyczy

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Podsumowanie opinii ekspertów klinicznych:

- Programy w ramach monitorowania skutków powinny uwzględniać skale jakości życia, dodatkowo ocena powinna być prowadzona po 5-10 latach;

- Zespoły bólowe kręgosłupa stanowią problem społeczny, który jest trudny do rozwiązania bez wyraźnego ukazywania społeczeństwu subiektywnych czynników ryzyka (w rozumieniu przyczyny i autoprofilaktyki);
- Program powinien zostać poszerzony i swoimi podstawowymi działaniami objąć pracowników innych grup zawodowych również narażonych na problemy zdrowotne z kręgosłupem.

Podsumowanie wytycznych, rekomendacji i dowodów naukowych:

- Osoby odpowiedzialne za ochronę zdrowia powinny edukować ludzi z zakresu zapobiegania zespołom bólowym kręgosłupa oraz dbania o zdrowie plecy poprzez współpracę z instytucjami i firmami. Szczególny nacisk powinien być położony na samoopiekę i odpowiedzialność pacjenta oraz ergonomiczne środowisko pracy;
- Pracodawcy powinni także modyfikować środowisko pracy, aby osobom cierpiącym z powodu bólu pleców umożliwić jak najszybszy powrót do pracy i zminimalizować ryzyko przedłużającej się niedyspozycji;
- Edukacja jest rekomendowana, jako strategia, która powinna być stosowana u całej populacji w codziennym życiu. Istnieją dowody na efektywność kosztową edukacji, jako interwencji w fizjoprofilaktyce i leczeniu bólów kręgosłupa.
- Tradycyjne informowanie dotyczące biomechaniki, technik podnoszenia czy optymalnej postury nie jest zalecane w LBP;
- Broszury informacyjne dla pacjentów powinny przede wszystkim zawierać informacje, które wpłyną na redukcję lęku i niepokoju i będą promować samoleczenie. Broszury takie są bardziej skutecznie niż te zawierające informacje dotyczące anatomii, ergonomii oraz konkretnych ćwiczeń fizycznych. Szczególnie poleca się umieszczanie następujących informacji:
 - Brak poważnej choroby jest bardzo prawdopodobny, kiedy nie występują „czerwone flagi”;
 - Ból nie jest równoznaczny z obecnością uszkodzenia;
 - Prognozy w leczeniu dolnego odcinka pleców są dobre, większość pacjentów wraca do zdrowia po 2-4 tygodniach;
 - Odpoczynek w łóżku nie jest polecany i powinien być ograniczony maksymalnie do dwóch dni;
 - Niezbyt nasiloną aktywność fizyczna nie tylko nie pogłębi bólu kręgosłupa i nie powoduje dodatkowych uszkodzeń, ale przyspiesza proces powracania do zdrowia;
 - Stopniowy powrót do pracy i aktywności prowadzi do lepszych krótkotrwałych i długotrwałych efektów;
- Konkretnie informacje i porady mogą być pomocne w odniesieniu do powodujących ból aktywności, takich jak siedzenie, dźwiganie, wstawanie z łóżka;
- Organizacje zrzeszające pielęgniarki oraz pracodawcy powinni prowadzić szkolenia dotyczące zagrożeń w miejscu pracy. Jednym z takich zagrożeń jest ból w dolnym odcinku pleców. Edukacja i zarazem zwiększanie świadomości w tym zakresie jest skutecznym sposobem walki z zagrożeniami w miejscu pracy;

- Szkolenie w pracy z zakresu metod ręcznego przemieszczania przedmiotów, jest nieskuteczną interwencją w zakresie zapobiegania bólowi dolnej części pleców, jeśli jest samodzielną interwencją;
- Pasy lędźwiowe nie są polecane w prewencji LBP;
- Wkładki ortopedyczne do obuwia nie są polecane w prewencji LBP;
- Istnieją silne dowody, że techniczne środki ergonomiczne mogą redukować przeciążenie pleców oraz kończyn górnych bez utraty produktywności oraz umiarkowane dowody, że środki te mogą redukować występowanie zaburzeń mięśniowo-szkieletowych;
- Ćwiczenia fizyczne są zalecane w prewencji bólu dolnego odcinka pleców, w zapobieganiu nawrotom oraz w zapobieganiu zwolnieniom lekarskim z powodu LBP. Istnieją dowody, że nadzorowane ćwiczenia zwiększają efektywność terapii. Brakuje dowodów żeby zalecić konkretne ćwiczenia fizyczne;
- Terapia manualna (manipulacyjna) jest zalecana w ostrym i przewlekłym bólu kręgosłupa, ale brak jest jednoznacznych dowodów na efektywność tej interwencji. Pod względem skuteczności nie różni się od innych terapii fizjoterapeutycznych. Terapia manipulacyjna nie jest rekomendowana jako interwencja profilaktyczna. Zajęcia terapii manualnej powinny obejmować maksymalnie 9 sesji przez okres nie dłuższy niż 12 tygodni;
- Masaż leczniczy, jako pojedyncza interwencja nie jest efektywny kosztowo. Nie jest zalecany w ostrym bólu dolnej części kręgosłupa;
- Trening fizyczny może także zredukować ból pleców, szyi i ramion. Jednak, aby szkolenie było efektywne, trening fizyczny powinien być powtarzany min. 3 razy w tygodniu;
- Multidyscyplinarne interwencje w miejscu pracy mogą być polecane w celu zredukowania pewnych aspektów LBP, jakkolwiek nie jest możliwe zalecenie dokładnego zakresu tych interwencji;
- Terapie łączące interwencje psychologiczne i fizyczne powinny trwać maksymalnie 100 godzin przez okres 8 tygodni;
- Podstawowym postępowaniem u pacjentów, u których objawy bólowe nie są nasilone powinna być samoopieka i terapia stosowana w domu. Pacjent przede wszystkim nie powinien leżeć w łóżku, za to powinien utrzymywać aktywność fizyczną (siła zalecenia: I). U osób stosujących domowe leczenie poprawa stanu zdrowia następuje średnio po 2-4 tygodniach. Jakkolwiek u $\frac{3}{4}$ osób, u których nastąpiło cofnięcie objawów, nawrót nastąpi w ciągu następnych 12 miesięcy. Domowe leczenie obejmuje stosowanie ciepłych lub zimnych kompresów w zależności od preferencji pacjenta, stosowanie leków przeciwbólowych oraz ćwiczeń fizycznych, które nie powodują przeciążenia kręgosłupa (ćwiczenia niewymagające dźwigania, skręcania tułowia, zginania). Pacjent powinien przede wszystkim zwracać uwagę na swoją posturę.

Wnioski z oceny programu województwa lubelskiego:

Atutem programu jest jego kompleksowość i uwzględnienie w działaniach interwencji psychologicznych, gdyż wszechobecny stres i nieumiejętność radzenia sobie z nim jest

przyczyną nie tylko zespołów bólowych kręgosłupa, ale także wielu innych chorób cywilizacyjnych, np. choroby niedokrwiennej serca.

Główny cel : Ochrona kręgosłupa przed poważnymi zmianami zwyrodnieniowymi, dyskopatią, które są związane z nieprawidłową ergonomią pracy i wymuszonymi nieprawidłowymi pozycjami ciała u osób objętych programem.

Cel szczegółowe : zapoznanie uczestników z mechanizmami powstawania przeciążeń kręgosłupa i metodami przeciwdziałania ich skutkom, zmniejszenie absencji chorobowej będącej wynikiem ostrego bólu kręgosłupa i niemożności wykonywania czynności zawodowych, zmniejszenie zachorowalności osób narażonych się na przeciążenia kręgosłupa w pracy (praca siedząca, wymuszona pozycja ciała, dźwiganie itp.), doskonalenie jakości świadczeń profilaktycznych związanych z propagowaniem przez lekarzy i fizjoterapeutów zdrowego stylu życia i zachęcanie ich do dodatkowej aktywności ruchowej, podniesienie poziomu wiedzy w społeczeństwie poprzez ukierunkowaną edukację osób biorących udział w programie na temat ergonomii pracy, czynników zwiększających zachorowalność i istoty choroby, zwiększenie liczby wykrywanych przypadków chorób kręgosłupa we wczesnym stadium, w którym włączenie leczenia może zahamować tempo jej rozwoju, zmniejszenie kosztów leczenia poprzez zmniejszenie liczby osób w zaawansowanym stadium choroby, wymagających specjalistycznego leczenia i hospitalizacji, zachowanie aktywności zawodowej i społecznej u osób z wcześniej wykrytą chorobą.

Beneficjentami programu będą mieszkańcy województwa lubelskiego powyżej 18 roku życia, u których na etapie badania kwalifikacyjnego do programu zostanie zidentyfikowany problem zdrowotny dotyczący zespołów bólowych kręgosłupa.

Oszacowana liczebność grupy docelowej wynosi 47439 osób na każdy rok.

Program w całości **finansowany** będzie ze środków Samorządu Województwa Lubelskiego zgodnie z umowami zawartymi z placówkami wybranymi do realizacji Programu.

Koszt jednostkowy 400 zł na osobę. **Roczny koszt** realizacji programu - 18 975 600 zł. **Całkowity koszt** realizacji programu - 75 902 400 zł. Nie podano realnych kosztów realizacji programu. Na stronie Samorządu Województwa Lubelskiego odnaleziono informacje na temat kosztów całkowitych realizacji programu w roku 2013. W ramach programu realizowane będą następujące **interwencje**: warsztaty rehabilitacji ruchowej – prowadzone przez fizjoterapeutę (16h na grupę), ćwiczenia relaksacyjne i odprężające (część praktyczna i teoretyczna) – prowadzone przez psychologa (1h na grupę), poradnictwo dotyczące ergonomii pracy.

Monitorowanie programu będzie polegało na określeniu ilości uczestników i zainteresowania programem, bieżącym monitorowaniu i analizie poszczególnych etapów programu, sprawdzaniu efektywności i poprawnego wykonywania programu ćwiczeń u osób biorących udział w programie (po zakończeniu programu przez osobę prowadzącą ćwiczenia) oraz analizie ankiet osób biorących udział w programie.

Termin realizacji programu to lata 2012 -2015.

Projekt programu przewiduje przeprowadzenie kampanii informacyjnej, co powinno zapewnić dotarcie do populacji docelowej z informacją o jego realizacji.

Kwalifikacja uczestników programu polegała będzie na przeprowadzeniu badania lekarskiego oraz wywiadu z wykorzystaniem ankiet.

Nie przedstawiono kryteriów wyboru realizatora.

W programie nie opisano kwalifikacji personelu medycznego oraz warunki niezbędne do realizacji programu.

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez American Public Health Association) można stwierdzić, że:

I. Program odnosi się do ważnego i dobrze zdefiniowanego w literaturze problemu zdrowotnego, ponadto realizuje priorytety Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015.

II. Dostępność działań programu dla beneficjentów – Program adresowany jest do wszystkich mieszkańców województwa lubelskiego powyżej 18 roku życia, u których na etapie badania kwalifikacyjnego do programu zostanie zidentyfikowany problem zdrowotny dotyczący zespołów bólowych kręgosłupa. Potencjalni uczestnicy nie tylko będą brać udział w Programie, jeśli sami zdobędą o nim informacje, ale także będą aktywnie poszukiwani i zachęceni do wzięcia udziału przez realizatorów;

III. Skuteczność działań – W zestawieniu z informacjami dotyczącymi efektów realizacji Programu można stwierdzić, że planowane działania realizują założone cele. IV. W Projekcie podjęto próbę oszacowania kosztów realizacji Programu, na podstawie wyników z realizacji można stwierdzić, że jest to efektywne zagospodarowanie środków finansowych.

V. W Programie opisano system monitorowania jego realizacji.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, wydaję opinię jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem raportu o programie: „Program prozdrowotny w zakresie zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy na lata 2012-2015” realizowanym przez województwo lubelskie, nr: AOTM-OT-441-149/2012, Warszawa marzec 2013 i aneksów: „Programy prozdrowotne w zakresie zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, marzec 2013 i „Programy wczesnego wykrywania osteoporozy – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, marzec 2013.