



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 215/2014 z dnia 1 września 2014 r.
o projekcie programu programu „Zdolni do pracy
– wczesne wykrywanie chorób układu mięśniowo-szkieletowego
w województwie kujawsko-pomorskim”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję negatywną opinię o projekcie programu „Zdolni do pracy – wczesne wykrywanie chorób układu mięśniowo-szkieletowego w województwie kujawsko-pomorskim”.

Uzasadnienie

Problem zdrowotny opisany został bardzo szczegółowo.

Realizatorzy programu przeanalizowali dane epidemiologiczne całego województwa, natomiast nie podano szczegółowych, ani szacunkowych danych epidemiologicznych dla populacji, która ma zostać objęta programem, czyli grupa wiekowa 35-54 lat. Jako kwalifikację do programu przyjęto między innymi osoby narażone na wysiłek fizyczny. Wyszczególniono np. konieczność ręcznego przemieszczania ciężarów, czy też długotrwały stres powodujący między innymi wzrost napięcia mięśniowego oraz osoby leczące się z powodu chorób mięśniowo szkieletowych. W tak sformowanych kryteriach do programu kwalifikuje się prawie każda pracująca osoba z terenu województwa, która nie leczy się powodu MSD.

Brakuje informacji ile osób kwalifikowało się do programu czyli określenia populacji docelowej. Interwencje opisane w programie to porada lekarska, porada psychologa, ćwiczenia rehabilitacyjne RTG kręgosłupa i edukacja.

Interwencje sformowane w sposób bardzo ogólny. Z treści programu nie wynika na czym polegać będą wskazane interwencje. Koszty badań są nieproporcjonalnie wysokie w stosunku do spodziewanych wyników.

Zdaniem ekspertów należałoby skoncentrować się tylko na jednym schorzeniu uzasadniając jego wybór i wskazując szczegółowo podjęte w tym zakresie interwencje.

Program nie posiada cech ani programu rozpoznawczego, ani profilaktycznego ani interwencyjnego. Cel główny programu jest nieprawidłowo sformułowany ponieważ nie bardzo wiadomo jakie kryteria wyznaczałyby wczesne wykrycie choroby.

Nie podano kompetencji koordynatora programu, a jak wynika z jego treści odpowiedzialny jest z szeregu istotnych elementów programu. Nie odniesione się do skuteczności proponowanych działań. W programie nie określono konkretnie finansowania. Wnioskodawca zakłada dwa kryteria finansowania programu jeden ze środków województwa kujawsko-pomorskiego oraz samorządów terytorialnych brakuje jednak informacji które jst zgłosiły się do udziału i partycypowaniu w kosztach, drugi wariant



wskazuje na finansowanie programu w całości z Funduszy Unii Europejskiej z programu Kapitał Ludzki. Przy tak szerokiej grupie potencjalnych beneficjentów programu jakim wymiarze zostanie zaproponowane populacji objętej programem nie wiadomo, który z wariantów będzie zastosowany.

W programie nie opisano monitorowania i ewaluacji.

Zdaniem ekspertów programy profilaktyczne z zakresu MSD powinny być finansowane ze środków publicznych, ponieważ stanowią istotny problem społeczny ze względu na zdolność do pracy.

Przedmiot opinii

Program Województwa Kujawsko-Pomorskiego ma na celu wczesne wykrycie chorób układu kostno- mięśniowego u osób pracujących w wieku 35 - 54 lat w województwie kujawsko-pomorskim. Aby zrealizować cel główny zaproponowano następujące interwencje: porada lekarska, porada psychologa, ćwiczenia rehabilitacyjne, RTG kręgosłupa, kolan, edukacja. W projekcie przedstawiono budżet w dwóch wariantach.

Problem zdrowotny

Zaburzenia w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego (MSD) należą w Europie do najczęstszych problemów zdrowotnych związanych z pracą. Z danych Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EASHW2) wynika, że są one najbardziej rozpowszechnionymi dolegliwościami w 27 krajach UE. 1/4 europejskich pracowników narzeka na bóle pleców, a niewiele mniej - 23% - na bóle mięśni. 60% zatrudnionych, przez przynajmniej 1/4 czasu pracy, wykonuje powtarzalne ruchy dłoni i ramion, 46% pracuje w niewygodnej i męczącej pozycji, a ponad 1/3 przenosi lub przesuwa ciężkie przedmioty. Dolegliwości mięśniowo-szkieletowe często poprzedzają rozpoznanie konkretnych zaburzeń układu ruchu - tzw. zespołów przeciążeniowych. Zespoły te, powodując ograniczenie sprawności układu ruchu, stanowią obecnie jeden z poważniejszych problemów w opiece medycznej nad pracownikami. Z biomechanicznego punktu widzenia są one skutkiem obciążeń fizycznych przekraczających wytrzymałość i wydolność czynnościową elementów narządu ruchu.

Najczęstszym objawem zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego spowodowanych przez wykonywaną pracę jest ból, rzadziej pracownicy skarżą się na uczucie sztywności mięśni lub parestezje (mrowienie, drętwienie). Dolegliwości te są odpowiedzią na nadmierne obciążenie układu ruchu podczas wykonywania pracy i zazwyczaj po jej zaprzestaniu ustępują¹. W przypadku, gdy obciążenie jest nadmierne lub utrzymuje się długi czas, może dojść do pojawienia się lub narastania zmian zwyrodnieniowo-wytwórczych struktur układu mięśniowo-szkieletowego, stanowiących istotę zespołów przeciążeniowych. Do najczęściej stwierdzanych zespołów przeciążeniowych należą: zespół cieśni kanału nadgarstka, zespół de Quervaina (zapalenie pochewki mięśni: długiego odwodziciela i krótkiego prostownika kciuka), zapalenie nadkłykcia przyśrodkowego i bocznego kości ramiennej (tzw. łokieć tenisisty i golfisty), zespół stożka rotatorów, zespoły bólowe odcinka lędźwiowego i szyjnego kręgosłupa.

Do najczęściej wskazywanych czynników ryzyka wystąpienia MSD związanych z miejscem pracy zalicza się:

- duże tempo pracy i powtarzalne schematy ruchowe;

- podnoszenie ciężkich przedmiotów i wykonywanie czynności wymagających dużej siły rąk;
- dynamiczne i statyczne wymuszone pozycje ciała, częste zginanie i skręty tułowia;
- punktowy nacisk mechaniczny;
- wibracje całego ciała lub poszczególnych jego części;
- działanie niskich temperatur na całe ciało lub poszczególne jego części;
- zbyt krótki czas przeznaczony na odpoczynek i regenerację

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”.

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 wpływa 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.

Alternatywne świadczenia

Nie dotyczy.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego:

Podsumowanie opinii ekspertów klinicznych:

- Programy w ramach monitorowania skutków powinny uwzględniać skalę jakości życia, dodatkowo ocena powinna być prowadzona po 5-10 latach,
- Zaletą Projektów jest kompleksowe podejście do problemu zdrowotnego,
- 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 pogłębią 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 samodzielna 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.

Podsumowanie opinii eksperckich z zakresu zapobiegania i profilaktyki chorób mięśniowo – szkieletowych:

- programy profilaktyczne z zakresu MSD odgrywają bardzo istotną rolę w polityce zdrowotnej pod warunkiem, że są ukierunkowane na eliminację udokumentowanych czynników ryzyka.
- stosowane interwencje (np. rehabilitacja, leczenie uzdrowskowe, fizykoterapia) powinny być opisane w sposób szczegółowy, oraz zgodne z aktualnymi badaniami naukowymi
- podstawą programów profilaktycznych z zakresu MSD powinien być element edukacyjny (z zakresu zdrowego stylu życia), który powinien być dostosowany do głównego schorzenia, jakim objęty będzie program. Szczegółowe zagadnienia powinny być ustalone przez Konsultantów Wojewódzkich z zakresu neurologii, ortopedii, reumatologii i rehabilitacji
- programy profilaktyczne z zakresu MSD powinny być finansowane ze środków publicznych, ponieważ stanowią istotny problem społeczny ze względu na zdolność do pracy (niezdolność) obciążającą ZUS, NFZ, służbę zdrowia, niezależnie od wpływu na życie osobiste chorego związane z cierpieniem i utratą zdolności zarobkowania.
- w związku z faktem, że problem MSD jest bardzo wszechstronny, programy z tego zakresu muszą być realizowane (lub co najmniej koordynowane) przez ośrodki naukowe.
- jako wskaźniki monitorowania oraz oceny efektów PZ z zakresu MSD podano następujące wskaźniki: spadek ilości wizyt u lekarza i absencji w pracy, wpływ na zmniejszenie ilości rent, liczba uczestników pozytywnie oceniających szkolenie (w przypadku programów edukacyjnych), liczba pacjentów z wykrytymi nieprawidłowościami w stanie zdrowia dotyczącymi układu ruchu skierowanych do POZ, liczba osób uczestniczących w grupowych zajęciach ruchowych.
- należy pamiętać, że przeciążenie układu ruchu może towarzyszyć zarówno ciężkiej, jak i lekkiej pracy fizycznej - w tym pracy biurowej (powszechnie uważanej za bardzo lekką). Ponadto powszechnie występują bóle odcinka lędźwiowo-krzyżowego są one często związane ze stresem w miejscu pracy.
- PZ z zakresu MSD wynikających z niekorzystnego środowiska pracy w pierwszej kolejności powinny być ukierunkowane jedną grupę zawodową (najlepiej najliczniejszą i w miarę jednolitą np. pracownicy fizyczni pracujący w określonym narażeniu lub pracownicy biurowi), a następnie powinna zostać nawiązana współpraca z pracodawcami. Kolejny etap powinien zawierać następujące działania: rozpoznanie zagrożeń w konkretnych miejscach pracy (specjaliści z zakresu medycyny pracy w tym np. ergonomii), badania pracowników przez lekarza i/lub psychologa, opracowanie zaleceń naprawczych, szkolenia dla pracodawców i opracowanie dla nich materiałów informacyjnych.

Podsumowanie wytycznych z zakresu zapobiegania i profilaktyki chorób mięśniowo – szkieletowych:

- pracodawcy powinni współpracować ze specjalistami medycyny pracy. Umiejętnie zaplanowana i dostosowana do indywidualnych potrzeb rehabilitacja zawodowa może znacznie przyspieszyć powrót do pracy, wpłynąć pozytywnie na produktywność, morale i utrzymanie wysokiej efektywności pracy.
- pracodawca powinien wysłuchać skarg pracowników i wziąć je pod uwagę. gdy pracownik skarży się na złą organizację pracy lub, gdy wynik oceny warunków psychospołecznych jest niezadowolający, pracodawca jest zobowiązany do zastosowania odpowiednich środków zaradczych, najlepiej przy udziale samych pracowników.
- szybki powrót do pracy zapobiega przewlekłym bólom pleców.
- wyposażenie miejsca pracy powinno dawać się regulować zależnie od indywidualnych potrzeb pracownika.
- zaleca się unikać ręcznego przenoszenia przedmiotów, należy stosować (w miarę możliwości) odpowiedni sprzęt.
- należy wdrożyć regularnie uaktualniane regulaminy bhp dotyczące wszystkich aspektów codziennej pracy.
- należy pamiętać, że problem MSD dotyczy pracowników w każdym wieku.
- odpowiednie zaprojektowanie stanowisk pracy wspomaga proces rehabilitacji. Proste zmiany w zakresie organizacji pracy, takie jak wprowadzenie elastycznego czasu pracy, pozwolą zapobiegać pogorszeniu stanu zdrowia pracowników z MSD i pomogą im w powrocie do pracy.
- psychologiczne wymagania pracy powinny być zgodne z możliwościami pracownika - możliwości pracownika są określone głównie poprzez jego doświadczenie, zdolności i umiejętności, które z kolei zależą od poziomu wykształcenia i przeszkolenia zawodowego, a także stażu pracy.
- odpowiednio wcześnie należy zasugerować przełożonemu dostosowanie warunków pracy do twojego stanu zdrowia, oraz zaangażować rodzinę w kontynuowanie pracy i proces rehabilitacji.
- należy robić sobie przerwy przy wykonywaniu powtarzalnych lub czasochłonnych zadań i pracy w niewygodnej pozycji.
- lekarze ogólni powinni doskonalić swoją wiedzę w zakresie medycyny pracy i wspierać wdrażanie systemu stopniowego powrotu do pracy.
- lekarze ogólni powinni wspierać stabilne zatrudnienie pracowników cierpiących na MSD i kierować ich do odpowiednich specjalistów tak szybko, jak to możliwe.
- główną zasadą rehabilitacji chorych na RZS i ZZSK jest kompleksowość postępowania, tj. łączenie fizykoterapii, kinezyterapii, zaopatrzenia ortopedycznego, edukacji oraz zaspokajania potrzeb psychosocjalnych.
- rehabilitacja ma równoważne znaczenie względem farmakoterapii, obie te metody powinny być łączone.

- program rehabilitacji powinien być indywidualnie dostosowywany do potrzeb danego pacjenta.
- postępowaniem z wyboru w obu jednostkach chorobowych jest rehabilitacja z użyciem krioterapii (krioterapia ogólna i miejscowa, ćwiczenia w odciążeniu stawów, ćwiczenia indywidualne, ćwiczenia przyrządowe). W przypadku nieskuteczności rehabilitacji z użyciem krioterapii lub przy obecnych przeciwwskazaniach do tej formy leczenia, należy zastosować tradycyjną rehabilitację (ćwiczenia w odciążeniu stawów w basenie, ćwiczenia indywidualne, ćwiczenia przyrządowe, elektroterapia, magnetoterapia).
- kompleksowa rehabilitacja bez względu na stosowane metody powinna być uzupełniona o elementy szkolenia w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem.
- rehabilitacja bez względu na metodę jest dobrym środkiem poprawiającym ocenę aktualnej zdolności do pracy oraz ocenę własnych możliwości w stosunku do fizycznych wymagań wykonywanego zawodu. W związku z czym, rehabilitacja ta jest zalecana szczególnie osobom aktywnym zawodowo, z przewlekłymi chorobami narządu ruchu, w celu utrzymania ich w zatrudnieniu.

Podsumowanie odnalezionych wtórnych dowodów naukowych z zakresu zapobiegania i profilaktyki chorób mięśniowo – szkieletowych:

- nie odnotowano opartych na dowodach naukowych programów ćwiczeń fizycznych dla zawodowych muzyków orkiestrowych. Zaleca się przystosowanie programów ćwiczeń innych grup pracowniczych również dla grupy muzyków.
- nie wykazano stałego związku między innymi niż karcinogenne czynnikami a MSD, wynikającymi z niekorzystnych warunków pracy strażaków. Nie ma wystarczających dowodów epidemiologicznych na związek między pracą przy komputerze a MSD, w szczególności zespołu cieśni nadgarstka. Nie udokumentowano także skutecznych interwencji w zapobieganiu MSD wśród osób korzystających z komputera.
- brak jest rzetelnych badań epidemiologicznych występowania MSD wśród pracowników branży gastronomicznej.
- wtórne dowody naukowe wykazały tendencję zmniejszenia objawów ze strony układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników, wykonujących prace siedzące przez dłuższy czas, w przypadku skuteczności zastosowania ergonomicznych krzeseł.
- wykazano korzystny wpływ ćwiczeń fizycznych na ból, rekonwalescencję, funkcjonalność ruchową i zwolnienia chorobowe, oraz na dolegliwości ramienia lub szyi związanych z pracą, w porównaniu z masażem, przerwami od pracy za komputerem.
- niska jakość dowodów naukowych (brak RCT) wykazała, że ergonomiczne interwencje nie zmniejszały bólu w krótkim okresie obserwacji, ale miały korzystny wpływ na zmniejszenie bólu w długotrwałej obserwacji.
- na podstawie umiarkowanych dowodów naukowych zaleca się stosowanie podłokietników u pracowników korzystających w dużej ilości z komputera.
- osoby cierpiące na ZCN mogą odnosić korzyści ze stosowania ergonomicznych klawiatur w porównaniu do klawiatur tradycyjnych, ponadto korzystanie z

ergonomicznych myszy przy zastosowaniu podłokietnika może redukować MSD szyi/barków.

- wykazano korzystny efekt rozciągania w zapobieganiu MSD wynikających z niekorzystnych warunków pracy.
- nie wyodrębniono żadnej pojedynczej strategii, która byłaby skuteczna dla wszystkich rodzajów prac przemysłowych w zapobieganiu MSD. Słabej jakości dowody naukowe wskazują na skuteczność zastosowania mechanicznych rozwiązań ergonomicznych.
- brak jest wystarczających dowodów z randomizowanych badań klinicznych określających, czy ergonomiczne wyposażenie lub prawidłowa pozycja wpływają korzystnie lub szkodliwie na proces leczenia ZCN.
- narażenie zawodowe na nadmierne wibracje, zwiększoną siłę działającą na dłonie i powtarzalność ruchów zwiększają ryzyko wystąpienia ZCN. Należy wdrożyć w miejscu pracy odpowiednie strategie przeciwdziałające występowaniu ZCN.
- brakuje przekonujących dowodów, że ciężka praca fizyczna, niska wydolność, wiek oraz niski status wykształcenia są czynnikami ryzyka niezdolności do pracy w kontekście RZS.
- wykazano, że 60% publicznych środków finansowych w warunkach hiszpańskich przekazywanych na refundację zabiegów fizjoterapeutycznych w leczeniu NP, BP i SP w placówkach prywatnych, wydawanych jest na interwencje nieskuteczne, zabiegi które nie mają wystarczających dowodów na skuteczność bądź jej brak.
- szacuje się, że w Unii Europejskiej bezpośrednio koszty MSD dochodzą do 2% PKB. Koszty związane z bólem pleców europejskiej siły roboczej to ponad 12 mld € rocznie, natomiast RZS to ok. 45 mld € rocznie. Ponadto szacuje się, że w Wielkiej Brytanii, "MSD i choroby stawów" kosztowały NHS 186 mln funtów w 2008 roku, podczas gdy koszty opieki zdrowotnej związane z reumatoidalnym zapaleniem stawów wynosiły 560 milionów funtów rocznie, dochodząc do 1,8 mld funtów przy uwzględnieniu utraty zatrudnienia czy zwolnienia chorobowego. Również w Wielkiej Brytanii, zostało obliczone, że w roku 1998 koszty opieki zdrowotnej, opieki nieformalnej i straty produkcyjne z powodu bólu pleców wyniosły 10,67 miliardów funtów. W Holandii, roczny koszt szkód wynikających z długotrwałego obciążenia związanego z pracą to 2,1 mld €, podczas gdy roczne koszty RZS zostały oszacowane na 1,6 mld € w Irlandii i 2 mld € w Hiszpanii.

Wnioski z oceny projektu programu zdrowotnego województwa kujawsko-pomorskiego:

Program dotyczy istotnego problemu zdrowotnego i społecznego – profilaktyka chorób układu mięśniowo- szkieletowego – wpisuje się więc w priorytet zdrowotny „zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego”, należącego do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21.08.09 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126). Stwierdzić jednak należy fakt, że program nie dotyczy dobrze zdefiniowanego i dobrze opisanego jednego problemu zdrowotnego. Dotyczy w zasadzie wszystkich chorób MSD, których zdefiniowano kilkadziesiąt. Na ten fakt zwrócili uwagę eksperci opiniujący program. Zaznaczono, że należałoby skoncentrować się tylko na jednym rodzaju schorzenia i uzasadnić jego wybór w odniesieniu do mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego.

Zauważyć należy fakt, że duża część programu (m. in. opis problemu zdrowotnego, uzasadnieniu potrzeby wdrażania programu, dowody skuteczności, analiza ekonomiczna) są zaczerpnięte (w zasadzie skopiowane) z raportu Zheltoukhova i wsp. z 2011: Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a rynek pracy w Polsce z którego przekopiowano praktycznie całą część teoretyczną. Jedne z ekspertów zauważył, że program nie posiada cech ani programu rozpoznawczego, profilaktycznego, ani interwencyjnego. Zawiera zbyt dużo niepotrzebnej treści, przygotowany jest niestarannie.

Autorzy projektu w części 4h bardzo dokładnie opisują skuteczność kliniczną interwencji mających zastosowanie w profilaktyce MSD, jednak sami proponują bardzo ogólnie przedstawione działania (porada lekarska, porada psychologa, ćwiczenia rehabilitacyjne, RTG wg wskazań kręgosłupa lub kolan), edukacja. Z treści programu nie wynika jakie dokładnie interwencje i w jakim wymiarze, zostaną zastosowane w przypadku konkretnych już schorzeń. Zauważyć należy, że część praktyczna programu (interwencje, monitorowanie) zostały opisane w sposób bardzo pobieżny i ogólnikowy. Jedynie w przypadku ćwiczeń fizycznych określono, że osoby z dolegliwościami bólowymi, bez wykrytych nieprawidłowości wezmą udział w grupowych zajęciach ruchowych, które odbywały się będą dwa razy w tygodniu po 60 minut przez okres 3 miesięcy. Stwierdzić należy, że wtórne dowody naukowe wykazały korzystny wpływ ćwiczeń fizycznych na odczuwanie bólu, rekonwalescencję, funkcjonalność ruchową, oraz na dolegliwości ramienia lub szyi związanych z pracą, w porównaniu z masażem, przerwami od pracy za komputerem. Wnioskodawca nie zaznaczył jakie dolegliwości bólowe (których części ciała?) podlegać będą ćwiczeniom fizycznym. 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.

Jako wskaźniki monitorowania mogłyby zostać zastosowane spadek ilości wizyt u lekarza i absencji w pracy, wpływ na zmniejszenie ilości rent, liczba uczestników pozytywnie oceniających szkolenie (w przypadku programów edukacyjnych), liczba pacjentów z wykrytymi nieprawidłowościami w stanie zdrowia dotyczącymi układu ruchu skierowanych do POZ, liczba osób uczestniczących w grupowych zajęciach ruchowych.

Cel główny jest źle sformułowany, ponieważ nie bardzo wiadomo jakie kryteria wyznaczałyby wczesne wykrycie oraz dlaczego wybór populacji docelowej to osoby pracujące w wieku 35-54 lat. Ponadto nie może zostać zrealizowany w oparciu o krótkie przesiewowe badanie lekarskie i konsultacje psychologiczne.

Nie podano dokładnych kompetencji koordynatora programu, a zauważyć należy fakt, że jest odpowiedzialny jest za szereg istotnych elementów programu takich jak szkolenia dla lekarzy, pracodawców, przygotowanie materiałów edukacyjnych, oraz nadzór merytoryczny. Nie wskazano jaka będzie rola jednostek podstawowych służby medycyny pracy w programie, nie wskazano jaki będzie zakres szkoleń dla lekarzy medycyny pracy, balneologii, neurologów i brak jest opisanej roli wymienionych specjalistów w projekcie.

Brakuje informacji ile osób podlegałoby włączeniu do programu. Wnioskodawca wskazuje na następujące kryteria kwalifikacji do programu:

- osoby narażone na wysiłek fizyczny, (niedostosowanie ergonomiczne stanowiska pracy do rodzaju wykonywanych czynności zawodowych i możliwości oraz cech antropometrycznych pracownika), konieczność ręcznego przemieszczania ciężarów, wykonywanie pracy w pozycji wymuszonej, wykonywanie ruchów monotypowych, powtarzalnych, nadmierny długotrwały ucisk na tkanki i elementy tworzące narząd

ruchu, pracę w zmiennych warunkach mikroklimatycznych, wibrację, przewlekły stres powodujący m.in. wzrost napięcia mięśni.

- wyłączone z udziału w programie zostaną osoby, które leczą się z powodu chorób mięśniowo - szkieletowych. podstawą tak zdefiniowanych czynników ryzyka kwalifikować się może właściwie każda osoba pracująca

Wnioskodawca zakłada dwa warianty realizacji programu. Pierwszy wariant finansowany będzie ze środków województwa kujawsko pomorskiego, oraz samorządów terytorialnych. Brakuje jednak informacji czy, i które jst zgłosiły chęć partycypowania w kosztach programu. Jedne z ekspertów opiniujących program zauważył, że ze względu na brak wiarygodnego uzasadnienia zakresu pracy, nie bardzo można odnieść się do planowanych kosztów. Inny z kolei ekspert napisał, że koszty badań są nieproporcjonalnie wysokie w stosunku do spodziewanych wyników. Ponadto ciężko odnieść się do tak przygotowanego kosztorysu, ponieważ z treści programu w ogóle nie wynika co i w jakim wymiarze zostanie zaproponowane populacji objętej programem.

Drugi wariant zakłada finansowanie w całości ze środków Unii Europejskiej z programu Kapitał Ludzki. Najprawdopodobniej wnioskodawca ma na względzie finansowanie ze środków unijnych Regionalnych Profilaktycznych Programów Zdrowotnych w ramach nowej perspektywy finansowej Polityki Spójności na lata 2014-2020. Koncepcje koordynacji i wsparcia merytorycznego w tym względzie są w trakcie ustaleń pomiędzy polskim Ministerstwem Zdrowia a Komisją Europejską. Planowane jest powołanie Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, który to komitet będzie koordynował i wstępnie weryfikował projekty takich programów zdrowotnych, zanim trafią one do Agencji celem ich zaopiniowania. W związku z powyższym na tym etapie nie jest możliwe odniesienie się przez AOTM do wariantu II finansowania programu woj. kujawsko-pomorskiego.

Eksperci, do których wystąpiono z prośbą o opinię, uznali, że program w obecnej formie nie powinien być finansowany. Jeden zaznaczył, że należy projekt napisać od nowa. Pierwszym problemem jest odpowiedzenie na pytanie czy choroby mięśniowo szkieletowe są problemem w województwie kujawsko-pomorskim, jakie dominują rozpoznania, jakie grupy społeczne (urzędnicy, robotnicy, chłopi), w jakich zakładach, a więc do kogo adresować program. Ponadto uznano, że beneficjentem programu powinni być pracodawcy i to w głównej mierze do nich prowadzony powinien być program.

Eksperci do których wystąpiono z prośbą o opinię uznali, że program w obecnej formie nie powinien być finansowany. Jeden zaznaczył, że „należy projekt napisać od nowa. Pierwszym problemem jest odpowiedzenie na pytanie czy choroby mięśniowo szkieletowe są problemem w województwie kujawsko-pomorskim, jakie dominują rozpoznania, jakie grupy społeczne (urzędnicy, robotnicy, chłopi), w jakich zakładach, a więc do kogo adresować program”. Ponadto uznano, że beneficjentem programu powinni być pracodawcy i to w głównej mierze do nich prowadzony powinien być program.

W odniesieniu do wytycznych zauważyć należy, że pracodawcy powinni współpracować ze specjalistami medycyny pracy. Umiejętnie zaplanowana i dostosowana do indywidualnych potrzeb rehabilitacja zawodowa może znacznie przyspieszyć powrót do pracy, wpłynąć pozytywnie na produktywność, morale i utrzymanie wysokiej efektywności pracy.

Większość odnalezionych przeglądów systematycznych podkreśla brak dobrze zaprojektowanych badań RCT na podstawie można by było wydawać jednoznaczne rekomendacje. Wtórne dowody naukowe wskazują jednak na potencjalną skuteczność następujących interwencji:

- zastosowanie ergonomicznych krzeseł u pracowników biurowych, szczególnie w długim okresie obserwacji
- zastosowanie ćwiczeń fizycznych na dolegliwości bólowe ramienia lub szyi związanych z pracą oraz, rekonwalescencję i funkcjonalność ruchową u pracowników powracających do pracy
- zastosowanie ergonomicznych klawiatur w profilaktyce ZCN
- zastosowanie ergonomicznych myszy przy zastosowaniu podłokietnika może redukować MSD szyi/barków
- wykazano korzystny efekt rozciągania w zapobieganiu MSD wynikających z niekorzystnych warunków pracy.

Przy tak szerokiej grupie potencjalnych beneficjentów programu (chorzy z MSD), stwierdzić należy, że nie wyodrębniono żadnej pojedynczej strategii, która byłaby skuteczna dla wszystkich rodzajów prac przemysłowych w zapobieganiu MSD. Słabej jakości dowody naukowe wskazują na skuteczność zastosowania mechanicznych rozwiązań ergonomicznych. Projekt nie przewiduje jednak zastosowania interwencji ergonomicznych.

Wydaje się, że zaplanowana edukacja w zakresie zdrowego stylu życia powinna przynieść efekty, ale będą one bardzo zróżnicowane w zależności od podstawowego zespołu chorobowego. Zakładając, że do planowanego programu zgłoszą się osoby, które dotychczas z powodu występujących dolegliwości nie zgłaszały się do lekarza planowane ćwiczenia powinny przynieść przynajmniej częściowe zmniejszenie dolegliwości, ale w założeniu te ćwiczenia powinny być zróżnicowane w zależności od podstawowego schorzenia. Nie wiadomo jednak czego dotyczyć będą przewidziane szkolenia dla lekarzy i pracodawców, jedne z ekspertów zauważył wręcz, że brakuje uzasadnienia dla szkolenia lekarzy i pielęgniarek, ponieważ te grupy zawodowe powinny posiadać niezbędną wiedzę.

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, ale zbyt rozległego problemu zdrowotnego, ponadto realizuje priorytety Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015.
- II. Dostępność działań programu dla beneficjentów – program adresowany jest do grupy osób w wieku 35-54 z terenu woj. kujawsko – pomorskiego, którzy spełniają następujące kryteria: osoby narażone na wysiłek fizyczny, (niedostosowanie ergonomiczne stanowiska pracy do rodzaju wykonywanych czynności zawodowych i możliwości oraz cech antropometrycznych pracownika), konieczność ręcznego przemieszczania ciężarów, wykonywanie pracy w pozycji wymuszonej, wykonywanie ruchów monotypowych, powtarzalnych, nadmierny długotrwały ucisk na tkanki i elementy tworzące narząd ruchu, pracę w zmiennych warunkach mikroklimatycznych, wibrację, przewlekły stres powodujący m.in. wzrost napięcia mięśni. Wyłączone z udziału w programie zostaną osoby, które leczą się z powodu chorób mięśniowo - szkieletowych. podstawą tak zdefiniowanych czynników ryzyka kwalifikować się może właściwie każda osoba pracująca

- III. Skuteczność działań – w programie nie odniesiono się do skuteczności proponowanych działań. Zawarto dużą część teoretyczną na temat skuteczności różnych interwencji w MSD, jednak nie mają one związku z działaniami proponowanymi w programie.
- IV. W Projekcie podjęto próbę oszacowania kosztów realizacji Programu. Jedną zaprezentowano dwa warianty i nie wiadomo który z nich będzie zastosowany.
- V. W Programie nie opisano monitorowania i ewaluacji.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: AOTM-OT-441-86/2014 „Zdolni do pracy - wczesne wykrywanie chorób układu mięśniowo – szkieletowego w województwie kujawsko- pomorskim” realizowany przez: Województwo Kujawsko-Pomorskie, Warszawa, sierpień 2014 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy zdrowotne w zakresie zapobiegania chorobom mięśniowo-szkieletowym oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, sierpień 2014.