



**Rekomendacja nr 70/2025  
z dnia 31 października 2025 r.  
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań  
przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej  
oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki  
przewlekłych bólów kręgosłupa**

**Prezes Agencji rekomenduje** przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej działań edukacyjnych nakierowanych na profilaktykę pierwotną przewlekłych bólów kręgosłupa skierowanych do populacji ogólnej, działań szkoleniowych w zakładach pracy z zakresu zasad ergonomii w miejscu pracy, interwencji diagnostycznych i fizjoterapeutycznych opartych przede wszystkim na działaniach rehabilitacyjnych dla osób z bólem kręgosłupa trwającym nieprzerwanie powyżej trzech miesięcy, a także prowadzenie szkoleń dla personelu medycznego.

**Prezes Agencji nie rekomenduje** wykonywania w ramach programów polityki zdrowotnej zabiegów fizykalnych u pacjentów z bólem kręgosłupa oraz stosowania technik obrazowania w diagnostyce bólów kręgosłupa przy braku dodatkowych objawów.

#### **Uzasadnienie**

Niniejsza rekomendacja stanowi aktualizację Rekomendacji nr 4/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa zgodnie z art. 48aa ust. 8. Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zespoły bólowe kręgosłupa są jedną z najczęstszych przypadłości człowieka i choć nie stanowią zagrożenia życia, to są istotnym problemem współczesnej medycyny. W Polsce, trzecim w kolejności problemem zdrowotnym jest ból dolnego odcinka kręgosłupa.

Prezes Agencji biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości, odnalezione dowody naukowe, opinie ekspertów klinicznych, obowiązujące przepisy prawa oraz dane epidemiologiczne, zaleca przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej (PPZ):

- działań edukacyjnych ze szczególnym uwzględnieniem sposobów zapobiegania przewlekłym bólom kręgosłupa oraz zasad postępowania w przypadku ich wystąpienia, skierowanych do populacji ogólnej ze szczególnym uwzględnieniem populacji wysokiego ryzyka;
- szkoleń personelu medycznego, w zakresie zalecanym przez rekomendacje, dotyczącym metod profilaktyki, diagnozowania, różnicowania i rehabilitacji przewlekłych bólów kręgosłupa,
- szkoleń w zakładach pracy z zakresu zasad ergonomii w miejscu pracy<sup>1</sup>;
- interwencji diagnostycznych i fizjoterapeutycznych, skierowanych do osób z przewlekłymi bólami kręgosłupa, które występują od co najmniej 3 miesięcy.

Dane epidemiologiczne potwierdzają celowość realizacji działań profilaktycznych w zakresie profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa. Ocenia się, że wskaźnik zapadalności wynosi 20-30%. Częstość występowania zespołu bólowego kręgosłupa (dalej ZBK) zwiększa się po 30 r.ż. i osiąga maksimum w wieku 55-64 lat.

W wytycznych wskazuje się, że ważnym elementem powinna być edukacja w zakresie zasad ergonomii w życiu codziennym. W bólu ostrym zaleca się zapewnienie komfortu, edukację (w tym zachęcanie do nieograniczania aktywności ruchowej) oraz farmakoterapię. Rekomenduje się indywidualne

<sup>1</sup> Z wyłączeniami określonymi w rozdziale 5.

podejście do pacjenta i doboru sposobu terapii ze względu na rodzaj/fenotyp bólu lub zgodnie z modelem biopsychospołecznym.

Eksperti kliniczni potwierdzają zasadność prowadzenia działań profilaktycznych nakierowanych na przewlekłe bóle kręgosłupa. Podkreślają istotność zapewnienia szeroko rozumianej edukacji oraz działań fizjoterapeutycznych.

Niniejsza rekomendacja obejmuje zarówno etapy realizowane przez podmiot wdrażający projekt programu polityki zdrowotnej, jak i te przeprowadzane przez jego realizatora. Szczegóły przedstawiono w dalszej części poświęconej warunkom realizacji programu.

## 1. Problem zdrowotny i epidemiologia

Bóle kręgosłupa to ogólny termin odnoszący się do bólu odczuwanego po stronie grzbietowej, wzdłuż osi pionowej ciała. Ból może pojawić się w każdym odcinku kręgosłupa, jednak w większości przypadków zlokalizowany jest w odcinku lędźwiowo-krzyżowym (tzw. ból krzyża). Jest to dolegliwość niezwykle powszechna (doświadcza jej niemal każda osoba dorosła), przez co stała się problemem cywilizacyjnym, szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych.

Najczęściej występuje ból nieswoisty (biomechaniczny), czyli taki, któremu nie da się przypisać konkretnego czynnika lub czynników sprawczych. Z reguły nie oznacza poważnej choroby i mija bez leczenia, aczkolwiek ma tendencję do nawrotów. Przebieg występowania bólu kręgosłupa może mieć charakter: ostry (trwa około 4-6 tygodni), podostry (upośledza wykonywanie czynności przez ponad 6 tygodni, ale nie dłużej niż 3 miesiące), przewlekły (trwa ponad 3 miesiące) i nawrotowy. Ból nawrotowy jest bólem ostrym i pojawia się po okresie bezobjawowym u pacjentów, którzy w przeszłości doświadczali epizodów bólowych w podobnej lokalizacji.

Do czynników środowiskowych zwiększających ryzyko występowania bólów kręgosłupa zalicza się palenie tytoniu, cukrzycę, choroby naczyń krwionośnych oraz infekcje, a także podeszły wiek, przewlekły stres, depresję, nadwagę, słabą kondycję fizyczną. Uważa się, że przyczyny biomechaniczne, związane ze statycznym i dynamicznym przeciążaniem aparatu stawowo-więzadłowego kręgosłupa, odgrywają najistotniejszą rolę w powstawaniu zespołów bólowych. Najważniejsze mechaniczne czynniki ryzyka to:

- podnoszenie dużych ciężarów lub częste dźwiganie,
- poddawanie ciała działaniu wibracji (jazda samochodem),
- częste wykonywanie ruchów pochylania lub skręcania tułowia oraz długotrwałe przyjmowanie niewygodnych pozycji.

Szczególną rolę ogrywa szkodliwe działanie nieprawidłowej postawy w pozycji siedzącej, która związana jest z utrzymywaniem zgięcia lędźwiowego i piersiowego odcinka kręgosłupa.

Ogromny wpływ na zahamowanie procesu chorobowego ma tryb życia, przestrzeganie zasad profilaktyki oraz leczenie zachowawcze. Istotnym jest prowadzenie aktywnego trybu życia dla zachowania odpowiedniej masy ciała, siły mięśniowej oraz utrzymania zakresów ruchu w stawach. Znajomość oraz stosowanie zasad ergonomii w pracy oraz podczas wykonywania codziennych czynności pomaga uniknąć przeciążeń kręgosłupa. Leczenie zachowawcze powinno zawierać kompleksowe leczenie fizjoterapeutyczne, psychoterapię, edukację oraz elementy farmakoterapii.

Częstość występowania ZBK zwiększa się po 30 r.ż. i osiąga maksimum w wieku 55-64 lat. Zespół występuje z porównywalną częstością u kobiet i mężczyzn, przy czym wraz z wiekiem obserwuje się jego częstsze występowanie u kobiet. ZBK występuje najczęściej u osób wykonujących zawody fizyczne. Ocenia się, że nowe przypadki w skali rocznej stanowią 20-30%.

Ból dolnego odcinka kręgosłupa jest najczęstszą przyczyną ograniczeń w wykonywaniu czynności życia codziennego i pracy zawodowej oraz okresowej lub długoterminowej niepełnosprawności osób poniżej 45 r.ż. Uważa się, że w przypadku przerwy w pracy dłuższej niż 6 miesięcy do aktywności zawodowej wraca 50%. W przypadku osób nie pełniących obowiązków zawodowych powyżej 12 miesięcy, do aktywności zawodowej wraca jedynie 25% pacjentów.

W ramach opracowania Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, przeprowadzono analizę w zakresie problemów zdrowotnych na podstawie ich wartości lat życia skorygowanych niesprawnością DALY (ang. Disability Adjusted Life-Years) na 100 tys. ludności w 2019 r. W przypadku Rzeczypospolitej Polskiej trzecim w kolejności problemem zdrowotnym, które odznaczał się najwyższymi wartościami wskaźnika DALY wskazano ból dolnego odcinka kręgosłupa.

W 2019 r. wartość wskaźnika lat przeżytych w niesprawności YLD (ang. Years Lived with Disability/Years Lost due to Disability) dla Rzeczypospolitej Polskiej wyniosła blisko 5 mln (wartość bezwzględna). Za 81% przedstawionej wartości odpowiadała grupa chorób niezakaźnych, wśród których 1/5 stanowiły choroby układu mięśniowo-szkieletowego (przede wszystkim ból dolnego odcinka kręgosłupa).

Zgodnie z Bazą Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASIW) inne choroby kręgosłupa (ICD-10: M48), inne choroby grzbietu niesklasyfikowane gdzie indziej (ICD-10: M53) oraz bóle grzbietu (ICD-10: M54) były w 2023 roku przyczyną 9 374 923 dni absencji chorobowej w pracy.

Zgodnie z wynikami przeprowadzonych badań ankietowych w 2019 roku najczęściej występującymi chorobami i dolegliwościami przewlekłymi osób dorosłych (co najmniej 15 lat) były: wysokie ciśnienie krwi (niemal 27%) oraz bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości pleców (blisko 26%).

## 2. Omówienie rekomendacji klinicznych, ekonomicznych i zaleceń organizacyjnych w odniesieniu do ocenianej technologii

W ramach aktualizacji odnaleziono i włączono do analizy rekomendacje/wytyczne o jasno określonej metodologii ich przygotowania wydane przez: The Back Pain Consortium (BACPAP 2024), World Health Organization (WHO 2023), Department of Veterans Affairs, Department of Defense (VA/DoD 2022), American Physical Therapy Association (APTA 2021). Ponadto ujęto także wytyczne z poprzedniej rekomendacji wydane przez: North American Spine Society (NASS 2020), Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI 2018), Polskie Towarzystwo Fizjoterapii/ Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej/ Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (PTF/PTMR/KLR 2017), Institute of Health Economics (IHE 2017), American College of Physicians (ACP 2017), Deutsches Ärzteblatt International (DAI 2017), The Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE 2017), American Physical Therapy Association (APTA 2017), Ontario Protocol for Traffic Injury Management Collaboration (OPTIMa 2017, 2016), National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2016), The Italian Society of Physical and Rehabilitation Medicine (SIMFER 2013), Guideline Working Group (GWG 2012).

Podsumowanie najważniejszych informacji z włączonych do analizy wytycznych postępowania.

### Edukacja

- Edukacja pacjentów z przewlekłym bólem pleców zalecana jest jako część interwencji wielokomponentowej (BACPAP 2024, WHO 2023, APTA 2021).
- Według organizacji VA/DoD nie ma wystarczających dowodów na skuteczność takich interwencji, jednak nie są też odradzane (VA/DoD 2022).
- W większości zaleceń zaznacza się, że ważnym elementem powinna być edukacja w zakresie zasad ergonomii w życiu codziennym. Istotne jest również pozyskanie wiedzy na temat ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas codziennych czynności, a tym samym eliminowanie czynników podtrzymujących ryzyko nawrotu dolegliwości i rozwijanie przydatnych strategii ruchowych (ICSI 2018, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, DAI 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017, NICE 2016).
- W bólu ostrym zaleca się zapewnienie komfortu, edukację (w tym zachęcanie do nieograniczania aktywności ruchowej) oraz farmakoterapię. Specjalista powinien odradzać pacjentowi długoterminowe przebywanie w łóżku (nie dłużej niż 1-2 dni) (NASS 2020, ICSI 2020, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, DAI 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017).

### Interwencje fizjoterapeutyczne

- Do zalecanych interwencji należą: ustrukturyzowane programy (ćwiczeń), terapie igłowe, masaże (WHO2023, VA/DoD 2022), terapia manipulacyjna kręgosłupa (WHO2023, VA/DoD 2022, APTA 2021), ćwiczenia fizyczne na mięśnie tułowia, ogólny trening fizyczny czy metoda neuromobilizacji (APTA 2021).
- W bólu przewlekłym odradza się stosowania intensywniejszych zabiegów fizykalnych (np. laser wysokoenergetyczny, fala uderzeniowa czy elektrostymulacja). Zaleca się natomiast nadzorowaną terapię ruchową, terapię behawioralną oraz masaż ukierunkowany na normalizację napięcia spoczynkowego mięśni i poprawę ich trofiki (ICSI 2018, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017).
- Do rekomendowanych interwencji z zakresu fizykoterapii i fizjoterapii u osób z przewlekłym bólem dolnego odcinka pleców należą:
  - ustrukturyzowana terapia lub program (WHO 2023, VA/DoD 2022);
  - terapie igłowe, jak akupunktura (WHO 2023) lub w połączeniu z innymi terapiami (APTA 2021);
  - terapia manipulacyjna kręgosłupa (WHO 2023, VA/DoD 2022, APTA 2021);
  - masaż (WHO 2023) lub mobilizacja tkanek miękkich w połączeniu z innymi terapiami (APTA 2021);
  - ćwiczenia fizyczne ukierunkowane na wzmocnienie mięśni tułowia (APTA 2021);
  - ogólny trening fizyczny (APTA 2021);

- metoda neuromobilizacji w połączeniu z innymi metodami terapii (APTA 2021).
- Organizacje odradzają stosowania metod/technik, w rutynowej opiece osób z bólem dolnej części pleców, takich jak:
  - trakcja kręgosłupa (WHO 2023, APTA 2021);
  - terapia z użyciem ultradźwięków (WHO 2023);
  - terapia z wykorzystaniem przezskórnej elektrycznej stymulacji nerwów TENS (WHO 2023);
  - ortezy, pasów i/lub podpórek lędźwiowych (WHO 2023).
- Większość wytycznych jest zgodna, że brakuje dostatecznych dowodów wskazujących na celowość rutynowego oferowania technik obrazowania w diagnostyce bólów krzyża (NASS 2020, ICSI 2018, IHE 2017, DAI 2017, KCE 2017, NICE 2016).
- Niektóre rekomendacje wskazują, że terapia manualna kręgosłupa (spinal manipulative therapy; SMT) może być brana pod uwagę w leczeniu bólu i wpływać na poprawę funkcjonalną u pacjentów z ostrym lub przewlekłym bólem krzyża (NASS 2020, ICSI 2018, ACP 2017).

#### Interwencje multikomponentowe

- Wszystkie odnalezione rekomendacje wskazują na możliwość dodania interwencji psychologicznych u osób z przewlekłym bólem dolnego odcinka pleców, jednak nie ma jednoznacznej zgodności co do konkretnych metod (BACPC 2024, WHO 2023, VA/DoD 2022, APTA 2021).
- Terapia poznawczo-behawioralna jest zalecana w połączeniu z ćwiczeniami fizycznymi i jest skuteczniejsza od samych ćwiczeń fizycznych w leczeniu bólu krzyża w ciągu 12 miesięcy. Pozwala ona też na szybszy powrót do pracy. Autorzy rekomendacji wskazują na brak dostatecznych dowodów wskazujących na skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej u pacjentów leczonych operacyjnie z powodu bólu krzyża (NASS 2020, IHE 2017, ACP 2017, DAI 2017, NICE 2016).
- Należy promować powrót do pracy lub normalnej, codziennej aktywności osobom z bólami krzyża (NASS 2020, IHE 2017, NICE 2016, GWG 2012). Klinicyści powinni doradzać pacjentom, aby kontynuowali zwykłą aktywność zgodnie z tolerancją bólu (ICSI 2018, IHE 2017, DAI 2017).

#### Podejście do pacjenta

- Rekomenduje się indywidualne podejście do pacjenta i doboru sposobu terapii ze względu na rodzaj/fenotyp bólu (BACPAP 2024) lub zgodnie z modelem biopsychospołecznym (WHO 2023, VA/DoD 2022).
- Podczas pierwszego kontaktu personelu medycznego z pacjentem zgłaszającym ból krzyża (z lub bez objawów neurologicznych), należy rozważyć wykorzystanie narzędzi do stratyfikacji ryzyka (np. kwestionariusza STarT Back) w celu podjęcia wspólnej decyzji co do dalszego sposobu postępowania („stratified management”) (IHE 2017, DAI 2017, NICE 2016).
- Wytyczne zaznaczają, że w przypadku, gdy u pacjenta występują somatyczne symptomy ostrzegawcze ("czerwone flagi"), powinno się wykonać dalsze badania obrazowe lub laboratoryjne lub skierować pacjenta do specjalisty (w zależności od przewidywanej diagnozy i stopnia pilności danego przypadku) (ICSI 2018, IHE 2017, DAI 2017).

### 3. Dowody naukowe

Do analizy włączono łącznie 40 przeglądów systematycznych/metaanaliz. Ze względu na liczbę odnalezionych badań pierwotnych analizowano dowody wtórne (przeglądy systematyczne i metaanalizy), które stanowią zbiorcze podsumowanie odnalezionych dowodów pierwotnych.

Poniżej przedstawiono kluczowe wnioski z analizy dowodów naukowych – dalsze szczegóły znajdują się w Raporcie Analitycznym Agencji.

#### 3.1 Wnioski z analizy dowodów naukowych

##### Edukacja

- Interwencje edukacyjno-doradcze wykazały istotny statystycznie wpływ na zmniejszenie poziomu bólu w przewlekłym pierwotnym bólu krzyża u osób dorosłych, średnio o MD=-1,1 [95%CI: (-1,63; -0,56)] (w skali 0-10). Jednakże w populacji osób starszych powyżej 60 r.ż. interwencja ta nie uzyskała istotnego statystycznie efektu (Southerst 2023).
- Interwencje edukacyjno-doradcze wykazały istotny statystycznie wpływ na zwiększenie poziomu jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym wśród osób z pierwotnym bólem krzyża średnio o MD=24,27 [95%CI: (12,93; 35,61)] (w skali 0-100) (Southerst 2023).
- Interwencje z zakresu edukacji na temat neurobiologii bólu istotnie statystycznie zmniejszyły natężenie bólu u osób z przewlekłym bólem szyi. Jednak jako dodatek do innych interwencji terapeutycznych edukacja nie wykazała dodatkowego, istotnie statystycznego, wpływu na ból (Li 2024).
- Telerehabilitacja jako zbiór interwencji, w tym edukacji, u osób z przewlekłym bólem szyi wykazała istotne statystycznie zmniejszenie poziomu bólu średnio o MD=-1,67 [95%CI: (-2,58; -0,75)] na skali 0-10 w porównaniu do braku interwencji. Natomiast nie wykazała istotnej statystycznie różnicy w porównaniu do bezpośredniej rehabilitacji (Valenza-Peña 2024).

##### Interwencje fizjoterapeutyczne

- Wykazano, że różne typy aktywności fizycznej lub ćwiczeń mogą przynieść krótkookresowe obniżenie poziomu odczuwanego bólu, w perspektywie do 3 miesięcy. Jednocześnie nie jest jednak możliwe wskazanie najlepszej formy ćwiczeń, z uwagi na brak istotnych statystycznie różnic między nimi. (Rasmussen-Bar 2023).
- Wykazano, że dowolna forma ćwiczeń lub aktywności fizycznej może zmniejszać szansę na wystąpienie epizodów bólowych u osób dorosłych – OR=0,49 [95%CI: (0,31; 0,76)] (Teichert 2023).
- Ćwiczenia izometryczne w porównaniu do innych typów ćwiczeń lub edukacji zdrowotnej istotnie statystycznie obniżały poziom bólu szyi o WMD=-0,81 [95%CI: (-0,88; -0,73)] na skali VAS (0-10) u osób dorosłych. Wykazano także, że niezależnie od czasu trwania interwencji oraz ilości sesji treningowych, ćwiczenia izometryczne istotnie statystycznie obniżają poziom odczuwanego bólu oraz stopień niepełnosprawności (Yang 2022).
- Wykazano, że ćwiczenia: siłowe, łączone, ćwiczenia core, umysłowo-fizyczne oraz pilates w porównaniu do braku interwencji lub standardowej opieki istotnie statystycznie zmniejszają poziom bólu wśród osób dorosłych z przewlekłym bólem krzyża (Fernández-Rodríguez 2022).
- Ćwiczenia rozciągające (stretching) w porównaniu do braku interwencji lub standardowej opieki nie wpływają istotnie statystycznie na poziom bólu wśród osób dorosłych z przewlekłym bólem krzyża (Fernández-Rodríguez 2022).
- Joga w porównaniu do braku ćwiczeń istotnie statystycznie zmniejsza poziom bólu wśród osób z przewlekłym, niespecyficznym bólem dolnej części pleców średnio o -4,53 [95%CI: (-6,61; -2,46)] pkt w 100 stopniowej skali. Jednakże w porównaniu do innych interwencji z aktywnością fizyczną joga wykazała istotnie statystycznie mniejszą skuteczność w redukcji bólu wśród osób z przewlekłym, niespecyficznym bólem dolnej części pleców (Wieland 2022).
- Wykonywanie ćwiczeń fizycznych przez pracowników istotnie statystycznie wpływa na redukcję ryzyka absenteizmu w pracy z powodu bólu pleców - RR=0,10 [95%CI: (0,01; 0,69)] (Ta 2023).

- Terapia ruchowa (w tym: ćwiczenia aerobowe, joga, rozciąganie itp.) istotnie statystycznie obniżała poziom bólu w okresie do 3 mies. o MD=-11,24 [95%CI: [-13,82; -8,66]] oraz w okresach obserwacji 6-12 tyg., 6 i 12 mies. o odpowiednio MD=-11,42 [95%CI: (-14,71; -8,14)], MD=-8,77 [95%CI: (-12,03; -5,51)] i -MD=-6,22 [95%CI: (-11,78; -0,66)] na skali 0-100 w porównaniu do standardowej opieki lub placebo (Hayden 2021).
- Trening izometryczny i kontroli motorycznej istotnie statystycznie zmniejszały poziom bólu o odpowiednio MD=-1,66 [95%CI: (-2,30; -1,01)] i MD=-2,44 [95%CI: (-3,10; -1,79)] u osób z przewlekłym bólem dolnego odcinka pleców (skala 0-10). Natomiast trening izotoniczny nie wykazał istotnego statystycznie wpływu na poziom bólu w porównaniu do kontroli (Sutanto 2022).

#### Interwencje multikomponentowe

- Terapia ruchowa połączona z edukacją zdrowotną wśród pacjentów z nieswoistym bólem pleców, w porównaniu do ćwiczeń lub edukacji zdrowotnej (jako osobnych interwencji), wpływa istotnie statystycznie na zmniejszenie bólu, niepełnosprawności i związanej z nim kinezyfobii (Hernandez-Lucas 2024a).
- Uczestnictwo osób z nieswoistym bólem pleców w programie „Szkoła Pleców” wpływa istotnie statystycznie na zmniejszenie bólu w odcinku lędźwiowym i niepełnosprawności w porównaniu do braku interwencji lub innych interwencji terapeutycznych (Hernandez-Lucas 2024b).
- Interwencje mające na celu zapobieganie bólom pleców wśród pracowników biurowych mogą prowadzić jedynie do niewielkich efektów w zakresie obniżenia intensywności bólu i nieobecności w pracy z tego powodu, co w niektórych kontekstach może być uznane za nieistotne w praktyce (Eisele-Metzger 2023).
- Interwencje biopsychospołeczne prowadzą do istotnego statystycznie zmniejszenia zarówno intensywności nieswoistego przewlekłego bólu pleców, jak i poziomu niepełnosprawności z tym związanej. Istotne statystycznie wyniki uzyskano dla okresów obserwacji wynoszących 1-3, 12 oraz 18-60 miesięcy (Hochheim 2023).
- Multikomponentowe metody zachowawcze mogą być bezpieczne i skuteczne w zmniejszaniu bólu u osób z niespecyficznym bólem szyi. Autorzy metaanalizy podkreślają, że otrzymane wyniki należy interpretować ostrożnie ze względu na niejasną pewność dowodów i ograniczenia analizy (Castellini 2022).

#### Czynniki ryzyka

- Wykazano, że wraz ze wzrostem czasu jaki pacjent spędza na zachowaniach sedentarnych dochodzi do zwiększenia szansy wystąpienia bólu szyi – OR=1,46 [95%CI: (1,33; 1,6)]. (Meng 2025).
- Czynniki ryzyka wystąpienia bólów szyi u studentów są: nieprawidłowe ułożenie poduszki podczas snu, brak aktywności fizycznej, niepoprawna postura podczas siedzenia, aktywność w późnych godzinach nocnych, długi czas spędzany przed urządzeniami elektronicznymi, czas utrzymywania głowy w pochyleniu, wysoki poziom stresu oraz historia urazów szyi i ramion (Gao 2023).
- Obecność u osób dorosłych tzw. zachowań sedentarnych, determinuje istotne statystycznie zwiększenie szansy wystąpienia bólów dolnego odcinka pleców - OR=1,24 [95%CI: (1,02; 1,5)] (Baradaran-Mahdavi 2021).
- Wykazano, że istotny statystycznie wpływ na szanse wystąpienia bólu pleców ma także spędzanie długiego czasu w aucie oraz w pozycji siedzącej – odpowiednio OR=2,03 [95%CI: (1,22; 3,36)] oraz OR=1,42 [95%CI: (1,09; 1,85)] (Baradaran-Mahdavi 2021).
- Obecność u pacjenta podwyższonej wartości BMI jest związane z istotnym statystycznie zwiększeniem szansy pojawienia się bólu dolnego odcinka pleców - OR=1,35 [95%CI: (1,14; 1,59)] (Baradaran-Mahdavi 2021).
- Brak aktywności fizycznej podczas czasu wolnego, jest związane z istotną statystycznie zwiększoną szansą wystąpienia bólów dolnego odcinka pleców - OR=1,15 [95%CI: (1,01; 1,31)] (Baradaran-Mahdavi 2021).

#### 4. Opcjonalne technologie medyczne i stan ich finansowania

W ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) dostępna jest m.in. porada specjalistyczna w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Dodatkowo w ramach AOS możliwe jest zlecenie badań diagnostycznych: RTG, TK lub MRI kręgosłupa.

Działania mające na celu diagnostykę oraz rehabilitację występujących już schorzeń zawarte są w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Na każdym pracodawcy spoczywa obowiązek zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy. Obejmuje on nie tylko przestrzeganie ogólnie uznawanych norm w tym zakresie, lecz również indywidualnych przeciwwskazań związanych ze stanem zdrowia lub osobniczymi skłonnościami pracownika. Obowiązek ten wynika z Konstytucji RP (art. 66), przepisów prawa międzynarodowego oraz z przepisów prawa pracy. Z kolei jego szczegółowy zakres określają przepisy ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy (Dz.U. 2019 poz. 1040 z późn. zm.) oraz przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy (Dz.U. z 2016 r., poz. 2067 z późn. zm.).

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) prowadzi cykliczną akcję „Środa z Profilaktyką” udostępniając na swoich stronach internetowych materiały informacyjne i edukacyjne dotyczące różnych problemów zdrowotnych. W zakresie przewlekłych bólów kręgosłupa, NFZ opublikował zarówno materiały edukacyjne oraz filmy instruktarzowe dotyczące zapobieganiu temu problemowi zdrowotnemu. Ponadto opracowano aplikację mobilną na telefony pod nazwą „Moje Fizjo+”. Aplikacja ta dedykowana jest osobom borykającym się z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa, barku i biodra. Celem aplikacji jest przedstawienie ćwiczeń poprawiających elastyczność i siłę mięśni, co w połączeniu z automasażem, ma złagodzić ból lub go całkowicie wyeliminować.

## **5. Rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania przeprowadzane w ramach programów polityki zdrowotnej skierowane do określonej populacji docelowej oraz warunki realizacji programów polityki zdrowotnej, dotyczące danej choroby lub danego problemu zdrowotnego oraz wskaźniki służące do monitorowania i ewaluacji**

Treści przedstawione w tej części rekomendacji zostały oparte o odnalezione dowody naukowe, wytyczne kliniczne, wnioski płynące z weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej z omawianego zakresu oraz opinie ekspertów. Rekomendowane przez Prezesa Agencji technologie medyczne/działania wraz z warunkami ich realizacji oraz sposobem monitorowania i ewaluacji zostały przygotowane z uwzględnieniem obowiązującego wzoru programu polityki zdrowotnej.

Opracowane modelowe rozwiązanie stanowi optymalne i uniwersalne rozwiązanie możliwe do wdrożenia przez jednostkę samorządu terytorialnego na dowolnym szczeblu. Niemniej jednak w celu dostosowania rozwiązań do potrzeb i możliwości jednostek samorządu terytorialnego, w poszczególnych elementach programu przedstawiono kilka wariantów rozwiązań, lub ramy, w jakich poruszać się można przy realizacji programu. Ostateczny kształt programu polityki zdrowotnej ustalany powinien być przez decydentów planujących realizację programu.

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.) oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2476).

### **5.1 Uzasadnienie wprowadzenia PPZ**

#### **5.1.1 Dane epidemiologiczne**

Należy dokonać analizy potrzeb zdrowotnych w danym regionie, stopnia ich zaspokojenia oraz zidentyfikować obszary, w których zastosowanie określonych interwencji może przynieść największe efekty zdrowotne. Należy wziąć pod uwagę dostępne dane epidemiologiczne, które wskazywać będą na rozpowszechnienie problemu na określonym obszarze oraz przedstawią jego sytuację na tle kraju.

Projekt programu polityki zdrowotnej należy opracować na podstawie map potrzeb zdrowotnych i dostępnych danych epidemiologicznych.

#### **5.1.2 Opis obecnego postępowania**

Przy planowaniu i wdrażaniu PPZ należy każdorazowo zweryfikować aktualność opisu obecnego postępowania i wprowadzić ewentualne zmiany.

### **5.2 Cele PPZ i mierniki efektywności jego realizacji**

*Cel główny oraz cele szczegółowe należy uzupełnić o liczbowe wartości docelowe wskazane znakami „.....%” (procent) oraz „..... p.p.” (punkty procentowe). Stanowią one wyznacznik deklarowanej efektywności planowanych interwencji. Przyjmowane wartości docelowe będą uzależnione od wielu czynników, np. profilu populacji docelowej, wcześniej realizowanych działań na obszarze objętym PPZ, dotychczasowe doświadczenia przy realizacji podobnych działań. Tym samym niezbędne jest indywidualne dobieranie wartości docelowych do konkretnej sytuacji. W treści projektu należy zamieścić opis czynników, które zostały wzięte pod uwagę przy jej ustalaniu. Sugerowanym*

postępowaniem jest nawiązanie dialogu z przedstawicielami potencjalnych realizatorów tak, aby przyjęte cele zarówno świadczyły o skuteczności działań, jak i były możliwe do osiągnięcia.

### 5.2.1 Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki bólów kręgosłupa, wśród .....%\* uczestników programu.

\* wyjaśnienie symbolu „.....%” znajduje się w ramce powyżej.

### 5.2.2 Cele szczegółowe

5.2.2.1 Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród .....% personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia bólów kręgosłupa.

5.2.2.2 Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród .....% pracowników w zakładach pracy w zakresie ergonomii pracy oraz postępowania w sytuacji wystąpienia bólów kręgosłupa

5.2.2.3 Zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) na skali VAS u co najmniej ... % uczestników programu, dotkniętych bólami kręgosłupa.

\* wyjaśnienie symbolu „.....%” znajduje się w ramce powyżej

\*\* . wyjaśnienie symbolu „.....p.p.” znajduje się w ramce powyżej

### 5.2.3 Mierniki efektywności realizacji PPZ

Cel	Miernik
<b>Główny</b>	Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test. <i>(Iloraz osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do wszystkich uczestników. Wynik wyrażony w procentach)</i>
<b>5.2.2.1.</b>	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test. <i>(Iloraz liczby przedstawicieli personelu medycznego z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby przedstawicieli personelu medycznego którzy wzięli udział w szkoleniach skierowanych do tej grupy osób. Wynik wyrażony w procentach)</i>  * wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.
<b>5.2.2.2.</b>	Odsetek pracowników w zakładach pracy, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test. <i>(Iloraz liczby pracowników w zakładach pracy z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby pracowników w zakładach pracy, którzy wzięli udział w szkoleniach skierowanych do tej grupy Wynik wyrażony w procentach)</i>  * wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.
<b>5.2.2.3</b>	Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS - różnica

	<p>między wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie)</p> <p><i>(Iloraz liczby osób, które uczestniczyły w interwencji fizjoterapeutycznej, u których zmniejszyły się dolegliwości bólowe w stosunku do liczby wszystkich osób objętych tą interwencją. Wynik wyrażony w procentach)</i></p>
--	--

### 5.3 Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

Istotne jest określenie liczebności populacji docelowej w danym rejonie oraz wskazanie jaki odsetek tej populacji jest możliwy do włączenia do PPZ przy posiadanych zasobach oraz przy zachowaniu równego dla wszystkich uczestników dostępu do działań oferowanych w ramach PPZ. Im większy odsetek populacji zostanie włączony do PPZ, tym większe są możliwości zaobserwowania efektów zdrowotnych we wskaźnikach epidemiologicznych.

Liczebność populacji docelowej powinna zostać oszacowana dla każdego z etapów PPZ. Niezbędne jest wskazanie na źródła danych (liczba uczestników w danej grupie wiekowej z podziałem na płeć np. w oparciu o dane z Głównego Urzędu Statystycznego) i wykorzystanych odniesień do literatury, opis przyjętych założeń oraz przedstawienie wykonanych obliczeń. Należy skupić się na przedstawieniu danych lokalnych, czyli dotyczących obszaru, na którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej.

#### 5.3.1 Populacja docelowa

- Edukacja prowadzona w ramach programu skierowana jest do populacji ogólnej, a w szczególności do osób z grup ryzyka takie jak: podnoszenie dużych ciężarów lub częste dźwiganie, poddawanie ciała działaniu wibracji (jazda samochodem), częste wykonywanie ruchów pochylania lub skręcania tułowia, długotrwałe przyjmowanie niewygodnych pozycji, siedzący tryb życia, palenie papierosów, otyłość, depresja, niska tolerancja bólu.
- Z uwagi na zróżnicowane potrzeby, zaleca się wydzielenie subpopulacji o spójnych potrzebach edukacyjnych i informacyjnych (np. osób z przewlekłym bólem kręgosłupa lub odcinka lędźwiowo-krzyżowego lub osób wkraczających w życie zawodowe oraz pracujących od dłuższego czasu). Forma oraz treść prowadzonych działań powinna być dostosowana do uczestników. Każda z subpopulacji powinna być zdefiniowana niezależnie, zaś działania skierowane do różnych subpopulacji mogą być prowadzone równolegle.
- Edukacja i szkolenia skierowane są również do pracodawców i pracowników zakładów pracy, które zostały zgłoszone do udziału w PPZ
- Edukacja i szkolenia skierowane są również do personelu medycznego, który został zgłoszony do udziału w PPZ.
- Działania w ramach interwencji diagnostycznych, fizjoterapeutycznych skierowane są do uczestników z przewlekłym bólem kręgosłupa.

#### 5.3.2 Kryteria kwalifikacji do PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ

*UWAGA: Na etapie tworzenia projektu PPZ możliwe jest wprowadzenie dodatkowych kryteriów włączenia i wykluczenia tak, aby działaniami objąć grupę osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebę zdrowotną, a tym samym dążyć do maksymalizacji efektu zdrowotnego uzyskiwanego przy posiadanych zasobach. Każde dodatkowo wprowadzane kryterium powinno zostać wyczerpująco uzasadnione. Przy wprowadzaniu dodatkowych kryteriów należy pamiętać o zasadzie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym wszelkie wprowadzane kryteria powinny być oparte wyłącznie na przesłankach merytorycznych, np. danych epidemiologicznych przytaczanych z wiarygodnych źródeł. Możliwe jest jedynie zawężenie populacji względem tej, która została określona w treści niniejszej rekomendacji.*

*Z uwagi na możliwą zmienność poziomu dostępnych zasobów w kolejnych latach realizacji PPZ, sugerowanym jest opisanie w treści projektu PPZ postępowania pozwalającego na dostosowywanie*

kryteriów do możliwości jednostki (np. harmonogram aktualizowany w oparciu o dane pochodzące z monitorowania realizacji PPZ) zamiast deklarowania stosowania zawężenia kryteriów na określonym, stałym poziomie. Informacje dotyczące przebiegu programu powinny zostać zamieszczone w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w PPZ należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

Etap PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Edukacja	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wszystkie osoby włączone do programu ze szczególnym uwzględnieniem populacji wysokiego ryzyka.</li> </ul>	Brak
Szkolenia personelu medycznego	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarze, lekarze specjaliści, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ukończenie szkolenia obejmującego tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat;</li> <li>wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim.</li> </ul>
Szkolenia w zakładach pracy	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pracodawcy i pracownicy zakładów pracy, które zostały zgłoszone do udziału w PPZ,</li> <li>Wyrażenie zgody właścicieli/zarządów na przeprowadzenie działań edukacyjnych.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat.</li> </ul>
Interwencje diagnostyczne i fizjoterapeutyczne	<ul style="list-style-type: none"> <li>Osoby, które zadeklarują ból kręgosłupa trwający nieprzerwanie od co najmniej trzech miesięcy;</li> <li>Otrzymanie skierowania na działania rehabilitacyjne w czasie realizowanej w ramach PPZ wizyty diagnostycznej.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pozostawanie pod opieką poradni w związku z występowaniem przewlekłego bólu kręgosłupa;</li> <li>obecność przeciwwskazań medycznych do rehabilitacji.</li> </ul>

### 5.3.3 Planowane interwencje

*W trakcie planowania PPZ określić należy jakie działania w danym problemie zdrowotnym mogą zostać wdrożone przy posiadanych zasobach finansowych, materialnych i ludzkich. Należy przeprowadzić dokładną analizę możliwości danej jednostki – aby wdrożone działania cechowały się jak najwyższą efektywnością. Istotne jest przełożenie posiadanych zasobów na wyznaczone cele i ocenę możliwości ich realizacji.*

#### **ETAP: EDUKACJA** (Lin 2024, Southerst 2023, Furlong 2022, eksperci kliniczni)

- Działania edukacyjne powinny być kierowane do określonej, jasno zdefiniowanej w projekcie PPZ grupy docelowej. W PPZ realizowanych może być równolegle więcej niż jeden etap informacyjno-edukacyjny, gdyż każdy z nich może obejmować inną subpopulację. Przedstawione poniżej zalecenia dotyczące interwencji mają w większości charakter ogólny, co ma umożliwić elastyczne dostosowanie działań do potrzeb i możliwości grupy docelowej.
- Działania informacyjne powinny uwzględniać proces aktywnej rekrutacji do programu, która może polegać na np.: kontakcie telefonicznym (dedykowana infolinia rejestracyjna), prowadzeniu naborów w wybranych lokalizacjach dostosowanych do charakterystyki populacji docelowej (lokalne ośrodki zdrowia, zakłady pracy, ośrodki rekreacyjne/sportowe itp.) oraz podczas regionalnych imprez plenerowych takich jak np. pikniki, jarmarki, wydarzenia sportowe, dni zdrowia, spotkania z samorządowcami itp.
- Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji. Do prowadzenia działań promocyjnych programu zaleca się wykorzystanie nośników miejskich/gminnych np. wyświetlane prezentacje (slajdy) w autobusach/tramwajach/pociągach oraz mediach miejskich/gminnych (dedykowanych mieszkańcom portalach/aplikacjach). Ponadto warto prowadzić także akcje promocyjne w mediach społecznościowych w formie np. plakatów, ulotek, grafik informujących o prowadzeniu działań edukacyjnych. Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenie online, konferencja

- Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji. Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenie online, konferencja. Dodatkowo dopuszcza się również możliwość edukacji indywidualnej podczas wizyt diagnostycznoterapeutycznych.
- Podstawowe działania edukacyjne powinny koncentrować się na poradach ergonomicznych, poradach dotyczących samoleczenia oraz na edukacji w zakresie neurobiologii bólu (Southerst 2023).
- Materiały edukacyjne z zakresu anatomii, przyczyn, strategii leczenia i samoleczenia bólu odcinka krzyżowego, powinny być dostarczane przez lekarzy w formie: broszur, filmów, stron internetowych, aplikacji mobilnych (Furlong 2022).
- Edukacja na temat neurobiologii bólu powinna być prowadzona jako dodatek do innych interwencji (ćwiczeń wzmacniających szyję/łopatki lub suche igłowanie) (Lin 2024).
- Zakres tematyczny interwencji edukacyjnych powinien obejmować informacje na temat czynników ryzyka. Do czynników środowiskowych zwiększających ryzyko występowania bólów kręgosłupa zalicza się palenie tytoniu, cukrzycę, choroby naczyń krwionośnych oraz infekcje, a także podeszły wiek, przewlekły stres, depresję, nadwagę, słabą kondycję fizyczną. Uważa się, że przyczyny biomechaniczne, związane ze statycznym i dynamicznym przeciążaniem aparatu stawowo-więzadłowego kręgosłupa, odgrywają najistotniejszą rolę w powstawaniu zespołów bólowych. Najważniejsze mechaniczne czynniki ryzyka to: podnoszenie dużych ciężarów lub częste dźwiganie, poddawanie ciała działaniu wibracji (jazda samochodem), częste wykonywanie ruchów pochylania lub skręcania tułowia oraz długotrwałe przyjmowanie niewygodnych pozycji. Szczególną rolę odgrywa szkodliwe działanie nieprawidłowej postawy w pozycji siedzącej, która związana jest z utrzymywaniem zgięcia lędźwiowego i piersiowego odcinka kręgosłupa.
- Zakres tematyczny interwencji edukacyjnych skierowanych do osób w programie nie będących pracownikami medycznymi powinien obejmować:
  - porady i informacje pomocne w samodzielnym radzeniu sobie z bólem kręgosłupa;
  - informacje o specyfikacji bólu;
  - podstawowe informacje o jednostce chorobowej;
  - informacje o roli aktywności fizycznej w leczeniu oraz prewencji bólu kręgosłupa;
  - instruktaż dobierania odpowiedniego rodzaju oraz intensywność aktywności fizycznej;
  - informacje o samodzielnym wykorzystywaniu czynników fizykalnych takich jak ciepło i zimno, w celu samodzielnego łagodzenia bólu;
  - zasady ergonomii i/lub opisujące prawidłową postawę;
  - kwestie somatycznych, psychologicznych i społecznych aspektów przewlekłego bólu;
  - informacje nt. sposobów zapobiegania przewlekłym bólom kręgosłupa (eksperti kliniczni).
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w działaniach informacyjno-edukacyjnych, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.
- Jeśli uczestnik nie uzyskał w post-teście wyniku wskazującego na wysoki poziom wiedzy, należy zapewnić mu możliwość powtórzenia uczestnictwa w części edukacyjnej, a po jej zakończeniu ponowne wypełnienie post-testu.
- Zaleca się wzmacnianie motywacji i efektów edukacyjnych poprzez premiowanie wiedzy za pomocą gadżetów związanych z profilaktyką bólu kręgosłupa np. breloki, magnesy, zabawki, książki.
- Działania edukacyjne w ramach polityki zdrowotnej powinny być zróżnicowane, dostosowane do konkretnych grup docelowych oraz oparte na aktualnych potrzebach społecznych. Ważne jest, aby były prowadzone w sposób angażujący i dostępny dla wszystkich.
- Należy w pierwszej kolejności wykorzystać dostępne gotowe materiały edukacyjne, przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką (przy jednoczesnym uwzględnieniu praw autorskich) (np. dostęp z dnia 31.10.2025 r.):

- o Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia

<https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/jak-dbac-o-kregoslup>

- o Narodowy Fundusz Zdrowia

<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-oddzialow/przewlekle-bole-kregoslupa-sroda-z-profilaktyka-w-ow-nfz,574.html>

- o Serwis Narodowego Funduszu Zdrowia

<https://akademia.nfz.gov.pl/artykuly/bol-kregoslupa-jak-sobie-pomoc/>

**ETAP: SZKOLENIA PERSONELU MEDYCZNEGO (IHE 2017, PTF/PTMR/KLR 2017, eksperci kliniczni)**

- Formy szkolenia są dostosowane do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje, warsztaty praktyczne.
- Szkolenia powinny uwzględniać informowanie o konieczności współpracy między specjalistami (m.in. lekarzami, fizjoterapeutami)
- W ramach szkoleń należy zapoznać personel medyczny z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki, diagnozowania, różnicowania i rehabilitacji przewlekłych bólów kręgosłupa. Personel uczestniczący w szkoleniu powinien być informowany o dążeniu do zwiększenia odpowiedzialności pacjentów za proces terapii aktualnych dolegliwości oraz prewencji ich nawrotu. Główny nacisk kładzie się na fizjoprofilaktykę: formy szeroko rozumianej edukacji, dostępność do gotowych opracowań i zrozumiałego wyboru działań fizjoterapeutycznych możliwych do wykonania samodzielnego w domu oraz przygotowanie gotowych opisów ćwiczeń i automasażu, rysunków, nagrań, porad (PTF/PTMR/KLR 2017, eksperci kliniczni).
- Działania edukacyjne skierowane do personelu medycznego powinny dodatkowo zawierać informacje o możliwości prowadzenia opieki wielokierunkowej nad bólami przewlekłymi (eksperti kliniczni).
- Podczas edukacji należy wskazywać, że diagnostyka obrazowa powinna być prowadzona tylko, jeśli wynik badań może zmienić postępowanie rehabilitacyjne/lecnicze, np. obecne są objawy ostrzegawcze (tzw. czerwone flagi) (IHE 2017).
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.

**ETAP: SZKOLENIA W ZAKŁADACH PRACY (GWG 2012, Szczepanowska-Wołowiec 2016, eksperci kliniczni)**

- Przeprowadzenie szkoleń w zakładach pracy następuje po analizie dokonanej przez JST czy na terenie JST są zakłady pracy, w których są zasadne takie działania i czy jest zainteresowanie przedsiębiorstw na prowadzenie szkoleń.
- Przeprowadzenie szkoleń w zakładach pracy następuje po wyrażeniu zgody na udział w programie przez właścicieli/zarządów przedsiębiorstw.
- W przypadku gdy brak jest zakładów pracy zainteresowanych udziałem w programie lub brak jest zgody właścicieli/zarządów przedsiębiorstw na udział w programie przeprowadzenie tej interwencji nie jest obligatoryjne.
- Szkolenia powinny realizować określoną tematykę związaną z profilaktyką przewlekłych bólów kręgosłupa, m.in.:
  - o doradztwo w zakresie bieżących dobrych praktyk pracy, takich jak technika ręcznego przenoszenia,
  - o wprowadzenie zasad ergonomii w pracy (odpowiednie warunki oraz sprzęt wykorzystywany podczas pracy),
  - o identyfikowanie i kontrolowanie czynników ryzyka zawodowego, poprawianie bezpieczeństwa i rozwijanie „kultury bezpieczeństwa”,

- monitorowanie problemów z kręgosłupem u pracowników i absencji chorobowej z tym związanej (GWG 2012).
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w szkoleniu jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.
- Dobór tematów i metody prowadzenia szkolenia powinny być każdorazowo dostosowane do profilu wykonywanej pracy (Szczepanowska-Wołowicz 2016).

**ETAP: INTERWENCJE DIAGNOSTYCZNE I FIZJOTERAPEUTYCZNE** (BACPAP 2024, WHO 2023, VA/DoD 2022, APTA 2021, Lucas 2024a, Eisele-Metzger 2023, Hochheim 2023, Wu 2023)

#### Diagnostyka

- Powinien zostać przeprowadzony wywiad w celu potwierdzenia przynależności do grup wysokiego ryzyka (Czynniki ryzyka: rozdziały 1, 2, 3 niniejszej rekomendacji), a na jego podstawie powinno zostać dostosowywane dalsze postępowanie.
- W wywiadzie zaleca się zastosować algorytm, który ma na celu identyfikację rodzaju/fenotypu bólu u osób z przewlekłym bólem dolnego odcinka pleców, do których się zalicza ból nocycyptywny, neuropatyczny i nocycyplastyczny (BACPAP 2024).
- Do interwencji diagnostycznych powinny być włączone osoby z bólem trwającym powyżej 3 miesięcy (WHO 2023, APTA 2021).
- Należy przeprowadzić ocenę stanu klinicznego pacjenta, w tym co najmniej intensywność bólu w VAS (wizualna skala analogowa), poziom funkcjonalny oraz wywiad chorobowy.
- Ponadto zaleca się przeprowadzenie badania fizykalnego uwzględniającego ocenę obecności postępujących, lub w inny sposób poważnych, deficytów neurologicznych i innych alarmujących czynników tzw. „czerwonych flag” związanych z poważnymi zmianami patologicznymi (np. złamania, infekcje) (BACPAP 2024, VA/DoD 2022).

#### Fizjoterapia oraz fizykoterapia

- Do rekomendowanych interwencji z zakresu fizykoterapii i fizjoterapii u osób z przewlekłym bólem dolnego odcinka pleców należą:
  - ustrukturyzowana terapia lub program (WHO 2023, VA/DoD 2022);
  - terapie igłowe, jak akupunktura (WHO 2023) lub w połączeniu z innymi terapiami (APTA 2021);
  - terapia manipulacyjna kręgosłupa (WHO 2023, VA/DoD 2022, APTA 2021);
  - masaż (WHO 2023) lub mobilizacja tkanek miękkich w połączeniu z innymi terapiami (APTA 2021);
  - ćwiczenia fizyczne ukierunkowane na wzmocnienie mięśni tułowia (APTA 2021);
  - ogólny trening fizyczny (APTA 2021);
  - metoda neuromobilizacji w połączeniu z innymi metodami terapii (APTA 2021).
- U osób z przewlekłym bólem dolnego odcinka pleców można stosować terapie psychologiczne takie jak: terapię poznawczo-funkcjonalną (APTA 2021), ogólne terapie psychologiczne (BACPAP 2024), terapia warunkowania instrumentalnego/sprawczego (WHO 2023), terapia poznawczo-behawioralna (WHO 2023, VA/DoD 2022).

#### Terapia ruchowa z edukacją zdrowotną

- Terapia ruchowa może obejmować takie elementy jak: joga, ćwiczenia stabilizacyjne, trening kontroli motorycznej oraz ćwiczenia wzmacniające i rozciągające.
- Zakres tematyczny edukacji zdrowotnej powinien dotyczyć w szczególności ergonomii oraz neurobiologii bólu. Edukacja powinna być prowadzona głównie w formie poradnictwa oraz z wykorzystaniem terapii poznawczo-behawioralnej (Hernandez-Lucas 2024a, Eisele-Metzger 2023).
- Zalecane są także interwencje biopsychospołeczne, w skład których wchodzi: aktywny komponent aktywności fizycznej (ćwiczenia, fizjoterapia), a także komponent psychologiczny, społeczny

i zawodowy. Interwencje biopsychospołeczne trwają  $\leq 15$  godzin. Komponenty psychologiczne, społeczne i zawodowe obejmują terapię poznawczo-behawioralną, relaksację, edukację, motywację, akceptację i zaangażowanie w proces mindfulness oraz techniki zmiany zachowania (Hochheim 2023).

- Po zakończeniu tego etapu interwencji należy ponownie przeprowadzić ocenę stanu klinicznego pacjenta (intensywność bólu w VAS) w celu oceny skuteczności przeprowadzonych w programie interwencji (Wu 2023).

### 5.3.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku przeprowadzania badań przesiewowych należy unikać podwójnego finansowania świadczeń w ramach programu. Należy opisać działania, które będą minimalizować ryzyko wystąpienia takiego zdarzenia.

### 5.3.5 Sposób zakończenia udziału w PPZ

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- w przypadku osób, u których podczas wizyty kwalifikacyjnej nie występuje wskazanie do realizacji interwencji diagnostycznych i fizjoterapeutycznych, ich udział w programie kończy się wraz z zakończeniem działań edukacyjnych;
- zrealizowanie przez uczestnika wszystkich zaplanowanych interwencji;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ na każdym jego etapie;
- zakończenie realizacji PPZ.

## 5.4 Organizacja PPZ

### 5.4.1 Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów

- 1 Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy.
- 2 Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 3 Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
- 4 Wybór realizatorów (przeprowadzenie szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
- 5 Przeprowadzenie opisanych w projekcie PPZ interwencji.
- 6 Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa).
- 7 Zakończenie realizacji PPZ.
- 8 Rozliczenie finansowania PPZ.
- 9 Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji.

## 5.4.2 Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

W celu realizacji programów polityki zdrowotnej należy spełnić wymagania dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Zapisy projektu PPZ należy dostosowywać do ewentualnych zmian w tym zakresie.

Wymagania przedstawione w projekcie PPZ powinny być jasno związane z dążeniem do uzyskania wysokiej efektywności programu. Dla każdego warunku należy przedstawić uzasadnienie jego wprowadzenia, w tym odnieść się do roli jaką pełni w osiągnięciu założonych celów. Warto wskazać, że zamieszczenie wygórowanych warunków może utrudnić wyłonienie realizatora, a tym samym będzie barierą wdrożenia PPZ.

### Wymagania dotyczące personelu:

Etap PPZ	Kwalifikacje personelu
<b>Edukacja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia, kompetencji i umiejętności dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez ekspertów w ramach PPZ.</li> </ul>
<b>Szkolenia personelu medycznego</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eksperci:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ lekarz (optymalnie: ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji medycznej) posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu bólów kręgosłupa oraz</li> <li>○ fizjoterapeuta posiadający prawo samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii oraz doświadczenie w ocenie funkcjonalnej i prowadzeniu terapii bólów kręgosłupa.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Szkolenia w zakładach pracy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia, kompetencji i umiejętności dla przeprowadzenia szkolenia w zakładach pracy, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez ekspertów w ramach PPZ.</li> </ul>
<b>Interwencje diagnostyczne i fizjoterapeutyczne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fizjoterapeuta posiadający doświadczenie w ocenie funkcjonalnej i prowadzeniu terapii bólów kręgosłupa,</li> <li>• lub fizjoterapeuta po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez ekspertów szkolenia dla personelu medycznego,</li> <li>• Osoby uprawnione do prowadzenia tego typu zajęć/ świadczeń zgodnie z przepisami prawa.</li> </ul>

## 5.5 Sposób monitorowania i ewaluacji PPZ

### 5.5.1 Monitorowanie

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej powinno być prowadzone na bieżąco i zostać zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. Powinno uwzględniać ocenę zgłaszalności oraz ocenę jakości świadczeń realizowanych w PPZ.

W przypadku realizacji programu wieloletniego, po każdym roku realizacji działań programowych dodatkowo należy przygotować raport, w którym przeanalizowane zostaną wskaźniki kluczowe dla sukcesu programu (zarówno pod kątem zgłaszalności, uzyskanych efektów jak i jakości świadczeń).

*Dane uzyskane w wyniku okresowej analizy powinny służyć ewentualnej korekcie działań w przyszłych latach realizacji programu, tak aby z roku na rok maksymalizować efekty programu.*

*Należy rozważyć zlecenie prowadzenia monitorowania przez niezależnego od realizatora eksperta zewnętrznego.*

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. W trakcie realizacji programu należy gromadzić dane dotyczące co najmniej następujących obszarów:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie;
- liczba osób, poddanych działaniom edukacyjnym;
- liczba osób, które ukończyły szkolenie w zakładach pracy;
- liczba osób, które wzięły udział w diagnostyce;
- liczba osób, którym wykonano zabiegi fizjoterapeutyczne;
- liczba osób, którym wykonano zabiegi z terapii ruchowej;
- liczba osób, które nie zostały objęte PPZ z powodów zdrowotnych lub z innych powodów;
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn.

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ (uczestnika), w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail);
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ;
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. ukończenie wszystkich interwencji, zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Zalecane jest przeprowadzenie oceny jakości udzielanych świadczeń w ramach PPZ. W tym celu każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń. Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta. Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

### 5.5.2 Ewaluacja

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej wszystkich zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy przedstawić w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania każdego z celów programu. Cel można uznać za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania jest równa lub przekroczyła wskazaną w celu wartość docelową.

W raporcie końcowym należy podawać wartości liczbowe dla danych objętych monitorowaniem oraz co najmniej:

- odsetek osób, u których w post-tescie odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test,
- odsetek uczestników z grupy personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu),
- odsetek osób zmagających się z przewlekłym bólem kręgosłupa, u których po zakończeniu działań rehabilitacyjnych doszło do zmniejszenia dolegliwości bólowych (ocena wstępna i końcowa za pomocą VAS),

- odsetek osób, uczestniczących w szkoleniach dla pracodawców, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu).

## 5.6 Budżet PPZ

*W przypadku, gdy w programie występuje kilka interwencji, które są stosowane z podziałem na poszczególne grupy uczestników, sugeruje się określenie kosztu jednostkowego każdej z grup interwencji.*

*Zaplanowane w programie zasoby finansowe powinny być wydatkowane w sposób optymalny i efektywny, z zapewnieniem środków dla każdego uczestnika kwalifikującego się do udziału.*

### 5.6.1 Koszty jednostkowe

*Budżet programu powinien uwzględniać wszystkie koszty poszczególnych składowych (tj. koszty interwencji, wynagrodzeń, wynajmu pomieszczeń, działań edukacyjnych, promocji i informacji itp.). Należy także podzielić koszty na poszczególne usługi i świadczenia zdrowotne oferowane w ramach PPZ i wskazać sumaryczny koszt wszystkich kosztów cząstkowych.*

Budżet powinien zawierać wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej;
- koszt przygotowania materiałów edukacyjnych;
- koszt prowadzenia edukacji;
- koszt przeprowadzenia diagnostyki;
- koszt przeprowadzenia działań z zakresu fizjoterapii
- koszt przeprowadzenia działań z zakresu zabiegów terapii ruchowej;
- koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

Koszty jednostkowe poszczególnych pozycji nie powinny znacząco odbiegać od cen rynkowych.

W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych
[1]	[2]	[3]	[4]	[5=3x4]
<b>Koszty pośrednie</b>				
1	Koszty administracyjne w tym personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia, koszty ewaluacji i monitorowania <sup>2</sup> projektu			
2	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ			
3	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych)			

<sup>2</sup> Ewaluacja i monitorowanie - do 10% całkowitego budżetu PPZ

	i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)			
<b>Koszty bezpośrednie</b>				
1	Koszt przeprowadzenia etapu „Edukacja” ... (wyszczególnienie działań)			
2	Koszt przeprowadzenia etapu „Szkolenia dla personelu medycznego” ... (wyszczególnienie działań)			
3	Koszt przeprowadzenia „Szkolenia w zakładach pracy” .... (wyszczególnienie działań)			
4	Koszt przeprowadzenia „Interwencje diagnostyczne, i fizjoterapeutyczne” .... (wyszczególnienie działań)			
<b>SUMA</b>				

### 5.6.2 Koszty całkowite

*Należy wskazać całkowity koszt PPZ do poniesienia w związku z jego realizacją. Planowane nakłady należy przedstawić w układzie tabelarycznym. Należy wskazać łączny koszt realizacji PPZ za cały okres jego realizacji oraz w podziale na poszczególne lata, uwzględniając tym samym podział kosztów na poszczególne lata realizacji PPZ, z uwzględnieniem wydatków bieżących i majątkowych (jeżeli dotyczy), w zależności od źródła finansowania.*

Koszty całkowite realizacji PPZ:

Rok realizacji PPZ	Koszt całkowity
20xx r.	
20xx r.	
Koszt całkowity	

### 5.6.3 Źródła finansowania

*Istotne jest wskazanie jednostki odpowiedzialnej za finansowanie PPZ. W przypadku partnerstwa w kwestii finansowania należy określić jaki udział będzie mieć finansowanie pochodzące z innego źródła niż budżet JST. W przypadku, gdyby do programu miała zostać włączona np. jednostka badawcza, również należy określić zakres partnerstwa. W przypadku programów wieloletnich ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).*

### Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz. U. 2024 poz. 146 z późn. zm.) po uzyskaniu Opinii Rady Przejrzystości nr 90/2025 z dnia 2 czerwca 2025 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących bólów kręgosłupa, Raportu nr OT.434.4.2025 „Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa”, data ukończenia raportu: czerwiec 2025 oraz Raportu nr: OT.423.3.2019 „Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa”, data ukończenia raportu: lipiec 2020.

*Z upoważnienia Prezesa*

**ZASTĘPCA PREZESA**

**Anna Kowalczuk**

*/dokument podpisany elektronicznie/*

## Piśmiennictwo

<b>Opinia RP</b>	Opinia Rady Przejrzystości nr 90/2025 z dnia 2 czerwca 2025 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących bólów kręgosłupa
<b>Raport</b>	Raport nr: OT.434.4.2025 „Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa”, data ukończenia raportu: czerwiec 2025
	Raport nr: OT.423.3.2019 „Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa”, data ukończenia raportu: lipiec 2020.
<b>Źródła rekomendacji</b>	
<b>BACPAP 2024</b>	Nijs J., Kosek E., Chiarotto A. et al. (2024). Nociceptive, neuropathic, or nociplastic low back pain? The low back pain phenotyping (BACPAP) consortium's international and multidisciplinary consensus recommendations. <i>Lancet Rheumatol.</i> 6(3): e178-e188
<b>WHO 2023</b>	World Health Organization (2023). WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. Pozyskano z: <a href="https://www.who.int/publications/i/item/9789240081789">https://www.who.int/publications/i/item/9789240081789</a> , dostęp z 19.03.2025
<b>VA/DoD 2022</b>	Department of Veterans Affairs, Department of Defense (2022). VA/DoD Clinical Practice Guidelines. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain. Pozyskano z: <a href="https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Pain/lbp/VADODLBPCPGProviderSummaryFinal508.pdf">https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Pain/lbp/VADODLBPCPGProviderSummaryFinal508.pdf</a> , dostęp z 19.03.2025
<b>APTA 2021</b>	George S.Z., Fritz J.M., Silfies S.P., et al. (2021). Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Revision 2021. <i>J. Orthop. Sports Phys. Ther.</i> 51(11): CPG1-CPG60
<b>ACP 2017</b>	Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Pozyskano z: <a href="http://annals.org/aim/fullarticle/2603228/noninvasive-treatments-acute-subacute-chronic-lowback-pain-clinical-practice">http://annals.org/aim/fullarticle/2603228/noninvasive-treatments-acute-subacute-chronic-lowback-pain-clinical-practice</a> , dostęp z 23.06.2020
<b>APTA 2017</b>	APTA 2017 Blanpied P., Gross A., Elliott J. (2017). Neck Pain: Revision 2017. <i>J Orthop.Sports Phys.Ther.</i> ;
<b>DAI 2017</b>	Non-Specific Low Back Pain. Pozyskano z: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5769319/pdf/DtschArzteblInt-114-0883.pdf">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5769319/pdf/DtschArzteblInt-114-0883.pdf</a> , dostęp z 23.06.2020
<b>GWG 2012</b>	Cheng L., Lau K., Lam W. et al. (2012). Evidence-based guideline on prevention and management of low back pain in working population in primary care. <i>Hong Kong Practitioner</i> ; 34(3):106-115
<b>ICSI 2018</b>	Low Back Pain, Adult Acute and Subacute. Pozyskano z: <a href="https://www.icsi.org/guideline/lowback-pain/">https://www.icsi.org/guideline/lowback-pain/</a> , dostęp z 26.06.2020
<b>IHE 2017</b>	Low Back Pain Guideline. Pozyskano z: <a href="https://www.ihe.ca/research-programs/hta/aagap/lbp">https://www.ihe.ca/research-programs/hta/aagap/lbp</a> , dostęp z: 23.06.2020
<b>KCE 2017</b>	Low back pain and radicular pain: assessment and management. Pozyskano z: <a href="https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_287_Low_back_pain_Report.pdf">https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_287_Low_back_pain_Report.pdf</a> , dostęp z: 23.06.2020
<b>NASS 2020</b>	Diagnosis and Treatment of Low Back Pain. Pozyskano z: <a href="https://www.spine.org/Portals/0/assets/downloads/ResearchClinicalCare/Guidelines/LowBackPain.pdf">https://www.spine.org/Portals/0/assets/downloads/ResearchClinicalCare/Guidelines/LowBackPain.pdf</a> , dostęp z 26.06.2020
<b>NICE 2016</b>	Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. Pozyskano z: <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng59">https://www.nice.org.uk/guidance/ng59</a> , dostęp z: 23.06.2020
<b>OPTIMa 2017</b>	Wong J., Cote P., Sutton D. et al. (2017). Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) Collaboration. <i>European Journal of Pain (United Kingdom)</i> ; 21 (2):201- 216
<b>OPTIMa 2016</b>	Cote P., Wong J., Sutton D. et al. (2016). Management of neck pain and associated disorders: A clinical practice guideline from the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) Collaboration. <i>European Spine Journal</i> ; 25 (7):2000-2022

<b>PTF/PTMR/KLR 2017</b>	Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce w zakresie fizjoterapii zespołów bólowych kręgosłupa w podstawowej opiece zdrowotnej. <i>Family Medicine &amp; Primary Care Review</i> ; 19(3): 323–334
<b>SIMFER 2013</b>	Monticone M., Iovine R., de Sena G. et al. (2013). The Italian Society of Physical and Rehabilitation Medicine (SIMFER) recommendations for neck pain. <i>G.Ital.Med.Lav.Ergon. JanMar 2013</i> ;35(1):36-50.
<b>Źródła dowodów wtórnych</b>	
<b>Ainpradub 2016</b>	Ainpradub K., Sitthipornvorakul E., Janwantanakul P. et al. (2016). Effect of education on non-specific neck and low back pain: A meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Manual Therapy</i> ; 22 (pp 31-41):April
<b>Andronis 2017</b>	Andronis L., Kinghorn P., Qiao S. et al. (2017). Cost-Effectiveness of Non-Invasive and Non-Pharmacological Interventions for Low Back Pain: a Systematic Literature Review. <i>Applied Health Economics and Health Policy</i> ; 15 (2):173-201
<b>Alzahrani 2018</b>	Alzahrani H., Mackey M., Stamatakis E. et al. (2019). The effectiveness of incidental physical activity interventions compared to other interventions in the management of people with low back
<b>Denteneer 2018</b>	Denteneer L., Daele U. Truijen S. (2018). Reliability of physical functioning tests in patients with low back pain: a systematic review. <i>Spine Journal</i> ; 18(1):190-207
<b>Guerrero 2018</b>	Guerrero A., Maujean A. Campbell L. et al. (2018). A Systematic Review and Meta-Analysis of the Effectiveness of Psychological Interventions Delivered by Physiotherapists on Pain, Disability and Psychological Outcomes in Musculoskeletal Pain Conditions. <i>Clinical Journal of Pain</i> ; 34 (9):838-857
<b>Huang 2020</b>	Huang R., Ning J., Chuter V. et al. (2020). Exercise alone and exercise combined with education both prevent episodes of low back pain and related absenteeism: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials (RCTs) aimed at preventing back pain. <i>British journal of sports medicine</i> ; 54(13):766-770
<b>Karel 2015</b>	Karel Y., Verkerk K. Endenburg S. (2015). Effect of routine diagnostic imaging for patients with musculoskeletal disorders: A meta-analysis. <i>European Journal of Internal Medicine</i> ; 26(8):585-595
<b>Lemmers 2019</b>	Lemmers G., van Lankveld W., Westert G. et al. (2019). Imaging versus no imaging for low back pain: a systematic review, measuring costs, healthcare utilization and absence from work. <i>European Spine Journal</i> ; 28(5):937-950
<b>Miyamoto 2018</b>	Miyamoto G., Lin C., Cabran C. et al. (2019). Cost-effectiveness of exercise therapy in the treatment of non-specific neck pain and low back pain: a systematic review with meta-analysis. <i>British journal of sports medicine</i> ; 53 (3):172-181
<b>Moreira-Silva 2016</b>	Moreira-Silva I., Teixeira P., Santos R. et al. (2016). The Effects of Workplace Physical Activity Programs on Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Workplace health &amp; safety</i> ; 64(5):210-222
<b>Parreira 2017</b>	Parreira P., Heymans M., van Tulder M. et al. (2017). Back Schools for chronic non-specific low back pain. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> ; Aug 3 (8)
<b>Shiri 2018</b>	Shiri R., Coggon D., Falah-Hassani K. (2018). Exercise for the Prevention of Low Back Pain: Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Trials. <i>American Journal of Epidemiology</i> ; 187(5):1093-1101
<b>Sitthipornvorakul 2018</b>	Sitthipornvorakul E., Klinsophon T., Sihawong R. et al. (2018). The effects of walking intervention in patients with chronic low back pain: A meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Musculoskeletal Science and Practice</i> ; 34 (pp 38-46):April
<b>Steffens 2016</b>	Steffens D., Maher C., Pereira L. et al. (2016). Prevention of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>JAMA Intern.Med.</i> ; 176(2):199-208
<b>Suman 2020</b>	Suman A., Armijo-Olivo S., Deshpande S. et al. (2020). A systematic review of the effectiveness of mass media campaigns for the management of low back pain. <i>Disability and rehabilitation</i> ; (pp 1-29):03
<b>Zhang 2019</b>	Zhang Q., Jiang S., Young L. et al. (2019). The Effectiveness of Group-Based Physiotherapy-Led Behavioral Psychological Interventions on Adults With Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>American journal of physical medicine &amp; rehabilitation</i> ; 98(3):215-225

<b>Problem zdrowotny/epidemiologia</b>	
<b>Barbari 2020</b>	Barbari V, Storari L, Ciulo A et al. (2020). Effectiveness of Communicative and Educative Strategies in Chronic Low Back Pain Patients: A Systematic Review. <i>Patient Educ Couns</i> , May;103(5):908-929.
<b>CBOS 2019</b>	Centrum Badań Opinii Społecznej. Czy Polacy mają problem z nadwagą? Pozyskano z: <a href="https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K10319.PDF">https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K10319.PDF</a> , dostęp z 08.06.2020
<b>Chour 2007</b>	Chou R, Huffman LH. American Pain Society; American College of Physicians: Medications for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. <i>Ann Intern Med</i> . 147: 505–514
<b>Derry 2016</b>	Derry S, Conaghan P, Da Silva JA. et al. Topical NSAIDs for Chronic Musculoskeletal Pain in Adults. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> , Apr 22;4(4):CD007400
<b>Derry 2014</b>	Derry CJ, Derry S, Moore RA. Caffeine as an Analgesic Adjuvant for Acute Pain in Adults. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> , Dec 11;2014(12):CD009281.
<b>Furlan 2015</b>	Furlan AD, Giraldo M, Baskwill A. et al. Massage for Low-Back Pain. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> , Sep 1;(9):CD001929.
<b>Gaag 2020</b>	Gaag van der WH, Roelofs PD, Enthoven WT et al. Non-steroidal Anti-Inflammatory Drugs for Acute Low Back Pain. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> , Apr 16;4(4):CD013581.
<b>Guła 2011</b>	Guła Z. Ból krzyża. Pozyskano z: <a href="https://www.mp.pl/pacjent/reumatologia/objawy/63737,bol-krzyza">https://www.mp.pl/pacjent/reumatologia/objawy/63737,bol-krzyza</a> , dostęp z 10.06.2020
<b>GUS 2016</b>	Główny Urząd Statystyczny. Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. Pozyskano z: <a href="https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-6,6.html">https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-6,6.html</a> , dostęp z 12.06.2020
<b>Machado 2017</b>	Machado GC, Maher GC, Ferreira PH et al. Non-steroidal Anti-Inflammatory Drugs for Spinal Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Ann Rheum Dis</i> , Jul;76(7):1269-1278.
<b>Massalski 2011</b>	Massalski Ł. System klasyfikacji zespołów bólowych kręgosłupa według metody McKenzie. <i>Fizjoterapia</i> 19 (3); 63-71
<b>Michalik 2015</b>	Michalik R., Kowalska M., Kotyla P. et al. Częstość hospitalizacji pacjentów z bólami krzyża w Polsce na tle krajów europejskich. <i>Pomeranian Journal of Life Sciences</i> , 61(2), 214-219
<b>Milanov 2014</b>	Milanov I. Zespół bólowy kręgosłupa. <i>Back pain</i> . <i>Pediatr. Med. Rodz.</i> 10 (3): 253-264
<b>Morton 2008</b>	Morton M. Zespoły bólowe kręgosłupa. <i>Przewodnik lekarza</i> , 5: 45-52
<b>MZ 2017</b>	Ministerstwo Zdrowia. Mapa potrzeb zdrowotnych dla Polski. Pozyskano z: <a href="http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2018/01/polska-1.pdf">http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2018/01/polska-1.pdf</a> , dostęp z 25.01.2019
<b>MZ 2018</b>	Ministerstwo Zdrowia. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa mazowieckiego. Pozyskano z: <a href="http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/05/mpzchorobyukladukostnomiesniowegojwoj mazowieckie.pdf">http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/05/mpzchorobyukladukostnomiesniowegojwoj mazowieckie.pdf</a> , dostęp z 13.06.2020
<b>Robson 2020</b>	Robson EK, Hodder RK, Kamper SJ et al. Effectiveness of Weight-Loss Interventions for Reducing Pain and Disability in People With Common Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review With Meta-Analysis. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> , Jun;50(6):319-333.
<b>Rymarczyk 2012</b>	Rymarczyk A. Ból krzyża. Pozyskano z: <a href="https://www.mp.pl/bol/wytyczne/74639,bol-krzyza">https://www.mp.pl/bol/wytyczne/74639,bol-krzyza</a> , dostęp z 10.06.2020
<b>Salathe 2018</b>	Salathe CR, Melloh M, Crawford R. et al. Treatment Efficacy, Clinical Utility, and Cost-Effectiveness of Multidisciplinary Biopsychosocial Rehabilitation Treatments for Persistent Low Back Pain: A Systematic Review. <i>Global Spine J</i> Dec;8(8):872-886
<b>Saragiotto 2016</b>	Saragiotto BT, Machado GC, Ferreira ML et al. Paracetamol for back pain. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . Jun 7:CD01223.
<b>Sienkiewicz 2011</b>	Sienkiewicz D., Kułak W., Gościak E. (2011). Bóle kręgosłupa w wieku dziecięcym – kolejne wyzwanie dla współczesnej medycyny. <i>Neur Dziec</i> ; 20(41): 129-133

<b>Suman 2020</b>	Suman A, Armijo-Olivo S, Deshpande S. et al. A Systematic Review of the Effectiveness of Mass Media Campaigns for the Management of Low Back Pain. <i>Disabil Rehabil</i> ; Apr 3;1-29.
<b>Szczepanowska-Wołowiec 2016</b>	Szczepanowska-Wołowiec B., Lorkowski, J., Kotela, A., Hładki, W., & Kotela, I. Dolegliwości bólowe kręgosłupa w grupie pracowników biurowych. Pozyskano z: <a href="http://ostry-dyzur.net/wp-content/uploads/Str.69-72.pdf">http://ostry-dyzur.net/wp-content/uploads/Str.69-72.pdf</a> , dostęp z 10.06.2020
<b>Zgliszczyński 2017</b>	Zgliszczyński W. Nadwaga i otyłość w Polsce. <i>Infos 4 (227)</i> . Biuro Analiz Sejmowych. Pozyskano z: <a href="http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/E1076D55B37A9603C12580E2002F7655/\$file/Infos227.pdf">http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/E1076D55B37A9603C12580E2002F7655/\$file/Infos227.pdf</a> , dostęp z 12.06.2020
<b>ZUS 2018</b>	Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Absencja chorobowa w 2017 roku. Pozyskano z: <a href="http://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa+w+2017+roku.pdf/1fae5bd6-b760-4a7e-8dec-0194b19c4cf1">http://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa+w+2017+roku.pdf/1fae5bd6-b760-4a7e-8dec-0194b19c4cf1</a> , dostęp z 25.01.2019