



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
Wydział Oceny Technologii Medycznych

---

# Profilaktyka i wczesne wykrywanie reumatoidalnego zapalenia stawów

Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych,  
działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej  
oraz warunków realizacji tych programów  
(art. 48aa ust. 1 Ustawy)

Raport nr: OT.434.5.2025

Warszawa, czerwiec 2025

## Kluczowe wnioski wynikające z aktualizacji Raportu (OT.423.4.2018)

### Problem decyzyjny

Zgodnie z art. 48aa Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, z własnej inicjatywy lub z inicjatywy Ministra właściwego do spraw zdrowia, dokonuje okresowej weryfikacji założeń zgromadzonych projektów PPZ i na podstawie wskazanej weryfikacji przygotowuje raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach PPZ oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Rada Przejrzystości na podstawie ww. raportu, wydaje opinię w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Następnie Prezes Agencji, biorąc pod uwagę opinię Rady Przejrzystości, wydaje rekomendację w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić Prezesowi Agencji opracowanie i wydanie rekomendacji, dotyczącej danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Zgodnie z art. 48aa ust. 8 rekomendacje, o których mowa powyżej, podlegają aktualizacji nie rzadziej niż co 5 lat.

Niniejszy dokument stanowi aktualizację raportu OT.423.4.2018 w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach PPZ oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów, i został opracowany w celu przygotowania aktualizacji rekomendacji 5/2020 zgodnie z art. 48aa ust. 8. Ustawy.

Poniżej przedstawiono zestawienie najważniejszych wniosków wynikających z pierwotnej wersji raportu i z przedmiotowej aktualizacji (Tabela 1).

**Tabela 1. Zestawienie najważniejszych wniosków wynikających z wyjściowej wersji raportu (OT.423.4.2018) oraz z jego aktualizacji**

Rozdział	Wyjściowa wersja raportu (2020 r.)	Aktualizacja raportu (2025 r.)
Epidemiologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oszacowanie liczby pacjentów chorych na choroby reumatyczne w Polsce jest trudne. Brakuje wiarygodnych danych dotyczących pacjentów reumatologicznych leczonych w systemie otwartym, sprawozdawczość poradni reumatologicznych jest niepełna, a dane NFZ nie uwzględniają świadczeniodawców niezawierających umów z płatnikiem (UŁ 2011).</li> <li>W Mapach Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układowych tkanki łącznej w Polsce, w roku 2016, zgłoszono ponad 15 tys. przypadków schorzeń z ww. grupy chorób. Najwyższy współczynnik zapadalności rejestrowanej w 2016 r., na choroby układu tkanki łącznej, odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (38,4/100 tys. osób). Najniższą wartość tego wskaźnika odnotowano natomiast w województwie kujawsko-pomorskim (23,2/100 tys. osób) (MPZ 2018).</li> <li>Zapadalność rejestrowana na choroby układowe tkanki łącznej różni się w ściśle określonych grupach wiekowych. Szczyt zapadalności w przypadku mężczyzn przypada na grupę wiekową 65+ (39,9/100 tys.). Natomiast wśród kobiet najwyższy wskaźnik zapadalności przypada na grupę wiekową 54-64 lat (80,8/1000 tys.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zgodnie z danymi przedstawionymi W BASiW, w Polsce w roku 2023 zrealizowano łącznie 270 135 porad związanych z RZS serododatnim. Największą liczbę porad z tego zakresu zrealizowano w województwie mazowieckim (ok. 41 tys.), najmniejszą zaś w województwie lubuskim (4 225) (BASiW 2025).</li> <li>Zgodnie z uzyskanymi danymi, w roku 2023, z programu lekowego z zakresu leczenia aktywnej postaci reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów, skorzystało łącznie 16 693 pacjentów z RZS (BASiW 2025).</li> <li>Z omawianego programu najczęściej korzystały osoby między 60 a 65 r.ż. (2 133), przy czym zbliżoną liczbę pacjentów odnotowano także w grupach wiekowych 55-60 r.ż. (1 958) oraz 65-70 r.ż. (1 937) (BASiW 2025).</li> <li>W Polsce w roku 2023 RZS serododatnie było odpowiedzialne za 310,71 tys. dni absencji chorobowej. Biorąc pod uwagę natomiast poszczególne województwa, największą liczbę dni absencji chorobowej z powodu omawianego problemu zdrowotnego wskazano w województwie mazowieckim (41 563), a najmniejszą z kolei w województwie podlaskim (5 385) (BASiW 2025).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Najniższą zapadalność na choroby układowe tkanki łącznej odnotowuje się w przypadku kobiet w wieku &lt;18 r.ż. (10,9/100 tys.) oraz w przypadku mężczyzn w wieku 18-44 lat (4,3/100 tys.) (MPZ 2018).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grupy wiekowe 45-49 r.ż. i 50-64 r.ż. stanowią grupę o najwyższym wskaźniku zapadalności na omawianą jednostkę chorobową (odpowiednio 34,9/100 tys. oraz 34,75/100 tys.). Zapadalność dla całego kraju w omawianym roku kształtowała się na poziomie ok. 16,24/100 tys. (IHME 2025).</li> <li>Zapadalność na seropozytywne RZS (M05) w roku 2021 wyniosła 18,5/100 tys. W przypadku innych RZS (M06), zapadalność osiągnęła poziom 10,9/100 tys. Zapadalność ogólna z uwzględnieniem zarówno kodu M05 i M06, wyniosła 29/100 tys. Krajewska-Włodarczyk 2024).</li> </ul>
<p><b>Postępowanie i stan finansowania ze środków publicznych</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnostyka reumatoidalnego zapalenia stawów finansowana jest ze środków publicznych w Polsce. Testy diagnostyczne (biochemiczne immunochemiczne) w kierunku RZS stanowią część świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li> <li>Ponadto w ramach EFS POWER Ministerstwo Zdrowia zaplanowało na lata 2016-2020 „Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Reumatoidalnego Zapalenia Stawów”, który realizowany jest przez 10 ośrodków leczniczych w całej Polsce.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Przedstawione w raporcie OT.423.7.2019 (Za1) informacje dotyczące finansowania świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Polsce pozostają aktualne.</li> </ul>
<p><b>Opinie ekspertów klinicznych</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eksperci są zgodni co do zasadności prowadzenia przez JST programów profilaktyki reumatoidalnego zapalenia stawów w związku z tym, że RZS jest najczęstszą zapalną chorobą reumatyczną wśród osób dorosłych oraz poziom wiedzy o tej chorobie wśród społeczeństwa, jak i personelu medycznego w Polsce, jest zbyt niski.</li> <li>Eksperci podkreślają, że interwencje realizowane w ramach PPZ powinny być przede wszystkim nastawione na działania edukacyjne. Zakres informacji przekazywany w ramach działań edukacyjno-informacyjnych powinien koncentrować się m.in. na:             <ul style="list-style-type: none"> <li>charakterystyce choroby,</li> <li>objawach sugerujących RZS,</li> <li>sposobach leczenia RZS,</li> <li>czynnikach ryzyka RZS,</li> <li>znaczeniu współpracy lekarza reumatologa z pacjentem i z lekarzem POZ,</li> <li>informacjach o aktywności życiowej, zawodowej, społecznej chorych na RZS.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>W otrzymanej opinii ekspert wskazuje na dalszą potrzebę prowadzenia PPZ z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów.</li> <li>W ocenie eksperta istotna dla zdrowia pacjentów oraz we wczesnym wykrywaniu RZS, jest poprawa zintegrowanej opieki pomiędzy POZ a specjalistami.</li> <li>Ekspert ocenił za zasadne rekomendowane działania przedstawione w aktualnej rekomendacji Prezesa AOTMiT.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eksperti są zgodni co do potrzeby objęcia programem ogólnej populacji osób dorosłych w wieku produkcyjnym oraz pracowników systemu ochrony zdrowia.</li> </ul>	
<p><b>Rekomendacje i wytyczne</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rekomendacje nie odnoszą się do działań profilaktycznych. Większość skupia się na późnej diagnostyce oraz leczeniu rozwiniętej postaci RZS. Brakuje dowodów, które pozwoliłyby na jednoznaczne stwierdzenie zasadności prowadzenia działań nakierowanych na profilaktykę reumatoidalnego zapalenia stawów.</li> <li>• W większości rekomendacji zaleca się prowadzenie działań edukacyjnych dla pacjentów z RZS oraz ich rodzin. W ramach edukacji należy skupić się nie tylko na metodach leczenia, ale także na modyfikowalnych czynnikach ryzyka, które mogły stanowić przyczynę wystąpienia RZS lub mogą prowadzić do zaostrzeń choroby.</li> <li>• W 7 z 9 rekomendacji zaleca się prowadzenie kontrolnych wizyt u lekarza w celu identyfikacji osób, u których pojawiają się wczesne objawy RZS lub dochodzi do niewyjaśnionego opuchnięcia i bolesności stawów. W oparciu o wczesną diagnozę należy skierować pacjenta do dalszej diagnostyki oraz, jeśli jest to uzasadnione, na leczenie.</li> <li>• W ramach działań profilaktycznych RZS, możliwe jest także prowadzenie szkoleń na temat pozytywnych i prewencyjnych aspektów aktywności fizycznej.</li> <li>• W części rekomendacji podkreśla się potrzebę zapewnienia pacjentom z RZS dostępu do zespołu wielodyscyplinarnego celem zwiększenia efektywności edukacji oraz poprawy efektywności działań leczniczych.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Odnalezione rekomendacje nie odnoszą się do działań profilaktycznych. Dostępne zalecenia skupiają się na późnej diagnostyce, samodzielnemu zarządzaniu chorobą oraz leczeniu rozwiniętej postaci RZS.</li> <li>• Jedynie pojedyncze rekomendacje podjęły kwestię realizacji działań informacyjno-edukacyjnych ukierunkowanych na RZS. Działania te powinny zostać skierowane do osób, u których potwierdzono już obecność omawianego problemu zdrowotnego.</li> <li>• Celem edukacji nie jest profilaktyka, a wsparcie pacjenta w prawidłowym samodzielnym zarządzaniu chorobą oraz optymalizacji jego zdrowia i samopoczucia. Zakres tematyczny przekazywanych informacji powinien obejmować kwestie możliwych powikłań wynikających z choroby, znaczenia ćwiczeń i zdrowego stylu życia oraz dostępnych opcji leczenia.</li> <li>• Dostępne rekomendacje towarzystw naukowych w dużym stopniu koncentrują się na realizacji działań diagnostycznych w populacji osób podejrzanych o obecność RZS. Działania diagnostyczne w kierunku stwierdzenia obecności RZS opierają się na segmencie badań laboratoryjnych oraz obrazowych.</li> </ul>
<p><b>Skuteczność kliniczna i bezpieczeństwo</b></p>	<p><u>Skuteczność działań profilaktycznych</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prowadzenie przez pacjentów z grupy ryzyka działań z zakresu aktywności fizycznej prowadzi do obniżenia prawdopodobieństwa wystąpienia RZS – RR=0,62 [95%CI: (0,42; 0,92)], w stosunku do ich niestosowania (Zaccardelli 2019).</li> <li>• W przypadku stosowania ćwiczeń dochodzi do ogólnego zminimalizowania odczuwanego bólu. Należy jednak mieć na uwadze fakt, że stosowanie tej metody jest efektywne w dłuższych perspektywach czasowych. Stosowanie tych działań przez okres krótszy niż 5 miesięcy, okazało się być nieistotne statystycznie – MD=0,00 [95%CI: (-0,42; 0,42)] (Bobos 2019).</li> <li>• Prowadzenie działań z zakresu tzw. „samoochrony stawów” prowadzi do obniżenia poziomu odczuwanego bólu o MD=-0,49 [95%CI: (-0,75; -0,22)] w sytuacji prowadzenia tych działań przez okres od 5 do 8 miesięcy (Bobos 2019).</li> </ul>	<p><u>Aktywność fizyczna</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Każdy wzrost aktywności fizycznej o 10 MET godzin w tygodniu obniża ryzyko wystąpienia RZS o 7% (Sun 2021).</li> </ul> <p><u>Czynniki ryzyka</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palenie tytoniu, obecnie lub w przeszłości, istotnie statystycznie zwiększa ryzyko wystąpienia RZS, o 34% (Ye 2021).</li> <li>• Wzrost wskaźnika BMI o każde 5 kg/m<sup>2</sup> wpływa istotnie statystycznie na zwiększone ryzyko wystąpienia RZS, o 9% (Ye 2021).</li> </ul> <p><u>Edukacja</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Systematyczna edukacja pacjenta chorego na RZS wpływa istotnie statystycznie na poprawę sprawności fizycznej oraz zmniejszenie wskaźnika aktywności choroby (Wu 2022).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prowadzenie działań z zakresu tzw. „samoochrony stawów” przez okres roku jest efektywne i prowadzi do obniżenia poziomu odczuwanego bólu o MD=-0,32 [95%CI: (-0,53; -0,11)] (Bobos 2019).</li> <li>• Prowadzenie działań z zakresu tzw. „samoochrony stawów” prowadzi także do poprawy ruchomości stawów. W efekcie dochodzi do zmniejszenia ograniczenia ruchomości stawów o MD=-0,49 [95%CI: (-0,75; -0,22)] w okresie od 5 do 8 miesięcy oraz o MD=-0,31 [95%CI: (-0,50; -0,11)] w perspektywie 12 miesięcy (Bobos 2019).</li> </ul> <p><u>Czynniki ryzyka</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stwierdzono, iż palenie tytoniu prowadzi do zwiększenia szansy wystąpienia RZS w populacji do poziomu OR=1,87. Dotyczy to także osób, które zaprzestały lub ograniczyły palenie tytoniu – OR=1,76 (Zaccardelli 2019).</li> <li>• W przypadku palących mężczyzn szansa wystąpienia RZS wzrasta do poziomu OR=3,91[95%CI: (2,78; 5,50)]. W populacji palących kobiet natomiast szansa rozwinięcia RZS wzrasta do poziomu OR=1,29 [95%CI: (0,94-1,77)] (Lahiri 2012).</li> <li>• Autorzy przeglądu stwierdzają, że prawdopodobieństwo wystąpienia RZS u osób z nadwagą/otyłością waha się między RR=1,21 [95%CI: (1,02; 1,44)] a RR=1,45 [95%CI: (1,07; 1,95)] (Zaccardelli 2019).</li> <li>• Nadwaga w porównaniu do prawidłowej wagi sprzyja zachorowaniu na RZS, podnosząc prawdopodobieństwo do poziomu RR=1,12 [95%CI: (1,04; 1,20)]. Tyczy się to także otyłości, gdzie prawdopodobieństwo wystąpienia RZS wzrasta do poziomu RR=1,23 [95%CI: (1,09; 1,39)] (Feng 2019).</li> </ul> <p><u>Bezpieczeństwo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• W wyniku prac analitycznych nie odnaleziono dowodów wtórnych, które odnosiły się do potencjalnych działań niepożądanych związanych z prowadzeniem działań profilaktycznych nakierowanych na reumatoidalne zapalenie stawów.</li> </ul>	<p><u>Bezpieczeństwo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• W wyniku prac analitycznych nie odnaleziono wtórnych, doniesień naukowych oraz rekomendacji klinicznych, które odnosiły się do potencjalnych działań/zdarzeń niepożądanych związanych z realizacją działań profilaktycznych w kierunku RZS.</li> </ul>
<p><b>Efektywność kosztowa</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• W trakcie prac analitycznych nie odnaleziono dowodów wtórnych, odwołujących się do efektywności kosztowej profilaktyki reumatoidalnego zapalenia stawów ani odnoszących się do kosztów związanych z chorobą.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• W wyniku prac analitycznych nie odnaleziono analiz ekonomicznych, które odnosiły się do kosztów realizacji działań profilaktycznych i badań przesiewowych w kierunku reumatoidalnego zapalenia stawów.</li> </ul>

Zastosowane skróty:

<b>6MWT</b>	test 6-minutowego marszu, ang. <i>6 Minute Walk Test</i>
<b>aCPA</b>	przeciwciała przeciwko cyklicznemu cytrulinowanemu peptydowi, ang. <i>anti-cyclic citrullinated peptide autoantibodies</i> ),
<b>Agencja</b>	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
<b>AMSTAR</b>	ang. <i>A Measurement Tool to Assess systematic Reviews</i>
<b>ANA</b>	przeciwciała przeciwjądrowe, ang. <i>anti-nuclear antibodies</i>
<b>AOS</b>	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
<b>AOTMiT</b>	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
<b>BASIW</b>	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych
<b>BCG</b>	ang. <i>British Columbia Government</i>
<b>BMI</b>	wskaźnik masy ciała, ang. <i>Body Mass Index</i>
<b>CI</b>	przedział ufności, ang. <i>confidence interval</i>
<b>CRP</b>	białko C-reaktywne, ang. <i>C-reactive protein</i>
<b>EFS</b>	Europejski Fundusz Społeczny
<b>EULAR</b>	ang. <i>European Alliance of Associations for Rheumatology</i>
<b>FSR</b>	ang. <i>French Society of Rheumatology</i>
<b>GBD</b>	ang. <i>Global Burden of Disease</i>
<b>HAQ-DI</b>	wskaźnik niepełnosprawności, ang. <i>Health Assessment Questionnaire Disability Index</i>
<b>HTA</b>	Ocena Technologii Medycznych, ang. <i>health technology assessment</i>
<b>ICD-10/11</b>	Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, ang. <i>International Classification of Diseases</i>
<b>IgA</b>	immunoglobulina A
<b>IgG</b>	immunoglobulina G
<b>IgM</b>	immunoglobulina M
<b>JST</b>	Jednostka Samorządu Terytorialnego
<b>KK</b>	Konsultant Krajowy
<b>KW</b>	Konsultant Wojewódzki
<b>LLLT</b>	lasoterapia o małej i średniej mocy, ang. <i>low level laser therapy</i>
<b>MD</b>	rożnica średnich, ang. <i>main difference</i>
<b>Meta.</b>	metaanaliza
<b>MPZ</b>	Mapy Potrzeb Zdrowotnych
<b>MZ</b>	Ministerstwo Zdrowia
<b>NFZ</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia
<b>NPRS</b>	skala numeryczna oceny bólu, ang. <i>Numeric Pain Rating Scale</i>
<b>NRS</b>	skala numeryczna, ang. <i>Numeric Rating Scale</i>
<b>OB</b>	odczyn Biernackiego
<b>OR</b>	iloraz szans, ang. <i>odds ratio</i>

<b>PO WER</b>	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój
<b>POZ</b>	podstawowa opieka zdrowotna
<b>PPZ</b>	program polityki zdrowotnej
<b>Przeg. Syst.</b>	przeegląd systematyczny
<b>PSC</b>	kwestionariusz skarg specyficznych dla pacjenta, ang. <i>Patient Specific Complaints</i>
<b>r.ż.</b>	rok życia
<b>RCT</b>	randomizowane badanie z grupą kontrolną, ang. <i>randomized controlled trial</i>
<b>RDSPT</b>	ang. <i>Royal Dutch Society for Physical Therapy</i>
<b>RF</b>	czynnik reumatoidalny, ang. <i>rheumatoid factor</i>
<b>RR</b>	ryzyko względne ang. <i>relative risk</i>
<b>RTG</b>	rentgenografia
<b>RZS</b>	reumatoidalne zapalenie stawów
<b>SMD</b>	standaryzowana różnica średnich, ang. <i>standardized mean difference</i>
<b>TENS</b>	przezskórna elektryczna stymulacja nerwów, ang. <i>transcutaneous electrical nerve stimulation</i>
<b>UK NHS</b>	ang. <i>United Kingdom National Health Service</i>
<b>Ustawa</b>	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)

## Spis treści

1. Problem decyzyjny .....	9
2. Uzasadnienie dla aktualizacji rekomendacji.....	10
2.1. Zmiany w stosunku do poprzedniej wersji raportu .....	10
2.2. Nowe informacje i zmiany względem aktualizowanego raportu .....	11
3. Problem zdrowotny .....	14
3.1. Opis jednostki chorobowej.....	14
3.2. Wskaźniki epidemiologiczne.....	14
3.3. Znaczenie dla zdrowia obywateli.....	18
4. Aktualne postępowanie w ocenianym zagadnieniu – wskazanie dostępnych technologii medycznych i stan ich finansowania .....	19
4.1. Wskazanie opcjonalnych technologii medycznych (zgodnie z art. 48aa ust. 7 pkt. 4).....	20
5. Rekomendacje kliniczne i finansowe – opis odnalezionych rekomendacji w ocenianym wskazaniu .....	21
6. Opinie ekspertów klinicznych .....	32
7. Analiza kliniczna .....	37
7.1. Metodologia wyszukiwania dowodów naukowych.....	37
7.2. Ocena jakości włączonych badań wtórnych.....	37
7.3. Wyniki analizy skuteczności i bezpieczeństwa.....	39
7.3.1. Charakterystyka i wyniki badań włączonych do analizy skuteczności .....	39
7.3.2. Charakterystyka i wyniki badań włączonych do analizy bezpieczeństwa .....	52
7.3.3. Przegląd analiz ekonomicznych .....	52
7.4. Ograniczenia analizy klinicznej.....	53
8. Warunki realizacji programów polityki zdrowotnej dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.....	54
9. Monitorowanie oraz ewaluacja programów polityki zdrowotnej w danym problemie zdrowotnym .....	56
10. Analiza raportów końcowych.....	57
11. Podsumowanie wniosków z poprzedniej wersji raportu OT.423.4.2018.....	58
12. Piśmiennictwo.....	61
13. Załączniki.....	64

## 1. Problem decyzyjny

*<Opisać historię zlecenia, ew. korespondencję ze zleciennodawcą lub opisać szczegółowo wynik weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów polityki zdrowotnej>*

Zgodnie z art. 48aa Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, z własnej inicjatywy lub z inicjatywy Ministra właściwego do spraw zdrowia, dokonuje okresowej weryfikacji założeń zgromadzonych projektów PPZ i na podstawie wskazanej weryfikacji przygotowuje raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach PPZ oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Rada Przejrzystości na podstawie ww. raportu, wydaje opinię w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Następnie Prezes Agencji, biorąc pod uwagę opinię Rady Przejrzystości, wydaje rekomendację w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić Prezesowi Agencji opracowanie i wydanie rekomendacji, dotyczącej danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Zgodnie z art. 48aa ust. 8 rekomendacje, o których mowa powyżej, podlegają aktualizacji nie rzadziej niż co 5 lat.

Dnia 30 listopada 2020 r. Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydał Rekomendację nr 5/2020 w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS).

Niniejszy dokument stanowi aktualizację raportu OT.423.4.2018 w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach PPZ oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów, i został opracowany w celu przygotowania aktualizacji rekomendacji 5/2020 zgodnie z art. 48aa ust. 8. Ustawy.

Do dnia 28.04.2025 roku Agencja zgodnie z art. 48aa ust. 11 Ustawy o świadczeniach, nie otrzymała od jednostek samorządu terytorialnego oświadczeń o przygotowaniu projektu programu polityki zdrowotnej zgodnie z rekomendacją nr 5/2020 w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów.

Agencja do dnia 28.04.2025 roku, zgodnie z trybem określonym w Ustawie o świadczeniach nie otrzymała od jednostek samorządu terytorialnego raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów.

## 2. Uzasadnienie dla aktualizacji rekomendacji

Rekomendacja Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 5/2020 w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów została wydana 30 listopada 2020 r.

Zgodnie z art. 48aa ust. 8 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, rekomendacje Prezesa Agencji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów podlegają aktualizacji nie rzadziej niż co 5 lat.

### 2.1. Zmiany w stosunku do poprzedniej wersji raportu

Niniejsze opracowanie stanowi aktualizację raportu OT.423.4.2018 opracowanego w czerwcu 2020 r.

Zmiany w poszczególnych rozdziałach opracowania, w stosunku do poprzedniej wersji, przedstawiono w tabeli poniżej (Tabela 2).

**Tabela 2. Zmiany w poszczególnych rozdziałach opracowania, w stosunku do raportu OT.423.4.2018**

Rozdział	Zmiana [dodane dokumenty źródłowe]
<b>3. Problem zdrowotny</b>	Opis problemu zdrowotnego pozostał bez zmian względem raportu OT.423.4.2018. Dodatkowo przedstawiono kody ICD-11 dla reumatoidalnego zapalenia stawów.  Stworzono nowy opis sytuacji epidemiologicznej – uwzględniono najnowsze dostępne raporty dotyczące polskiej populacji [BASiW 2025, IHME 2025, MPZ 2021].  Uwzględniono badania epidemiologiczne odnoszące się do kwestii zapadalności na RZS [Krajewska-Włodarczyk 2024]
<b>4. Aktualne postępowanie w ocenianym zagadnieniu – wskazanie dostępnych technologii medycznych i stan ich finansowania</b>	Sprawdzono aktualność przepisów dotyczących finansowania świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ oraz AOS przedstawionych w raporcie OT.423.4.2018 (Zal 1).
<b>5. Rekomendacja kliniczne i finansowe – opis odnalezionych rekomendacji w ocenianym wskazaniu</b>	Zaktualizowano rekomendację opisaną w poprzedniej wersji raportu [FSR 2024, EULAR 2021].  Opisano dodatkowe rekomendacje [NHS UK 2023, BC 2022, RDSPT 2021, EULAR 2018].
<b>6. Opinie ekspertów klinicznych</b>	Uwzględniono nową opinię eksperta [KW w dziedzinie reumatologii dla woj. lubuskiego].
<b>7. Analiza kliniczna</b>	Przeprowadzono aktualizację wyszukiwania, w oparciu o strategię opracowaną na potrzeby raportu OT.423.4.2018 ukierunkowaną na profilaktykę i wczesne wykrywanie reumatoidalnego zapalenia stawów.  Opisano nowe badania wtórne odnoszące się do skuteczności działań profilaktycznych w reumatoidalnym zapaleniu stawów [Bounabe 2024, Namavari 2024, Wang 2024, Zhang 2023, Li 2022, Wu 2022, Ye 2021, Sun 2021, Ohno 2020].
<b>8. Warunki realizacji programów polityki zdrowotnej</b>	Zaktualizowano opis warunków realizacji PPZ na podstawie otrzymanej opinii eksperta. Uwzględniono również warunki realizacji zawarte w rekomendacji Prezesa AOTMiT nr 5/2020.  W wyniku wyszukiwania nie odnaleziono zaleceń odnoszących się bezpośrednio do warunków realizacji interwencji nakierowanych na profilaktykę i wczesne wykrywanie reumatoidalnego zapalenia stawów.
<b>9. Monitorowanie oraz ewaluacja programów polityki zdrowotnej</b>	Zaktualizowano na podstawie otrzymanej opinii eksperta. Uwzględniono zapisy zawarte w rekomendacji Prezesa AOTMiT nr 5/2020.

<b>10. Analiza raportów końcowych z realizacji PPZ</b>	Dodano nowy rozdział względem poprzedniego raportu, uwzględniający analizę raportów końcowych z realizacji PPZ zgodnych z zapisami rekomendacji Prezesa AOTMiT nr 5/2020.
<b>11. Podsumowanie wniosków z poprzedniej wersji raportu OT.423.4.2018</b>	Dodano nowy rozdział, uwzględniający zapisy wniosków z poprzedniej wersji raportu.
<b>13. Piśmiennictwo</b>	Uwzględniono wszystkie publikacje wykorzystywane podczas tworzenia dokumentu.
<b>14. Załączniki</b>	Przedstawiono zaktualizowaną strategię wyszukiwania oraz inne załączniki wykorzystywane podczas tworzenia dokumentu.

## 2.2. Nowe informacje i zmiany względem aktualizowanego raportu

### Epidemiologia

- W Polsce w roku 2023, w ramach AOS, zrealizowano łącznie 270 135 porad związanych z RZS serododatnim. Najwięcej porad z tego zakresu zrealizowano w województwie mazowieckim (ok. 41 tys.), najmniej zaś w województwie lubuskim (4 225) (BASiW 2025).
- Zgodnie z danymi, w roku 2023 z programu lekowego ukierunkowanego na leczenie aktywnego RZS, skorzystało łącznie 16 693 pacjentów z ww. problemem zdrowotnym. Z programu lekowego najczęściej korzystały osoby między 60 a 65 r.ż. (2 133), przy czym zbliżoną liczbę pacjentów odnotowano także w grupach wiekowych między 55 a 60 r.ż. (1 958) oraz 65 a 70 r.ż. (1 937) (BASiW 2025).
- W 2023 r. w Polsce seropozytywne RZS było odpowiedzialne za 310,71 tys. dni absencji chorobowej. RZS serododatnie było odpowiedzialne za 310,71 tys. dni absencji chorobowej. Biorąc natomiast pod uwagę poszczególne województwa, największą liczbę dni absencji chorobowej z powodu omawianego problemu zdrowotnego wskazano w województwie mazowieckim (41 563), a najmniejszą z kolei w województwie podlaskim (5 385) (BASiW 2025).
- Grupy wiekowe 45-49 r.ż. i 50-64 r.ż. stanowią populację o najwyższym wskaźniku zapadalności na omawianą jednostkę chorobową (odpowiednio 34,9/100 tys. oraz 34,75/100 tys.). Zapadalność dla całego kraju w omawianym roku kształtowała się na poziomie ok. 16,24/100 tys. (IHME 2025).
- Zapadalność na seropozytywne RZS (M05) w roku 2021 wyniosła 18,5/100 tys. W przypadku innych RZS (M06), zapadalność osiągnęła poziom 10,9/100 tys. Zapadalność ogólna z uwzględnieniem zarówno kodu M05 i M06 wyniosła 29/100 tys. (Krajewska-Włodarczyk 2024).

### Aktualne postępowanie

- Przedstawione w raporcie OT.423.7.2019 (Za1 1) informacje dotyczące finansowania świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Polsce pozostają aktualne.

### Opinie ekspertów krajowych

W toku prac analitycznych otrzymano jedną opinię od eksperta w sprawie zasadności kontynuacji prowadzenia programów polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów. Poniższe podsumowanie jest na podstawie opinii Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie reumatologii dla woj. lubuskiego [Za1 2].

#### Zasadność dalszego prowadzenia PPZ z zakresu profilaktyki RZS i optymalny zakres działań w ramach PPZ

- W opinii KW uzasadnione jest dalsze prowadzenie PPZ z rzezczonego zakresu, a przedstawione rekomendowane działania w aktualnej rekomendacji Prezesa AOTMiT są zasadne.
- Ekspertka podkreśla, że chorzy na RZS wymagają kompleksowej opieki medycznej, zintegrowanej pomiędzy opieką podstawową a specjalistami.
- Dodatkowo wskazuje, że interakcja i komunikacja między lekarzem a pacjentem ma znaczący wpływ na szybszą diagnozę choroby i wyniki leczenia.
- Optymalny zakres działań w ramach PPZ powinien obejmować:
  - poprawę komunikacji pomiędzy lekarzami rodzinnymi a specjalistami;

- edukację pacjentów, w tym:
  - możliwości terapeutyczne, opcje leczenia,
  - informacje dotyczące choroby i jej monitorowania,
  - samodzielnym zarządzaniu chorobą, wspólnym podejmowaniu decyzji i komunikacji z zespołami opiekuńczymi,
  - wpływ przestrzegania zaleceń lekarskich i zmian w stylu życia w radzeniu sobie z chorobą,
  - zalecenia dotyczące zmiany stylu życia i stosowanej diety,
  - korzyści z systematycznego stosowania leków, potencjalnych działań niepożądanych i długoterminowego leczenia RZS,
  - wczesne objawy zaostrzeń choroby i aktywne uczestnictwo w leczeniu;
- monitorowanie pacjentów;
- badania przesiewowe w kierunku czynników ryzyka i chorób współistniejących u pacjentów POZ;
- poprawa komunikacji pomiędzy fizjoterapeutami a pielęgniarkami;
- interdyscyplinarne działania, zarówno medyczne, jak i z psychospołecznymi aspektami leczenia RZS.

### Cele PPZ

- Według opinii eksperta do mierzalnych celów PPZ z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania RZS można zaliczyć:
  - zwiększenie wykrywalności RZS;
  - zwiększenie odsetka chorych, którym wdrożono skuteczne leczenie oraz procent pacjentów, którzy uzyskali długotrwałą remisję kliniczną oraz laboratoryjną.

### **Wytyczne towarzystw naukowych**

W ramach wyszukiwania odnaleziono 5 nowych wytycznych oraz 1 aktualizację rekomendacji towarzystw naukowych odnoszących się do kwestii postępowania w RZS.

#### Profilaktyka pierwotna

Odniesione rekomendacje nie odnoszą się do działań profilaktycznych. Dostępne zalecenia skupiają się na późnej diagnostyce, samzarządzaniu chorobą oraz leczeniu rozwiniętej postaci RZS (FSR 2024, UK NHS 2023, BCG 2022, EULAR 2021, RDSPT 2021, EULAR 2018).

#### Działania informacyjno-edukacyjne

Jedynie pojedyncze rekomendacje podjęły kwestię realizacji działań informacyjno-edukacyjnych ukierunkowanych na RZS. Działania te powinny zostać skierowane do osób, u których potwierdzono już obecność omawianego problemu zdrowotnego. Celem edukacji nie jest profilaktyka, a wsparcie pacjenta w prawidłowym samzarządzaniu chorobą oraz optymalizacji jego zdrowia i samopoczucia. Zakres tematyczny przekazywanych informacji powinien obejmować kwestie możliwych powikłań wynikających z choroby, znaczenia ćwiczeń i zdrowego stylu życia oraz dostępnych opcji leczenia (RDSPT 2021). Ponadto w jednej rekomendacji zwrócono także uwagę na zasadność prowadzenia działań edukacyjnych ukierunkowanych na promowanie aktywności fizycznej (EULAR 2018).

#### Działania diagnostyczne

Dostępne rekomendacje towarzystw naukowych w dużym stopniu koncentrują się na realizacji działań diagnostycznych w populacji osób z podejrzeniem RZS. Wskazywane w wytycznych badania wykorzystywane w diagnostyce RZS obejmują badania laboratoryjne (m.in.. morfologię krwi, poziom białka C-reaktywnego czy czynnik reumatoidalny) oraz obrazowe (RTG dłoni, nadgarstków, stóp lub innych bolesnych stawów) (FSR 2024, UK NHS 2023, BCG 2022).

### **Dowody naukowe**

Do niniejszego opracowania włączono łącznie 9 publikacji naukowych odnoszących się do skuteczności działań profilaktycznych i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów. 1 publikacja opisuje związek przyczynowo-skutkowy między aktywnością fizyczną a ryzykiem rozwoju RZS; 6 publikacji opisuje czynniki ryzyka rozwoju RZS oraz 2 publikacje analizują wpływ interwencji edukacyjnych na pacjentów z RZS.

Poniżej przedstawiono najważniejsze wyniki z odnalezionych badań dotyczących skuteczności profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów.

#### Aktywność fizyczna:

- Wysoki poziom rekreacyjnej aktywności fizycznej w czasie wolnym, w porównaniu do niskiego poziomu, wykazuje istotny statystycznie wpływ na zmniejszenie ryzyka wystąpienia RZS o 21% (Sun 2021).
- Każdy wzrost aktywności fizycznej o 10 MET godzin w tygodniu obniża ryzyko wystąpienia RZS o 7% (Sun 2021).

#### Czynniki ryzyka:

- Obecność przewlekłej obturacyjnej choroby płuc istotnie statystycznie zwiększa szansę wystąpienia RZS (Wang 2024).
- Bierne palenie tytoniu istotnie statystycznie zwiększa o 12% ryzyko wystąpienia RZS (Zhang 2023).
- Palenie tytoniu, obecnie lub w przeszłości, istotnie statystycznie zwiększa ryzyko wystąpienia RZS, o 34% (Ye 2021).
- Nadwaga lub otyłość istotnie statystycznie zwiększają ryzyko rozwoju RZS o 27% (Ye 2021).
- Wzrost wskaźnika BMI o każde 5 kg/m<sup>2</sup> wpływa istotnie statystycznie na zwiększone ryzyko wystąpienia RZS, o 9% (Ye 2021).

#### Edukacja:

- Systematyczna edukacja pacjenta chorego na RZS wpływa istotnie statystycznie na poprawę sprawności fizycznej oraz zmniejszenie wskaźnika aktywności choroby (Wu 2022).
- Nie wykazano istotnego statystycznie wpływu systematycznej edukacji pacjenta na parametry laboratoryjne (OB, CRP) oraz na poziom lęku i zaburzeń depresyjnych (Wu 2022).

#### **Bezpieczeństwo**

W wyniku prac analitycznych nie odnaleziono nowych wtórnych, doniesień naukowych oraz rekomendacji klinicznych, które odnosiły się do potencjalnych działań/zdarzeń niepożądanych związanych z realizacją działań profilaktycznych w kierunku RZS.

#### **Przegląd analiz ekonomicznych**

W wyniku prac analitycznych nie odnaleziono nowych analiz ekonomicznych, które odnosiły się do kosztów realizacji działań profilaktycznych w kierunku RZS.

### 3. Problem zdrowotny

<Opis problemu zdrowotnego, którego dotyczy Raport, w tym znaczenie dla sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, czynniki ryzyka, etiologia, objawy, najważniejsze informacje na temat leczenia i diagnostyki>

#### 3.1. Opis jednostki chorobowej

Jedenasta rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) obowiązuje jako klasyfikacja międzynarodowa od dnia 1.01.2022 r. Polskę, podobnie jak inne kraje, obowiązuje około pięcioletni okres na wdrożenie aktualizacji klasyfikacji i dostosowanie jej do systemu krajowego. W związku z powyższym trwają prace nad tłumaczeniem, przystosowaniem systemów opieki zdrowotnej umożliwiające sprawozdawczość zgodnie z ICD 11 oraz szkoleniem przyszłych użytkowników<sup>1</sup>.

Zgodnie z polską wersją językową ICD-11<sup>2</sup> choroby związane z reumatoidalnym zapaleniem stawów obejmują następujące kody:

- FA20: Reumatoidalne zapalenie stawów
  - FA20.0: seropoztywne reumatoidalne zapalenie stawów;
  - FA20.1: seronegatywne reumatoidalne zapalenie stawów;
  - FA20.Z: reumatoidalne zapalenie stawów o nieokreślonej serologii.

Pozostałe przedstawione w raporcie OT.423.4.2018 (Za1 1) informacje dotyczące reumatoidalnego zapalenia stawów pozostają aktualne.

#### 3.2. Wskaźniki epidemiologiczne

<Wskaźniki zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określone na podstawie aktualnej wiedzy medycznej, zalecane – w odniesieniu do obszaru, którego problem dotyczy; opracować na podstawie danych odnalezionych, zaznaczając, z jakiego źródła pochodzą>

W ramach Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, nie odnaleziono żadnych informacji odnoszących się do rozpowszechnienia reumatoidalnego zapalenia stawów w polskiej populacji.

W Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASIW) natomiast odnaleziono informacje odnoszące się do liczby zrealizowanych porad związanych z RZS serododatnim, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W Polsce w roku 2023 zrealizowano łącznie 270 135 ww. porad. Najwięcej porad z tego zakresu zrealizowano w województwie mazowieckim (ok. 41 tys.), najmniej zaś w województwie lubuskim (4 225). Należy także zaznaczyć, że liczba poradni udzielających świadczeń związanych z RZS serododatnim jest zróżnicowana. Najwięcej poradni funkcjonuje w województwie mazowieckim (497), a najmniej w województwie lubuskim (68) (Tabela 3)<sup>3</sup>.

**Tabela 3. Liczba porad specjalistycznych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz liczba poradni, skierowanej na seropoztywne RZS w roku 2023**

Województwo	Liczba porad	Liczba poradni
Mazowieckie	40 937	497
Śląskie	37 827	397
Małopolskie	22 251	266
Wielkopolskie	20 749	260
Lubelskie	20 186	177
Łódzkie	18 290	213

<sup>1</sup> Ministerstwo Zdrowia (2025). Wsparcie wdrożenia jedenastej rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) w polskim systemie ochrony zdrowia (II etap prac). Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wdrozenia-icd-11>, dostęp z 29.04.2025

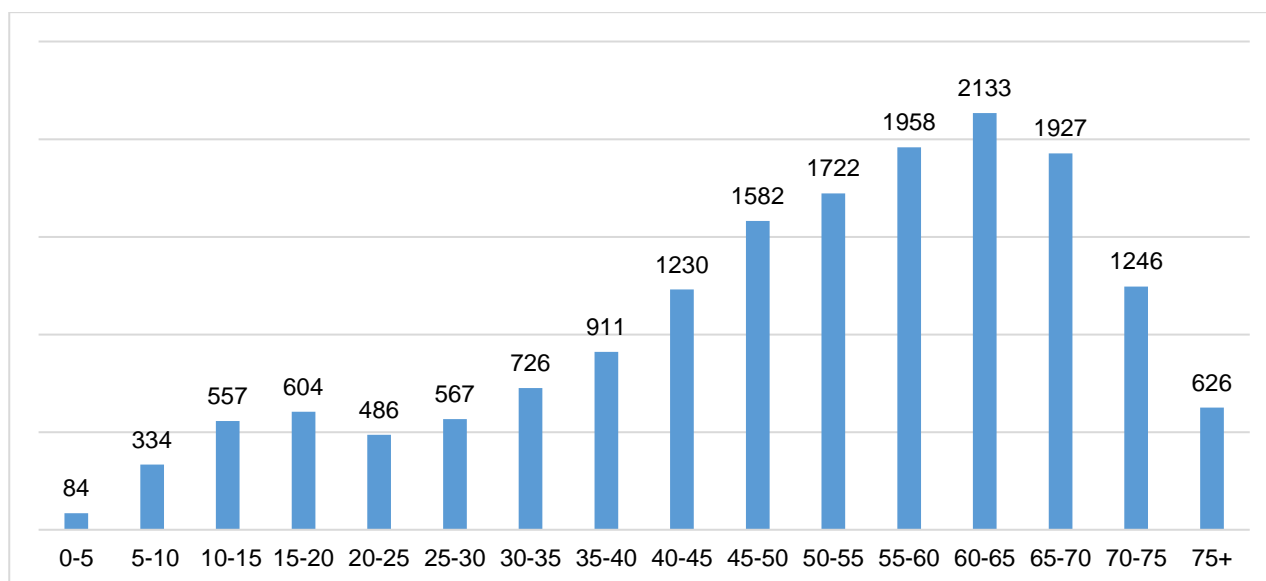
<sup>2</sup> Rejestr Systemów Kodowania (2025). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD-11 – polska wersja językowa. Pozyskano z: <https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD1/2023-01/mms/details>, dostęp z 29.04.2025

<sup>3</sup> Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2025). Mapy potrzeb zdrowotnych. Mapa potrzeb na lata 2022-2026. Pozyskano z: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/>, dostęp z 29.04.2025

Podkarpackie	17 451	184
Pomorskie	16 579	181
Kujawsko-pomorskie	14 743	171
Dolnośląskie	13 050	268
Świętokrzyskie	12 393	101
Warmińsko-mazurskie	9 520	110
Podlaskie	8 993	93
Zachodniopomorskie	8 193	103
Opolskie	3 748	74
Lubuskie	4 225	68
<b>Polska</b>	<b>270 135</b>	<b>3 163</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie BASiW 2025

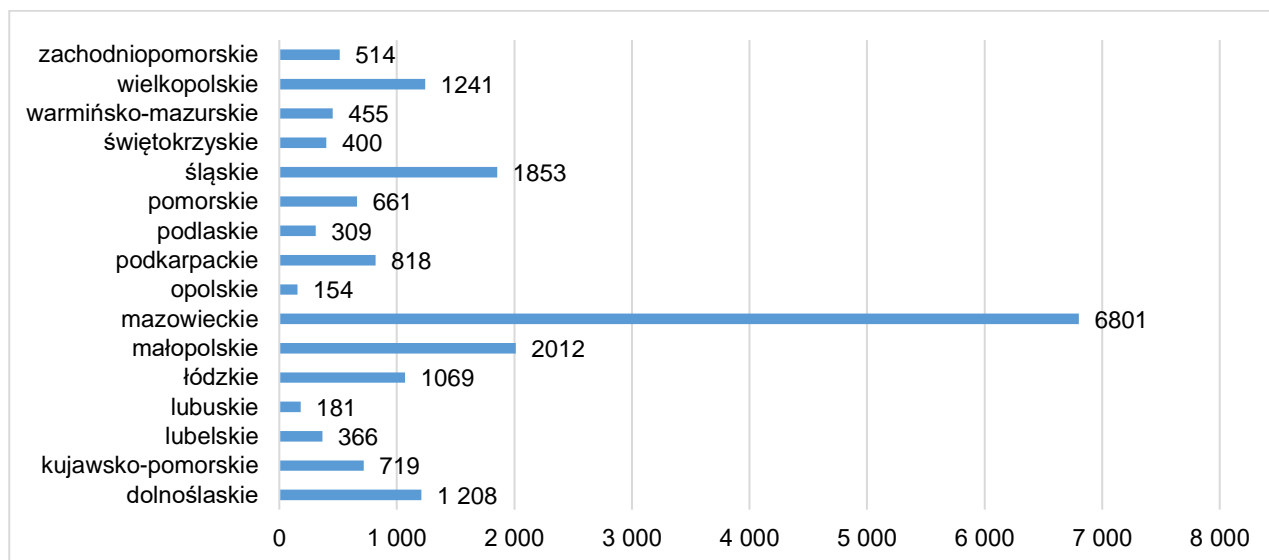
W ramach BASiW zaprezentowano także informacje odnoszące się do uczestnictwa pacjentów w programie lekowym pt. „B.33. leczenie aktywnej postaci reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów”. Zgodnie z uzyskanymi danymi, w roku 2023, z programu skorzystało łącznie 16 693 pacjentów z RZS. Z programu lekowego najczęściej korzystały osoby między 60 a 65 r.ż. (2 133), przy czym zbliżoną liczbę pacjentów odnotowano także w grupach wiekowych między 55 a 60 r.ż. (1 958) oraz 65 a 70 r.ż. (1 927) (Rycina 1). Warto także podkreślić, że największą liczbę pacjentów korzystających z omawianego programu lekowego odnotowano w województwie mazowieckim (6 801), a najmniejszą w województwie opolskim (154) (Rycina 2)<sup>4</sup>.



Rycina 1. Liczba pacjentów z poszczególnych grup wiekowych, korzystających z programu lekowego „B.33. leczenie aktywnej postaci reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów”, w 2023 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie BASiW 2025

<sup>4</sup> Ibidem.



**Rycina 2. Liczba pacjentów korzystających w 2023 r. z programu lekowego „B.33. leczenie aktywnej postaci reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów”, w poszczególnych województwach**

Źródło: opracowanie własne na podstawie BASiW 2025

W ramach omawianej bazy, odnaleziono także dane nt. absencji chorobowej wynikającej z rozpoznania u pacjenta RZS serododatniego. Zgodnie z zaprezentowanymi danymi, w Polsce w roku 2023 RZS serododatnie było odpowiedzialne za 310,71 tys. dni absencji chorobowej. Biorąc natomiast pod uwagę poszczególne województwa, największą liczbę dni absencji chorobowej z powodu omawianego problemu zdrowotnego wskazano w województwie mazowieckim (41 563), a najmniejszą z kolei w województwie podlaskim (5 385) (Tabela 4)<sup>5</sup>.

**Tabela 4. Liczba dni absencji chorobowej w Polsce oraz w poszczególnych województwach, z powodu seropozytywnego RZS w 2023 r.**

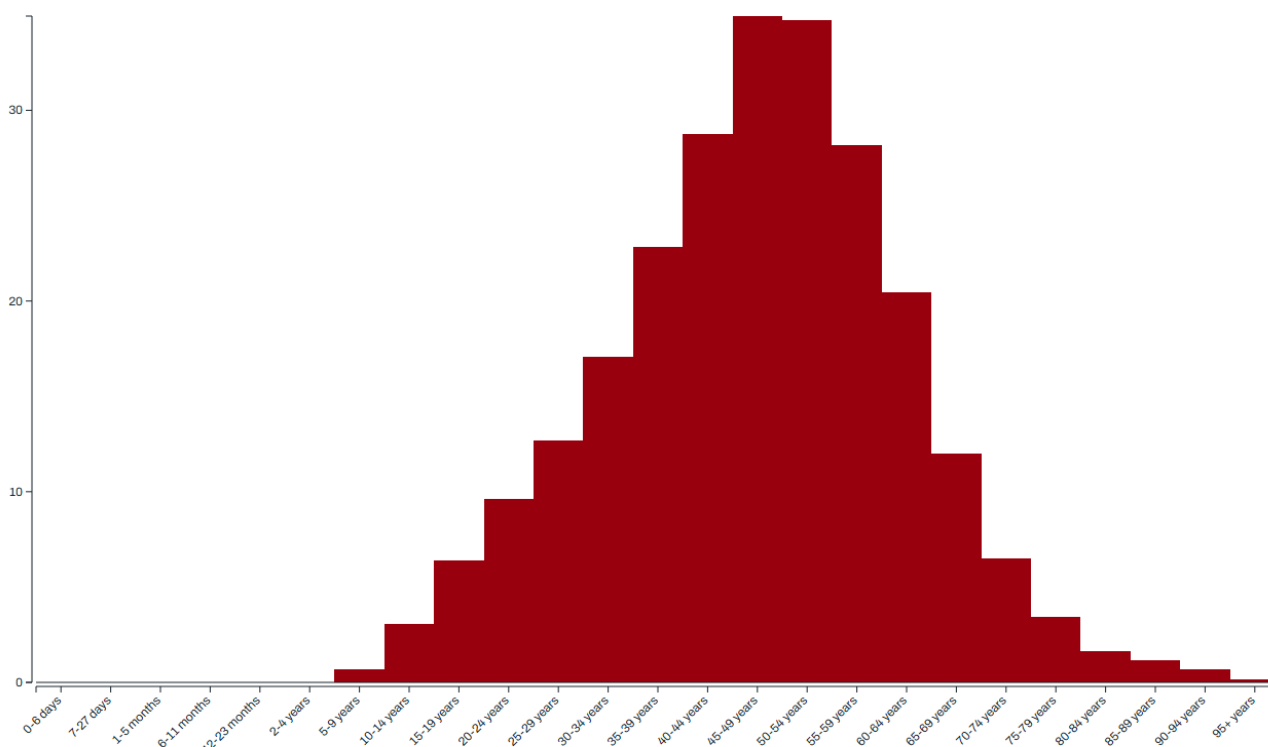
Województwo	Liczba dni absencji chorobowej
dolnośląskie	21 484
kujawsko-pomorskie	16 281
lubelskie	14 710
lubuskie	5 922
łódzkie	28 905
małopolskie	23 306
mazowieckie	41 563
opolskie	8 034
podkarpackie	15 617
podlaskie	5 385
pomorskie	22 377
śląskie	32 667
świętokrzyskie	14 909
warmińsko-mazurskie	12 493
wielkopolskie	34 193

<sup>5</sup> Ibidem.

zachodniopomorskie	12 860
<b>Polska</b>	<b>310 710</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie BASiW 2024

W bazie *Global Burden of Disease (GBD)*, możliwe jest także odnalezienie informacji nt. zapadalności na RZS w Polsce w roku 2021. Zapadalność dla całego kraju w omawianym roku kształtowała się na poziomie ok. 16,24/100 tys. Zgodnie z zaprezentowanymi na poniższej rycinie danymi, najwyższe wartości tego wskaźnika obserwowane są w starszych grupach wiekowych. Grupy wiekowe 45-49 r.ż. i 50-64 r.ż. stanowią populacje o najwyższym wskaźniku zapadalności na omawianą jednostkę chorobową (odpowiednio 34,9/100 tys. oraz 34,75/100 tys.). Obserwując trendy zapadalności należy zauważyć, że omawiany problem zdrowotny dotyczy w głównej mierze osób starszych, choć stopniowy wzrost liczby przypadków odnotowuje się już w grupie 10-14 latków (Rycina 3)<sup>6</sup>.



**Rycina 3. Zapadalność na RZS w Polsce w roku 2021, z uwzględnieniem wieku**

Źródło: IHME 2025

Dodatkowo, w odniesieniu do kwestii zapadalności na reumatoidalne zapalenie stawów, odnaleziono również badanie epidemiologiczne Krajewska-Włodarczyk 2024. W ramach omawianego badania, od NFZ uzyskano dane nt. liczby pacjentów, którzy co najmniej dwukrotnie skorzystali z dostępnych w ramach świadczeń gwarantowanych, konsultacji ze wskazaniem kodu ICD:10 M05 (serpozytywne RZS) bądź M06 (inne RZS). Zgodnie z jego wynikami, na terenie Polski w roku 2021 ok. 11 195 osób zostało zdiagnozowanych z RZS. Spośród nich 7 059 zostało zdiagnozowanych z serpozytywnym RZS, a pozostałe 4 136 z inną formą tej choroby. W efekcie zapadalność na serpozytywne RZS w roku 2021 wyniosła 18,5/100 tys. W przypadku innych RZS (M06), zapadalność osiągnęła poziom 10,9/100 tys. Zapadalność ogólna z uwzględnieniem obu wspomnianych kodów wyniosła 29/100 tys.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Institute for Health Metrics and Evaluation (2021). Global Burden of Disease Compare. Pozyskano z: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, dostęp z 29.04.2025

<sup>7</sup> Krajewska-Włodarczyk M., Szelaż M., Batko B. (2024). Rheumatoid arthritis epidemiology: a nationwide study in Poland. *Rheumatol. Int.* 44(6): 1155-1163

### 3.3. Znaczenie dla zdrowia obywateli

*Znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności:*

- ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia*
- ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia*
- zapobiegania przedwczesnemu zgonowi*
- poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość*

#### 4. Aktualne postępowanie w ocenianym zagadnieniu – wskazanie dostępnych technologii medycznych i stan ich finansowania

<Opisać obecną sytuację w Polsce tj. odniesienie do świadczeń gwarantowanych i aktualnie realizowanych ogólnopolskich programów zdrowotnych/polityki zdrowotnej – opracować na podstawie danych odnalezionych, zaznaczając, z jakiego źródła pochodzą. Przedstawić dostępne informacje, zwłaszcza nt. finansowania zagranicą technologii medycznych wykorzystywanych w danym problemie zdrowotnym w zakresie określonej interwencji i obecnego postępowania w danym kraju w określonym problemie zdrowotnym, jeśli dotyczy>

##### Świadczenia gwarantowane

Przedstawione w raporcie OT.423.7.2019 (Za1 1) informacje dotyczące finansowania świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Polsce pozostają aktualne.

Ponadto zaplanowany przez Ministerstwo Zdrowia na lata 2016-2020 „Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Reumatoidalnego Zapalenia Stawów”, został zakończony. Nie odnaleziono żadnych informacji sugerujących dalszą kontynuację omawianej inicjatywy.

#### 4.1. Wskazanie opcjonalnych technologii medycznych (zgodnie z art. 48aa ust. 7 pkt. 4)

*<Na podstawie odnalezionych rekomendacji klinicznych, badań i opinii ekspertów przedstawić opcjonalne technologie medyczne mające zastosowanie w przedmiotowym zakresie>*

W trakcie prac analitycznych nad niniejszym raportem nie odnaleziono bezpośrednich zaleceń, które wskazywałyby na zasadność prowadzenia działań profilaktycznych i przesiewowych, ukierunkowanych na reumatoidalne zapalenie stawów. Dostępne rekomendacje towarzystw naukowych w głównej mierze zalecają realizację zaawansowanych działań diagnostycznych i leczniczych wśród pacjentów z objawami sugerującymi obecność RZS. W przypadku działań edukacyjnych, dostępne wytyczne zwracają uwagę, że powinny one koncentrować się na samodzielnym zarządzaniu chorobą, strategiach radzenia sobie z objawami choroby przy przebiegu RZS oraz informacjach nt. dostępnych metod leczenia farmakologicznego i nefarmakologicznego.

W ramach wyszukiwania systematycznego odnaleziono publikacje, potwierdzające treść zaleceń uwzględnionych w rekomendacjach towarzystw naukowych. Dowody wtórne wskazują, że działania informacyjno-edukacyjne mogą być przydatne w efektywnym samodzielnym zarządzaniu chorobą przez pacjenta, prowadząc tym samym do zwiększenia jakości jego życia oraz niekiedy zmniejszenia aktywności choroby. Warto także zaznaczyć, że w odniesieniu do aktywności fizycznej odnaleziono także jedną metaanalizę sugerującą jej potencjalny profilaktyczny wpływ w kontekście wystąpienia RZS. Jednakże, biorąc pod uwagę brak bezpośrednich zaleceń w tym zakresie, etiologię problemu zdrowotnego oraz niską liczbę badań pierwotnych, należy z ostrożnością interpretować odnalezione wyniki.

## 5. Rekomendacje kliniczne i finansowe – opis odnalezionych rekomendacji w ocenianym wskazaniu

<Przedstawić odnalezione rekomendacje kliniczne i dot. finansowania w ocenianym wskazaniu>

W tabeli poniżej (Tabela 5, Tabela 6) przedstawiono rekomendacje odnalezione w wyniku przeprowadzonego wyszukiwania systematycznego, którego metodologia została opisana w rozdz. 7.1. (n=6). Do poniższego zestawienia włączono wyłącznie najaktualniejsze rekomendacje/wytyczne o jasno określonej metodologii ich przygotowania.

**Tabela 5. Zestawienie rekomendacji pod względem populacji i metodologii**

Akronim organizacji	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje
<b>FSR<sup>8</sup></b>	2024	Osoby z podejrzeniem RZS.	Obecność co najmniej jednego klinicznego objawu RZS.	Konsultacje specjalistyczne, działania diagnostyczne.
<b>UK NHS<sup>9</sup></b>	2023	Osoby z podejrzeniem RZS.	–	Badania diagnostyczne, ocena sprawności fizycznej i codziennego funkcjonowania.
<b>BCG<sup>10</sup></b>	2022	Osoby z podejrzeniem RZS.	Obecność objawów sugerujących RZS, utrzymujące się nie krócej niż 3 miesiące.	Różnicowanie objawów RZS, działania diagnostyczne.
<b>EULAR<sup>11</sup></b>	2021	Osoby ze zdiagnozowanym RZS.	–	Edukacja, poradnictwo dot. zdrowego stylu życia, promowanie aktywności fizycznej, ocena stanu zdrowia psychicznego, terapia poznawczo-behawioralna, samzarządzanie w chorobie.
<b>RDSPT<sup>12</sup></b>	2021	Osoby ze zdiagnozowanym RZS.	–	Kompleksowa ocena stanu zdrowia,

<sup>8</sup> Fautrel B., Kedra J., Rempenault C. et al. (2024). 2024 update of the recommendations of the French Society of Rheumatology for the diagnosis and management of patients with rheumatoid arthritis. Joint Bone Spine. 91(6): 105790

<sup>9</sup> UK National Health Service (2023). Rheumatoid arthritis. Pozyskano z: <https://www.nhs.uk/conditions/rheumatoid-arthritis/>, dostęp z 24.04.2025

<sup>10</sup> British Columbia Government (2022). Rheumatoid Arthritis - Diagnosis, Management and Monitoring. Pozyskano z: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/rheumatoid-arthritis>, dostęp z 24.04.2025

<sup>11</sup> Nikiphorou E., Santos E. J. F., Marques A. et al. (2021). 2021 EULAR recommendations for the implementation of self-management strategies in patients with inflammatory arthritis. Ann. Rheum. Dis. 80(10): 1278-1285

<sup>12</sup> Peter W. F., Swart N. M., Meerhoff G. A. et al. (2021). Clinical Practice Guideline for Physical Therapist Management of People With Rheumatoid Arthritis. Phys. Ther. 101(8): pzab127

Akronim organizacji	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje
				fizjoterapia, stosowanie narzędzi pomiarowych do oceny i monitorowania przebiegu leczenia, wsparcie w samzarządzaniu w chorobie.
EULAR <sup>13</sup>	2018	Osoby ze zdiagnozowanym RZS.	–	Aktywność fizyczna i ćwiczenia, skoncentrowane sprawności krążeniowo-oddechowej, elastyczności i siły mięśni oraz sprawności motorycznej, promowanie i zachęcanie do wykonywania ćwiczeń, techniki zmiany zachowań.

Tabela 6. Zestawienie rekomendacji z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania RZS

Organizacja	Treść rekomendacji
French Society of Rheumatology – FSR 2024 <sup>14</sup>	<p><b>Metodologia:</b> przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p><b>Rekomendacje:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rozpoznanie RZS wymaga obecności co najmniej jednego klinicznego objawu zapalenia stawów i powinno zostać jak najszybciej potwierdzone przez reumatologa. W przypadku podejrzenia RZS bez klinicznego zapalenia stawów, ryzyko progresji do RZS należy ocenić na podstawie kryteriów klinicznych, immunologicznych i badań obrazowych (poziom dowodów: 2b; siła rekomendacji: B).</li> <li>• W momencie postawienia diagnozy RZS lub stwierdzenia czynników ryzyka przewlekłego zapalenia stawów należy rozpocząć leczenie spowalniające przebieg choroby. Nie należy wprowadzać leczenia podstawowego celem zapobiegania wystąpienia RZS w przypadku braku klinicznego zapalenia stawów. Docelowe postępowanie powinno koncentrować się głównie na leczeniu objawowym, zaleceniach higieniczno-dietetycznych oraz monitorowaniu (poziom dowodów: 1a; siła rekomendacji: A).</li> <li>• W diagnostyce RZS niezbędny, minimalny zestaw badań obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ badania laboratoryjne: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ morfologia krwi,</li> <li>▪ odczyn Biernackiego (OB),</li> <li>▪ poziom białka C-reaktywnego (CRP, ang. <i>C-reactive protein</i>),</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

<sup>13</sup> Rausch Osthoff A. K., Niedermann K., Braun J. et al. (2018). 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 77(9): 1251-1260

<sup>14</sup> Fautrel B., Kedra J., Rempenault C. et al. (2024). 2024 update of the recommendations of the French Society of Rheumatology for the diagnosis and management of patients with rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine.* 91(6): 105790

Organizacja	Treść rekomendacji
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ enzymy wątrobowe (transaminazy),</li> <li>▪ poziom kreatyniny w surowicy,</li> <li>▪ paski do analizy moczu,</li> <li>▪ czynnik reumatoidalny (RF, ang. <i>rheumatoid factor</i>),</li> <li>▪ przeciwciała przeciwko cyklicznemu cytrulinowanemu peptydowi (aCPA, ang. <i>anti-cyclic citrullinated peptide autoantibodies</i>),</li> <li>▪ przeciwciała przeciwjądrowe (ANA, ang. <i>anti-nuclear antibodies</i>);</li> <li>○ badania obrazowe: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ przednie RTG dłoni i nadgarstków,</li> <li>▪ przednie RTG stóp,</li> <li>▪ RTG bolesnych stawów,</li> <li>▪ RTG lub niskodawkowa tomografia komputerowa klatki piersiowej.</li> </ul> </li> <li>• Wyróżnia się następujące czynniki ryzyka wystąpienia RZS: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ czynniki środowiskowe: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ palenie tytoniu,</li> <li>▪ narażenie zawodowe,</li> <li>▪ zapalenie przyzębia,</li> <li>▪ otyłość,</li> <li>▪ brak zbilansowanej diety,</li> <li>▪ niski status społeczno-ekonomiczny,</li> <li>▪ siedzący tryb życia,</li> <li>▪ stres,</li> <li>▪ depresja;</li> </ul> </li> <li>○ kliniczne – bóle stawów, które spełniają co najmniej 4 z 7 kryteriów: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ czas trwania objawów &lt;1 roku,</li> <li>▪ sztywność poranna <math>\geq 1</math> h,</li> <li>▪ ból w godzinach wczesnoporannych,</li> <li>▪ miejscowy ból w stawie śródrečno-paliczkowym,</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

Organizacja	Treść rekomendacji																								
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ból przy zamykaniu pięści,</li> <li>▪ ból przy ucisku poprzecznym w stawie śródrečno-paliczkowym,</li> <li>▪ dodatni wywiad rodzinny u krewnych I stopnia;</li> <li>○ biologiczne – liczba przeciwciał aCPA (anty-CPP2 lub CPP3) i RF (IgA lub IgM);</li> <li>○ wykryte podczas obrazowania:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zapalenie błony maziowej <math>\geq 2</math> w skali szarości lub dodatni sygnał Dopplera w błonie maziowej na nadgarstkach, w stawach 1-5 śródrečno-paliczkowych, w stawach 1-5 międzypaliczkowych lub w stawach 2-5 śródstopno-paliczkowych;</li> <li>▪ dodatni sygnał Dopplera oraz zapalenie pochewki ścięgna prostownika łokciowego nadgarstka, prostownika wspólnego palców lub zginacza palców.</li> </ul> </li> </ul> <table border="1" data-bbox="481 582 2069 1181"> <thead> <tr> <th data-bbox="481 582 840 630">Poziom dowodów</th> <th data-bbox="840 582 2069 630">Opis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="481 630 840 678">1a</td> <td data-bbox="840 630 2069 678">Metaanaliza RCT</td> </tr> <tr> <td data-bbox="481 678 840 726">1b</td> <td data-bbox="840 678 2069 726">Co najmniej jedno RCT</td> </tr> <tr> <td data-bbox="481 726 840 774">2a</td> <td data-bbox="840 726 2069 774">Co najmniej jedno badanie z grupą kontrolną bez randomizacji</td> </tr> <tr> <td data-bbox="481 774 840 821">2b</td> <td data-bbox="840 774 2069 821">Co najmniej jedno badanie quasi-eksperymentalne</td> </tr> <tr> <td data-bbox="481 821 840 869">3</td> <td data-bbox="840 821 2069 869">Badania obserwacyjne</td> </tr> <tr> <td data-bbox="481 869 840 917">4</td> <td data-bbox="840 869 2069 917">Opinie i/lub doświadczenia kliniczne ekspertów</td> </tr> <tr> <th data-bbox="481 917 840 965">Siła rekomendacji</th> <th data-bbox="840 917 2069 965"></th> </tr> <tr> <td data-bbox="481 965 840 1013">A</td> <td data-bbox="840 965 2069 1013">Badania z poziomu 1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="481 1013 840 1061">B</td> <td data-bbox="840 1013 2069 1061">Badania z poziomu 2 lub ekstrapolacje z badań poziomu 1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="481 1061 840 1109">C</td> <td data-bbox="840 1061 2069 1109">Badania z poziomu 3 lub ekstrapolacje z badań poziomu 1 lub 2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="481 1109 840 1181">D</td> <td data-bbox="840 1109 2069 1181">Badania z poziomu 4 lub ekstrapolacje z badań poziomu 2 lub 3</td> </tr> </tbody> </table>	Poziom dowodów	Opis	1a	Metaanaliza RCT	1b	Co najmniej jedno RCT	2a	Co najmniej jedno badanie z grupą kontrolną bez randomizacji	2b	Co najmniej jedno badanie quasi-eksperymentalne	3	Badania obserwacyjne	4	Opinie i/lub doświadczenia kliniczne ekspertów	Siła rekomendacji		A	Badania z poziomu 1	B	Badania z poziomu 2 lub ekstrapolacje z badań poziomu 1	C	Badania z poziomu 3 lub ekstrapolacje z badań poziomu 1 lub 2	D	Badania z poziomu 4 lub ekstrapolacje z badań poziomu 2 lub 3
Poziom dowodów	Opis																								
1a	Metaanaliza RCT																								
1b	Co najmniej jedno RCT																								
2a	Co najmniej jedno badanie z grupą kontrolną bez randomizacji																								
2b	Co najmniej jedno badanie quasi-eksperymentalne																								
3	Badania obserwacyjne																								
4	Opinie i/lub doświadczenia kliniczne ekspertów																								
Siła rekomendacji																									
A	Badania z poziomu 1																								
B	Badania z poziomu 2 lub ekstrapolacje z badań poziomu 1																								
C	Badania z poziomu 3 lub ekstrapolacje z badań poziomu 1 lub 2																								
D	Badania z poziomu 4 lub ekstrapolacje z badań poziomu 2 lub 3																								
<p><b>United Kingdom National Health Service – UK NHS 2023<sup>15</sup></b></p>	<p><b>Metodologia:</b> konsensus ekspertów.</p> <p><b>Rekomendacje:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizacja wskazuje, że RZS może być trudne do zdiagnozowania, ponieważ wiele chorób powoduje sztywność i stan zapalny stawów. Ponadto nie są dostępne również żadne jednoznaczne badania pozwalające na zdiagnozowanie tej choroby.</li> </ul>																								

<sup>15</sup> UK National Health Service (2023). Rheumatoid arthritis. Pozyskano z: <https://www.nhs.uk/conditions/rheumatoid-arthritis/>, dostęp z 24.04.2025

Organizacja	Treść rekomendacji																					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Badanie krwi nie powinno być wykorzystywane do jednoznacznego potwierdzenia lub wykluczenia RZS, choć niektóre badania laboratoryjne (morfologia krwi, OB, CRP) mogą wskazywać na oznaki tej choroby. W omawianym zakresie stosuje się także badanie określające poziom czynników reumatoidalnych (RF) oraz na obecność przeciwciał przeciwko cyklicznemu cytrulinowanemu peptydowi (aCCP). Wskazuje się, że ponad połowa osób chorych na RZS ma podwyższony poziom RF we krwi w momencie zachorowania, ale u około 1 na 20 osób bez zdiagnozowanej choroby także występuje dodatni wynik testu. Ponadto u osób, u których wykryto przeciwciała aCCP, istnieje duże prawdopodobieństwo zachorowania na RZS, przy czym podkreśla się, że nie każda osoba chora na RZS ma te przeciwciała. U osób, u których wykryto zarówno czynnik reumatoidalny, jak i przeciwciała anty-CCP, istnieje większe prawdopodobieństwo występowania ciężkiego RZS wymagającego bardziej intensywnego leczenia.</li> <li>• Badania obrazowe można wykonać w celu sprawdzenia, czy w stawach nie występuje stan zapalny (RTG lub rezonans magnetyczny). Mogą one być pomocne w różnicowaniu poszczególnych rodzajów zapalenia stawów oraz mogą posłużyć do monitorowania postępu choroby.</li> <li>• W przypadku zdiagnozowania RZS, należy dokonać oceny sprawności fizycznej i codziennego funkcjonowania.</li> <li>• Głównymi objawami RZS są bóle, obrzęki i sztywność stawów. W RZS mogą pojawić się także inne, ogólnoustrojowe objawy (np. zmęczenie, gorączka, brak apetytu) oraz stany zapalne w innych częściach ciała.</li> </ul>																					
<p><b>British Columbia – Government BCG 2022<sup>16</sup></b></p>	<p><b>Metodologia:</b> konsensus ekspertów.</p> <p><b>Rekomendacje:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizacja wskazuje, że osoby z RZS można podzielić na dwie grupy pacjentów: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ z wczesnym RZS, u których objawy utrzymują się krócej niż 3 miesiące;</li> <li>○ z rozwiniętą chorobą, u których objawy wynikają ze stanu zapalnego i/lub uszkodzenia stawów.</li> </ul> </li> <li>• Podkreśla się, że istotnym elementem w podejściu terapeutycznym jest odpowiednie różnicowanie objawów stanów zapalnych od stanów niezapalnych. Poniżej przedstawiono objawy oraz czynniki pozwalające na ich rozróżnienie.</li> </ul> <table border="1" data-bbox="486 951 2069 1299"> <thead> <tr> <th data-bbox="486 951 893 999">Objaw</th> <th data-bbox="893 951 1485 999">Czynnik wskazujący na stan zapalny</th> <th data-bbox="1485 951 2069 999">Czynnik wskazujący na brak stanu zapalnego</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="486 999 893 1046">Ból stawów</td> <td data-bbox="893 999 1485 1046">Podczas ruchu i w spoczynku</td> <td data-bbox="1485 999 2069 1046">Podczas ruchu</td> </tr> <tr> <td data-bbox="486 1046 893 1094">Obrzęk stawów</td> <td data-bbox="893 1046 1485 1094">W tkankach miękkich</td> <td data-bbox="1485 1046 2069 1094">W tkankach kostnych</td> </tr> <tr> <td data-bbox="486 1094 893 1142">Rumień miejscowy</td> <td data-bbox="893 1094 1485 1142">Czasami</td> <td data-bbox="1485 1094 2069 1142">Nieobecny</td> </tr> <tr> <td data-bbox="486 1142 893 1190">Ciepła skóra w okolicy stawu</td> <td data-bbox="893 1142 1485 1190">Częsty</td> <td data-bbox="1485 1142 2069 1190">Nieobecne</td> </tr> <tr> <td data-bbox="486 1190 893 1238">Sztywność poranna</td> <td data-bbox="893 1190 1485 1238">&gt;30 minut</td> <td data-bbox="1485 1190 2069 1238">&lt;30 minut</td> </tr> <tr> <td data-bbox="486 1238 893 1299">Objawy ogólnoustrojowe</td> <td data-bbox="893 1238 1485 1299">Częste, zwłaszcza zmęczenie</td> <td data-bbox="1485 1238 2069 1299">Brak</td> </tr> </tbody> </table>	Objaw	Czynnik wskazujący na stan zapalny	Czynnik wskazujący na brak stanu zapalnego	Ból stawów	Podczas ruchu i w spoczynku	Podczas ruchu	Obrzęk stawów	W tkankach miękkich	W tkankach kostnych	Rumień miejscowy	Czasami	Nieobecny	Ciepła skóra w okolicy stawu	Częsty	Nieobecne	Sztywność poranna	>30 minut	<30 minut	Objawy ogólnoustrojowe	Częste, zwłaszcza zmęczenie	Brak
Objaw	Czynnik wskazujący na stan zapalny	Czynnik wskazujący na brak stanu zapalnego																				
Ból stawów	Podczas ruchu i w spoczynku	Podczas ruchu																				
Obrzęk stawów	W tkankach miękkich	W tkankach kostnych																				
Rumień miejscowy	Czasami	Nieobecny																				
Ciepła skóra w okolicy stawu	Częsty	Nieobecne																				
Sztywność poranna	>30 minut	<30 minut																				
Objawy ogólnoustrojowe	Częste, zwłaszcza zmęczenie	Brak																				

<sup>16</sup> British Columbia Government (2022). Rheumatoid Arthritis - Diagnosis, Management and Monitoring. Pozyskano z: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/rheumatoid-arthritis>, dostęp z 24.04.2025

Organizacja	Treść rekomendacji
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Czynniki ryzyka, wskazujące na prawdopodobne występowanie RZS obejmują:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ sztywność poranną &gt;30 minut;</li> <li>○ bolesny obrzęk 3 lub więcej stawów;</li> <li>○ symetryczne zajęcie dłoni i stóp (szczególnie stawów śródrečno-paliczkowych i śródstopno-paliczkowych);</li> <li>○ czas trwania objawów ≥4 tygodni.</li> </ul> </li> <li>• Skierowanie do specjalisty nie powinno opierać się wyłącznie na wynikach badań laboratoryjnych, jeśli nie występują objawy kliniczne sugerujące RZS. Dodatkowo podkreśla się, że nie ma testów, które mogłyby jednoznacznie potwierdzić obecność RZS.</li> <li>• W przypadku występowania objawów klinicznych, przydatne do monitorowania przebiegu lub wykluczenia innych rodzajów zapalenia stawów są następujące badania:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ CRP lub OB – wskazują one jedynie na proces zapalny i mają bardzo niską swoistość;</li> <li>○ czynnik reumatoidalny – charakteryzuje się niską czułością i swoistością dla RZS;</li> <li>○ przeciwciała przeciwjądrowe (ANA) – rzadko uzyskuje się dodatni wynik tego badania w RZS; o ile nie występują inne objawy kliniczne wskazujące na toczeń rumieniowaty układowy lub inne choroby tkanki łącznej, nie jest wskazane wykonywanie tego badania;</li> <li>○ RTG – rzadko wykrywane są zmiany, gdy objawy trwają krócej niż 3 miesiące;</li> <li>○ punkcja stawu – wskazana jest, jeśli podejrzewa się infekcję lub zapalenie stawów wywołane przez odkładanie się kryształów;</li> <li>○ aCPA.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>European Alliance of Associations for Rheumatology EULAR 2021<sup>17</sup></b></p>	<p><b>Metodologia:</b> przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p><b>Rekomendacje</b> (zalecenia odnoszą się do samoopieki pacjentów ze zdiagnozowanym już RZS):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pracownicy ochrony zdrowia powinni zachęcać swoich pacjentów do aktywnego uczestnictwa w procesie leczenia oraz przekazywać im informację o dostępnych organizacjach zrzeszających pacjentów z RZS (poziom dowodów: 5; siła rekomendacji: D).</li> <li>• Edukacja pacjenta powinna stanowić punkt wyjścia oraz podstawę do określenia zasad i interwencji stosowanych w ramach samoopieki (poziom dowodów: 1a; siła rekomendacji: A).</li> <li>• Należy uwzględnić interwencje, które obejmują swoim zakresem rozwiązywanie problemów oraz wyznaczanie celów, a także, jeśli jest to istotne i możliwe do realizacji dla danej osoby – również terapię poznawczo-behawioralną (poziom dowodów: 1a; siła rekomendacji: A).</li> <li>• Pracownicy ochrony zdrowia powinni aktywnie zachęcać pacjentów do wykonywania aktywności fizycznej od momentu postawienia diagnozy i przez cały okres trwania choroby (poziom dowodów: 1a; siła rekomendacji: A).</li> </ul>

<sup>17</sup> Nikiphorou E., Santos E. J. F., Marques A. et al. (2021). 2021 EULAR recommendations for the implementation of self-management strategies in patients with inflammatory arthritis. Ann. Rheum. Dis. 80(10): 1278-1285

Organizacja	Treść rekomendacji																														
	<ul style="list-style-type: none"> <li>W celu radzenia sobie z powszechnie występującymi chorobami współistniejącymi, należy udzielać pacjentom opartych na dowodach naukowych porad dotyczących stylu życia. Zaleca się także, aby pracownicy ochrony zdrowia zachęcali swoich pacjentów do wdrażania zdrowych nawyków (poziom dowodów: 5; siła rekomendacji: D).</li> <li>Należy systematycznie przeprowadzać ocenę stanu zdrowia psychicznego, a w razie konieczności – podjąć odpowiednie działania w tym zakresie. Autorzy rekomendacji podkreślają, że dobre samopoczucie i zdrowie emocjonalne może pozytywnie wpłynąć na efektywność sprawowanej przez pacjenta samokontroli w chorobie (poziom dowodów: 5; siła rekomendacji: D).</li> <li>Pracownicy ochrony zdrowia powinni zachęcać pacjentów do dyskusji nt. przebiegu i realizacji przez nich samoopieki, jak również powinni wskazywać na dostępne źródła pomocy, z których mogą oni korzystać (poziom dowodów: 5; siła rekomendacji: D).</li> <li>Organizacja podkreśla, że należy brać pod uwagę wykorzystanie cyfryzacji (narzędzi i usług wykorzystujących technologie informatyczne i komunikacyjne) jako element wsparcia w zarządzaniu chorobą (poziom dowodów: 1b; siła rekomendacji: A).</li> <li>W celu optymalizacji i wsparcia w samodzielnym zarządzaniu chorobą, pracownicy ochrony zdrowia powinni być świadomi dostępności do danych zasobów, do których mogą kierować swoich pacjentów (poziom dowodów: 5; siła rekomendacji: D).</li> </ul> <table border="1" data-bbox="483 639 2069 1396"> <thead> <tr> <th data-bbox="483 639 837 687">Poziom dowodów</th> <th data-bbox="837 639 2069 687">Opis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="483 687 837 735">1a</td> <td data-bbox="837 687 2069 735">Przegląd systematyczny RCT</td> </tr> <tr> <td data-bbox="483 735 837 783">1b</td> <td data-bbox="837 735 2069 783">Pojedyncze RCT</td> </tr> <tr> <td data-bbox="483 783 837 831">2a</td> <td data-bbox="837 783 2069 831">Przegląd systematyczny badań kohortowych</td> </tr> <tr> <td data-bbox="483 831 837 879">2b</td> <td data-bbox="837 831 2069 879">Pojedyncze badania kohortowe oraz niskiej jakości RCT</td> </tr> <tr> <td data-bbox="483 879 837 927">2c</td> <td data-bbox="837 879 2069 927">Badania ekologiczne</td> </tr> <tr> <td data-bbox="483 927 837 975">3a</td> <td data-bbox="837 927 2069 975">Przegląd systematyczny badań kliniczno-kontrolnych</td> </tr> <tr> <td data-bbox="483 975 837 1023">3b</td> <td data-bbox="837 975 2069 1023">Pojedyncze badania kliniczno-kontrolne</td> </tr> <tr> <td data-bbox="483 1023 837 1070">4</td> <td data-bbox="837 1023 2069 1070">Serie przypadków lub niskiej jakości badania kohortowe/badania kliniczno-kontrolne</td> </tr> <tr> <td data-bbox="483 1070 837 1118">5</td> <td data-bbox="837 1070 2069 1118">Opinia eksperta bez wyraźnej oceny krytycznej lub oparta na badaniach laboratoryjnych</td> </tr> <tr> <th data-bbox="483 1118 837 1166">Siła rekomendacji</th> <th data-bbox="837 1118 2069 1166"></th> </tr> <tr> <td data-bbox="483 1166 837 1214">A</td> <td data-bbox="837 1166 2069 1214">Spójne badania z poziomu 1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="483 1214 837 1262">B</td> <td data-bbox="837 1214 2069 1262">Spójne badania z poziomu 2 lub 3 bądź ekstrapolacje z badań poziomu 1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="483 1262 837 1310">C</td> <td data-bbox="837 1262 2069 1310">Badania z poziomu 4 lub ekstrapolacje z badań poziomu 2 lub 3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="483 1310 837 1396">D</td> <td data-bbox="837 1310 2069 1396">Badania z poziomu 5 lub niepokojąco niespójne bądź niejednoznaczne badania z dowolnego poziomu</td> </tr> </tbody> </table>	Poziom dowodów	Opis	1a	Przegląd systematyczny RCT	1b	Pojedyncze RCT	2a	Przegląd systematyczny badań kohortowych	2b	Pojedyncze badania kohortowe oraz niskiej jakości RCT	2c	Badania ekologiczne	3a	Przegląd systematyczny badań kliniczno-kontrolnych	3b	Pojedyncze badania kliniczno-kontrolne	4	Serie przypadków lub niskiej jakości badania kohortowe/badania kliniczno-kontrolne	5	Opinia eksperta bez wyraźnej oceny krytycznej lub oparta na badaniach laboratoryjnych	Siła rekomendacji		A	Spójne badania z poziomu 1	B	Spójne badania z poziomu 2 lub 3 bądź ekstrapolacje z badań poziomu 1	C	Badania z poziomu 4 lub ekstrapolacje z badań poziomu 2 lub 3	D	Badania z poziomu 5 lub niepokojąco niespójne bądź niejednoznaczne badania z dowolnego poziomu
Poziom dowodów	Opis																														
1a	Przegląd systematyczny RCT																														
1b	Pojedyncze RCT																														
2a	Przegląd systematyczny badań kohortowych																														
2b	Pojedyncze badania kohortowe oraz niskiej jakości RCT																														
2c	Badania ekologiczne																														
3a	Przegląd systematyczny badań kliniczno-kontrolnych																														
3b	Pojedyncze badania kliniczno-kontrolne																														
4	Serie przypadków lub niskiej jakości badania kohortowe/badania kliniczno-kontrolne																														
5	Opinia eksperta bez wyraźnej oceny krytycznej lub oparta na badaniach laboratoryjnych																														
Siła rekomendacji																															
A	Spójne badania z poziomu 1																														
B	Spójne badania z poziomu 2 lub 3 bądź ekstrapolacje z badań poziomu 1																														
C	Badania z poziomu 4 lub ekstrapolacje z badań poziomu 2 lub 3																														
D	Badania z poziomu 5 lub niepokojąco niespójne bądź niejednoznaczne badania z dowolnego poziomu																														

Organizacja	Treść rekomendacji
<p>Royal Dutch Society for Physical Therapy – RDSPT 2021<sup>18</sup></p>	<p><b>Metodologia:</b> przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p><b>Rekomendacje</b> (zalecenia odnoszą się do fizjoterapii i aktywności fizycznej pacjentów ze zdiagnozowanym już RZS):</p> <p><u>Zalecenia dotyczące najlepszych praktyk*</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fizjoterapeuta powinien przeprowadzać kompleksową ocenę stanu zdrowia pacjenta, szczególnie pod kątem przebiegu choroby oraz wcześniejszego i obecnego leczenia.</li> <li>• Fizjoterapeuta powinien zbadać i udokumentować: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ aktywność choroby: zakres i nasilenie bólu stawów oraz obecność obrzęku i ograniczonego zakresu ruchu w stawach;</li> <li>○ obecność strukturalnych uszkodzeń i deformacji stawów;</li> <li>○ ogólną tolerancję wysiłku;</li> <li>○ funkcję mięśni podczas badania fizykalnego wraz z badaniem kręgosłupa szyjnego i stawu skroniowo-żuchwowego.</li> </ul> </li> <li>• W celu wsparcia procesu diagnostycznego i monitorowania leczenia RZS, fizjoterapeuta powinien korzystać z narzędzi pomiarowych, do których należą: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ skala numeryczna (NRS, ang. <i>Numeric Rating Scale</i>) – do oceny stopnia zmęczenia;</li> <li>○ skala numeryczna oceny bólu (NPRS, ang. <i>Numeric Pain Rating Scale</i>);</li> <li>○ skala Borga RPE 6-20 – do oceny stopnia zmęczenia podczas wykonywania wysiłku;</li> <li>○ kwestionariusz oceny stanu zdrowia – wskaźnik niepełnosprawności (HAQ-DI, ang. <i>Health Assessment Questionnaire Disability Index</i>);</li> <li>○ kwestionariusz skarg specyficznych dla pacjenta (PSC, ang. <i>Patient Specific Complaints</i>);</li> <li>○ test 6-minutowego marszu (6MWT, ang. <i>6 Minute Walk Test</i>).</li> </ul> </li> <li>• Fizjoterapeuci powinni klasyfikować pacjentów z RZS do 1 z 3 profili leczenia: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ profil leczenia 1: krótki czas trwania edukacji, poradnictwa i instrukcji dotyczących ćwiczeń/ruchu;</li> <li>○ profil leczenia 2: profil leczenia 1 + krótki czas przekazywania zaleceń i nadzorowania pacjenta; ww. profil może być zasadny np. w przypadku złożoności lub ciężkości problemów ograniczających umiejętności w samodzielnym zarządzaniu chorobą;</li> <li>○ profil leczenia 3: profil leczenia 1 + częste przekazywanie zaleceń i zintensyfikowane nadzorowanie pacjenta; ww. profil może być zasadny np. w przypadku obecności poważnej choroby współistniejącej lub powikłań wynikających z choroby bądź jej leczenia.</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Rekomendacje</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaleca się oferowanie spersonalizowanych porad, mających na celu wsparcie pacjenta w samodzielnym zarządzaniu chorobą oraz optymalizacji jego zdrowia i samopoczucia. Zakres tematyczny ww. poradnictwa powinien obejmować: możliwe konsekwencje wynikające z choroby, znaczenie ćwiczeń i zdrowego stylu życia oraz dostępne opcje leczenia (warunkowe zalecenie interwencji; poziom dowodów: umiarkowany).</li> </ul>

<sup>18</sup> Peter W. F., Swart N. M., Meerhoff G. A. et al. (2021). Clinical Practice Guideline for Physical Therapist Management of People With Rheumatoid Arthritis. *Phys. Ther.* 101(8): pzab127

Organizacja	Treść rekomendacji				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zalecenia dotyczące terapii ruchowej, zostały podzielone w zależności od przynależności pacjenta z RZS do danego profilu leczenia:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ profil leczenia 1:                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ należy rozważyć przekazanie informacji i instrukcji wykonywania samodzielnie ćwiczeń;</li> <li>▪ zestaw zaproponowanych ćwiczeń powinien zostać zaakceptowany przez pacjenta;</li> <li>▪ należy przestrzegać zasad dotyczących częstotliwości, intensywności, rodzaju i czasu trwania terapii ruchowej (warunkowe zalecenie za interwencją; poziom dowodów: niski);</li> </ul> </li> <li>○ profil leczenia 2:                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ należy zaoferować pacjentom terapię ruchową odpowiadającą ich potrzebom;</li> <li>▪ należy przestrzegać zasad dotyczących częstotliwości, intensywności, rodzaju i czasu trwania terapii ruchowej (silne zalecenie za interwencją; poziom dowodów: niski do umiarkowanego);</li> </ul> </li> <li>○ profil leczenia 3:                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ należy rozważyć zaoferowanie pacjentowi terapii ruchowej</li> <li>▪ należy przestrzegać zasad dotyczących częstotliwości, intensywności, rodzaju i czasu trwania terapii ruchowej (warunkowe zalecenie za interwencją; poziom dowodów: brak).</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Organizacja wskazuje, aby rozważyć rezygnację z oferowania następujących interwencji pacjentom z RZS (warunkowe zalecenie przeciw interwencji; poziom dowodów: brak):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ lasoterapii o małej i średniej mocy (LLLT, ang. <i>low level laser therapy</i>);</li> <li>○ elektrostymulacji, w tym przezskórną elektryczną stymulację nerwów (TENS, ang. <i>transcutaneous electrical nerve stimulation</i>);</li> <li>○ ultradźwięków;</li> <li>○ masażu;</li> <li>○ termoterapii;</li> <li>○ taping'u medycznego;</li> <li>○ suchego igłowania.</li> </ul> </li> <li>• Wskazuje się, aby nie oferować pacjentom RZS biernej mobilizacji stawów i mięśni. Można w tym przypadku rozważyć krótkotrwałe ćwiczenia bierne stawu jako wsparcie terapii ruchowej i zwiększenie ich ruchomości u pacjentów bez aktywnego stanu zapalnego (warunkowe zalecenie ani za ani przeciw interwencji; poziom dowodów: brak).</li> <li>• Bierna mobilizacja jest przeciwwskazana w przypadku dolegliwości szyi (silne zalecenie przeciwko interwencji; poziom dowodów: brak).</li> </ul>				
	<table border="1" data-bbox="483 1318 2069 1410"> <thead> <tr> <th data-bbox="483 1318 1010 1366">Poziom dowodów</th> <th data-bbox="1010 1318 2069 1366">Opis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="483 1366 1010 1410">Wysoki</td> <td data-bbox="1010 1366 2069 1410">Istnieje przekonanie, że rzeczywisty efekt interwencji jest zbliżony do szacowanego efektu</td> </tr> </tbody> </table>	Poziom dowodów	Opis	Wysoki	Istnieje przekonanie, że rzeczywisty efekt interwencji jest zbliżony do szacowanego efektu
Poziom dowodów	Opis				
Wysoki	Istnieje przekonanie, że rzeczywisty efekt interwencji jest zbliżony do szacowanego efektu				

Organizacja	Treść rekomendacji	
	Umiarkowany	Istnieje umiarkowana pewność co do oszacowania efektu interwencji – rzeczywisty efekt prawdopodobnie będzie zbliżony do szacowanego efektu, przy czym istnieje możliwość, że będzie się znacząco różnić
	Niski	Istnieje ograniczona pewność co do szacowanego efektu – rzeczywisty efekt może się zasadniczo różnić od szacowanego efektu
	Bardzo niski	Istnieje bardzo mała pewność co do szacowanego efektu – rzeczywisty efekt prawdopodobnie będzie się zasadniczo różnić od szacowanego efektu
	<b>Siła rekomendacji</b>	<b>Interpretacja</b>
	Silne zalecenie przeciw interwencji	Nie należy oferować danej interwencji
	Warunkowe zalecenie przeciw interwencji	Należy rozważyć nieoferowanie danej interwencji
	Warunkowe zalecenie za interwencją	Należy rozważyć oferowanie danej interwencji
	Silne zalecenie za interwencją	Należy oferować daną interwencję
	* Zalecenia oparte na przeglądzie narracyjnym i opinii ekspertów są określane jako „zalecenia dotyczące najlepszych praktyk” i formułowane w kategoriach „Fizjoterapeuta powinien...”.	
<p><b>European Alliance of Associations Rheumatology EULAR 2018<sup>19</sup></b></p>	<p><b>Metodologia:</b> przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p><b>Rekomendacje</b> (zalecenia odnoszą się do pacjentów ze zdiagnozowanym już RZS):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promowanie aktywności fizycznej powinno stanowić integralną część opieki nad pacjentem z RZS. Zalecenia dot. aktywności fizycznej powinny koncentrować się na sprawności krążeniowo-oddechowej, elastyczności i sile mięśni oraz sprawności motorycznej (poziom dowodów: 1b; siła rekomendacji: A).</li> <li>• Wszyscy świadczeniodawcy zaangażowani w proces leczenia osób z RZS powinni być odpowiedzialni za promowanie aktywności fizycznej oraz zapewnić pacjentom odpowiednie interwencje z tego zakresu (poziom dowodów: 4; siła rekomendacji: D).</li> <li>• Interwencje z zakresu aktywności fizycznej powinny być prowadzone przez pracowników posiadających odpowiednie kompetencje i kwalifikacje do ich realizacji (poziom dowodów: 4; siła rekomendacji: D).</li> <li>• Pracownicy ochrony zdrowia, przy wykorzystaniu odpowiednich i wystandaryzowanych metod/narzędzi, powinni każdorazowo ocenić rodzaj, intensywność, częstotliwość oraz czas wykonywania aktywności fizycznej (faktycznej) przez pacjentów z RZS (poziom dowodów: 3; siła rekomendacji: C).</li> <li>• U każdego pacjenta należy zidentyfikować przeciwwskazania do wykonywania danej aktywności fizycznej. Ww. przeciwwskazania powinny zostać wzięte pod uwagę przy tworzeniu planu treningowego/aktywności fizycznej (poziom dowodów: 4; siła rekomendacji: D).</li> </ul>	

<sup>19</sup> Rausch Osthoff A. K., Niedermann K., Braun J. et al. (2018). 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. Ann. Rheum. Dis. 77(9): 1251-1260

Organizacja	Treść rekomendacji																														
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Przy tworzeniu planu treningowego/aktywności fizycznej należy jasno sformułować cele, jak również systematycznie oceniać stopień ich realizacji przy użyciu subiektywnych oraz obiektywnych mierników (poziom dowodów: 4; siła rekomendacji: D).</li> <li>• Wśród pacjentów z RZS należy zidentyfikować czynniki ułatwiające oraz utrudniające wykonywanie aktywności fizycznej. W tym celu zaleca się określenie poziomu wiedzy i wsparcia społecznego oraz stopnia kontrolowania i leczenia objawów choroby (poziom dowodów: 3; siła rekomendacji: C).</li> <li>• W przypadku konieczności indywidualnego dostosowania do pacjenta aktywności fizycznej, zalecenia powinny opierać się na kompleksowej ocenie czynników fizycznych, społecznych i psychologicznych, obejmujących zmęczenie, ból, depresję oraz aktywność choroby (poziom dowodów: 4; siła rekomendacji: D).</li> <li>• Planowane i wdrażane interwencje z zakresu aktywności fizycznej powinny obejmować techniki zmiany zachowań, tj. samzarządzanie, wyznaczanie celów, planowanie działań oraz rozwiązywanie problemów (poziom dowodów: 1A; siła rekomendacji: A).</li> <li>• Należy rozważyć różne formy realizacji aktywności fizycznej przy uwzględnieniu preferencji pacjenta, np.: ćwiczenia nadzorowane lub nie, indywidualne lub grupowe, online lub stacjonarnie itp. (poziom dowodów: 4; siła rekomendacji: D).</li> </ul> <table border="1" data-bbox="483 639 2069 1396"> <thead> <tr> <th data-bbox="483 639 837 687">Poziom dowodów</th> <th data-bbox="837 639 2069 687">Opis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="483 687 837 735">1a</td> <td data-bbox="837 687 2069 735">Przegląd systematyczny RCT</td> </tr> <tr> <td data-bbox="483 735 837 783">1b</td> <td data-bbox="837 735 2069 783">Pojedyncze RCT</td> </tr> <tr> <td data-bbox="483 783 837 831">2a</td> <td data-bbox="837 783 2069 831">Przegląd systematyczny badań kohortowych</td> </tr> <tr> <td data-bbox="483 831 837 879">2b</td> <td data-bbox="837 831 2069 879">Pojedyncze badania kohortowe oraz niskiej jakości RCT</td> </tr> <tr> <td data-bbox="483 879 837 927">2c</td> <td data-bbox="837 879 2069 927">Badania ekologiczne</td> </tr> <tr> <td data-bbox="483 927 837 975">3a</td> <td data-bbox="837 927 2069 975">Przegląd systematyczny badań kliniczno-kontrolnych</td> </tr> <tr> <td data-bbox="483 975 837 1023">3b</td> <td data-bbox="837 975 2069 1023">Pojedyncze badania kliniczno-kontrolne</td> </tr> <tr> <td data-bbox="483 1023 837 1070">4</td> <td data-bbox="837 1023 2069 1070">Serie przypadków lub niskiej jakości badania kohortowe/badania kliniczno-kontrolne</td> </tr> <tr> <td data-bbox="483 1070 837 1118">5</td> <td data-bbox="837 1070 2069 1118">Opinia eksperta bez wyraźnej oceny krytycznej lub oparta na badaniach laboratoryjnych</td> </tr> <tr> <th data-bbox="483 1118 837 1166">Siła rekomendacji</th> <th data-bbox="837 1118 2069 1166"></th> </tr> <tr> <td data-bbox="483 1166 837 1214">A</td> <td data-bbox="837 1166 2069 1214">Spójne badania z poziomu 1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="483 1214 837 1262">B</td> <td data-bbox="837 1214 2069 1262">Spójne badania z poziomu 2 lub 3 bądź ekstrapolacje z badań poziomu 1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="483 1262 837 1310">C</td> <td data-bbox="837 1262 2069 1310">Badania z poziomu 4 lub ekstrapolacje z badań poziomu 2 lub 3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="483 1310 837 1396">D</td> <td data-bbox="837 1310 2069 1396">Badania z poziomu 5 lub niepokojąco niespójne bądź niejednoznaczne badania z dowolnego poziomu</td> </tr> </tbody> </table>	Poziom dowodów	Opis	1a	Przegląd systematyczny RCT	1b	Pojedyncze RCT	2a	Przegląd systematyczny badań kohortowych	2b	Pojedyncze badania kohortowe oraz niskiej jakości RCT	2c	Badania ekologiczne	3a	Przegląd systematyczny badań kliniczno-kontrolnych	3b	Pojedyncze badania kliniczno-kontrolne	4	Serie przypadków lub niskiej jakości badania kohortowe/badania kliniczno-kontrolne	5	Opinia eksperta bez wyraźnej oceny krytycznej lub oparta na badaniach laboratoryjnych	Siła rekomendacji		A	Spójne badania z poziomu 1	B	Spójne badania z poziomu 2 lub 3 bądź ekstrapolacje z badań poziomu 1	C	Badania z poziomu 4 lub ekstrapolacje z badań poziomu 2 lub 3	D	Badania z poziomu 5 lub niepokojąco niespójne bądź niejednoznaczne badania z dowolnego poziomu
Poziom dowodów	Opis																														
1a	Przegląd systematyczny RCT																														
1b	Pojedyncze RCT																														
2a	Przegląd systematyczny badań kohortowych																														
2b	Pojedyncze badania kohortowe oraz niskiej jakości RCT																														
2c	Badania ekologiczne																														
3a	Przegląd systematyczny badań kliniczno-kontrolnych																														
3b	Pojedyncze badania kliniczno-kontrolne																														
4	Serie przypadków lub niskiej jakości badania kohortowe/badania kliniczno-kontrolne																														
5	Opinia eksperta bez wyraźnej oceny krytycznej lub oparta na badaniach laboratoryjnych																														
Siła rekomendacji																															
A	Spójne badania z poziomu 1																														
B	Spójne badania z poziomu 2 lub 3 bądź ekstrapolacje z badań poziomu 1																														
C	Badania z poziomu 4 lub ekstrapolacje z badań poziomu 2 lub 3																														
D	Badania z poziomu 5 lub niepokojąco niespójne bądź niejednoznaczne badania z dowolnego poziomu																														

## 6. *Opinie ekspertów klinicznych*

<Przedstawić opinie ekspertów, jeśli takie otrzymano>

W toku prac analitycznych nad niniejszym raportem zwrócono się do 10 ekspertów z prośbą o opinię w sprawie zasadności kontynuacji prowadzenia programów polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów. Prośby o opinie skierowano do Konsultanta Krajowego oraz Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinie reumatologii. Zwrócono się także do Prezesa Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, Prezesa Stowarzyszenia „3majmy się razem” oraz Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji.

Na dzień zakończenia prac nad raportem 26.05.2025, otrzymano jedną opinię, która została dopuszczona decyzją Prezesa Agencji do prac analitycznych i uwzględniona w niniejszym opracowaniu [Zal 2].

Poniżej przedstawiono zestawienie opinii ekspertów w odniesieniu do 12 pytań zadanych w formularzu.

Pytanie 1. Czy w Pani/Pana opinii istnieje potrzeba zmiany aktualnie rekomendowanych działań, które powinny być prowadzone w ramach programów z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów, realizowanych przez JST?

W przypadku stwierdzenia zasadności wprowadzenia zmian, proszę o wskazanie uzasadnienia.

Pytanie 2. Jakie interwencje powinny być uwzględnione Pani/Pana zdaniem w programie z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów?

Pytanie 3. Jak Pani/Pana zdaniem powinien wyglądać wzorcowy schemat postępowania diagnostycznego w przypadku pacjentów z podejrzeniem reumatoidalnego zapalenia stawów?

Pytanie 4. Do jakiej populacji docelowej Pani/Pana zdaniem powinny zostać skierowane poszczególne działania realizowane w ramach programu?

Pytanie 5. Jak w Pani/Pana opinii powinny wyglądać działania edukacyjne realizowane w ramach programu polityki zdrowotnej?

Proszę wskazać: zakres tematyczny, populację, do której powinny zostać skierowane, formę oraz czas trwania.

Pytanie 6. Jakie kompetencje powinien posiadać personel przy realizacji zaplanowanych w programie działań profilaktycznych?

Pytanie 7. Jakie warunki lokalowe i sprzętowe powinien spełniać ośrodek, w którym będzie prowadzony program?

Pytanie 8. Proszę wskazać mierzalne cele, możliwe do osiągnięcia, w okresie realizacji programu profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów.

Pytanie 9. Jakie wskaźniki powinny zostać użyte do pomiaru stopnia realizacji celów?

Pytanie 10. Jakie wskaźniki powinny zostać wzięte pod uwagę w celu monitorowania i ewaluacji programu?

Pytanie 11. Czy znane są Pani/Panu polskie dane odnoszące się do rozpowszechnienia problemu związanego z reumatoidalnym zapaleniem stawów w polskiej populacji?

Jeśli tak, proszę o wskazanie źródeł danych.

Pytanie 12. Czy znane są Pani/Panu doniesienia naukowe dotyczące skuteczności działań profilaktycznych, w tym działania zmniejszające ryzyko wystąpienia i/lub profilaktyka wtórna w reumatoidalnym zapaleniu stawów?

Jeśli tak, proszę wskazać np. przeglądy systematyczne, wyniki badań, wytyczne towarzystw naukowych.

Tabela 7. Opinia Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie reumatologii dla woj. lubuskiego

Pytanie	Dr hab. n. med. Hanna Przepiera-Będzak – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie reumatologii dla woj. lubuskiego [Za1 2]
<p>Pytanie 1</p> <p>Czy w Pani/Pana opinii istnieje potrzeba zmiany aktualnie rekomendowanych działań, które powinny być prowadzone w ramach programów z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów, realizowanych przez JST?</p> <p>W przypadku stwierdzenia zasadności wprowadzenia zmian, proszę o wskazanie uzasadnienia.</p>	<p>Aktualnie rekomendowane działania są zasadne. Należy zwrócić uwagę, że istnieją przeszkody strukturalne i systemowe w zintegrowanej opiece nad chorymi na RZS, które uniemożliwiają szybką diagnozę i skuteczne leczenie.</p> <p>Zintegrowana opieka obejmująca zarówno opiekę podstawową, jak i specjalistów pozwoli na kompleksowe leczenie choroby.</p> <p>Interakcja i komunikacja między lekarzem a pacjentem ma znaczący wpływ na szybszą diagnozę choroby i wyniki leczenia. Opieka podstawowa (POZ) jest pierwszym poziomem kontaktu pacjenta z lekarzami i systemem opieki zdrowotnej. Komunikacja między nimi jest często nieskuteczna, co prowadzi do opóźnień w diagnozie, opiece i stosowaniu leków przeciwreumatycznych modyfikujących przebieg choroby (DMARD).</p>
<p>Pytanie 2</p> <p>Jakie interwencje powinny być uwzględnione Pani/Pana zdaniem w programie z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów?</p>	<p>Wczesne rozpoznanie, skuteczna komunikacja między lekarzami rodzinnymi a specjalistami oraz edukacja pacjenta co do możliwych terapii oraz późniejsze ich monitorowanie i badania przesiewowe w kierunku czynników ryzyka i chorób współistniejących, poprawią stan zdrowia pacjenta i zoptymalizują koszty.</p> <p>Prawidłowe leczenie RZS wymaga również sprawnego kontaktu z fizjoterapeutami i pielęgniarkami.</p> <p>Zespoły interdyscyplinarne mogą zająć się zarówno medycznymi, jak i psychospołecznymi aspektami leczenia RZS.</p>
<p>Pytanie 3</p> <p>Jak Pani/Pana zdaniem powinien wyglądać wzorcowy schemat postępowania diagnostycznego w przypadku pacjentów z podejrzeniem reumatoidalnego zapalenia stawów?</p>	<p>Na początku procesu diagnostycznego ważniejsze jest rozróżnienie między zapaleniem stawów a chorobą zwyrodnieniową stawów niż rozróżnianie między różnymi typami zapaleń stawów.</p> <p>Zastosowanie narzędzia decyzyjnego, takiego jak reguła prognozowania klinicznego Leiden dla niezróżnicowanego zapalenia stawów, może ułatwić wczesną diagnozę RZS. W ocenie tej bierze się pod uwagę dziewięć zmiennych klinicznych takich jak: wiek, płeć, lokalizację objawów stawowych, czas trwania sztywności porannej, liczbę bolesnych stawów, liczbę obrzękniętych stawów, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), obecność czynnika reumatoidalnego IgM (IgM–RF) oraz obecność przeciwciał przeciwko cyklicznemu cytrulinowanemu peptydowi (anty-CCP).</p> <p>Przydatne testy diagnostyczne obejmują również markery zapalne.</p> <p>Należy zwrócić uwagę, że RZS nie jest spowodowane przez uraz czy stosowaną dietę, a deformacje dłoni bez danych dla zapalenia występują w przebiegu choroby zwyrodnieniowej stawów.</p> <p>Wczesne RZS jest często mylone z innymi schorzeniami, które są typowo wielostawowe, zwłaszcza zapaleniami stawów związanymi z infekcją, takimi jak reaktywne zapalenie stawów lub wirusowe zapalenie stawów wywołane przez parwowirus B19, zapalenie wątroby typu B, zapalenie wątroby typu C.</p>
<p>Pytanie 4</p>	<p>Działania realizowane w ramach programu powinny obejmować wszystkich pacjentów POZ potencjalnie chorych na RZS.</p>

Do jakiej populacji docelowej Pani/Pana zdaniem powinny zostać skierowane poszczególne działania realizowane w ramach programu?	
<p>Pytanie 5</p> <p>Jak w Pani/Pana opinii powinny wyglądać działania edukacyjne realizowane w ramach programu polityki zdrowotnej?</p> <p>Proszę wskazać: zakres tematyczny, populację, do której powinny zostać skierowane, formę oraz czas trwania.</p>	<p>Chorzy na RZS potrzebują informacji o swojej chorobie, opcjach leczenia, monitorowaniu choroby, samodzielnym zarządzaniu chorobą, wspólnym podejmowaniu decyzji i komunikacji z zespołami opiekuńczymi.</p> <p>Lekarze pierwszego kontaktu powinni odgrywać kluczową rolę w edukowaniu chorych na RZS na temat przestrzegania zaleceń lekarskich i zmian w stylu życia, które są fundamentalne w radzeniu sobie z tą przewlekłą chorobą.</p> <p>Odpowiednio przeszkolone pielęgniarki mogły by udzielać zaleceń dotyczących zmian w stylu życia i stosowanej diety.</p> <p>Edukowanie pacjentów na temat korzyści płynących z systematycznego stosowania leków, potencjalnych działań niepożądanych i długoterminowego leczenia RZS może znacznie poprawić przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów.</p> <p>Lekarze POZ powinni zachęcać pacjentów do zwiększenia świadomości na temat wczesnych objawów zaostrzeń choroby i aktywnego uczestnictwa w leczeniu, co pozwoli na lepszą kontrolę choroby.</p> <p>Wczesne skierowania na badania pozwolą na lepszą kontrolę choroby i zapobiegą niepotrzebnym powikłaniom.</p>
<p>Pytanie 6</p> <p>Jakie kompetencje powinien posiadać personel przy realizacji zaplanowanych w programie działań profilaktycznych?</p>	<p>Kluczowe kompetencje obejmują podstawową wiedzę i zrozumienie chorób reumatycznych oraz przyjęcie holistycznego podejścia do leczenia pacjentów.</p> <p>Pielęgniarki odgrywają kluczową rolę w opiece nad osobami chorymi na RZS. Kompetencje pielęgniarek powinny obejmować pełnienie funkcji osoby łącznikowej w zespole interdyscyplinarnym oraz koordynującym świadczone usługi.</p> <p>Osiągnięcie pewnych standardów w zakresie podstawowych kompetencji specjalistów ds. rehabilitacji reumatycznej ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia optymalnej opieki nad osobami z chorobami reumatycznymi. Kompetencje fizjoterapeutów dotyczą wiedzy i umiejętności korzystania z nowych technologii, takich jak narzędzia noszone na ciele, które mogą wnieść istotny wkład w monitorowanie i podejmowanie decyzji dotyczących leczenia.</p> <p>Kompetencje terapeutów zajęciowych powinny obejmować promowanie aktywności fizycznej, rozwiązywanie problemów seksualnych.</p>
<p>Pytanie 7</p> <p>Jakie warunki lokalowe i sprzętowe powinien spełniać ośrodek, w którym będzie prowadzony program?</p>	<p>Ośrodek, w którym będzie prowadzony program powinien dysponować osobnym gabinetem lekarskim z podstawowym wyposażeniem (kozetka, waga, miara do oceny wzrostu) dedykowanym dla obsługi programu oraz pomieszczeniem dla pielęgniarki koordynującej.</p>
<p>Pytanie 8</p> <p>Proszę wskazać mierzalne cele, możliwe do osiągnięcia, w okresie realizacji programu profilaktyki i wczesnego</p>	<p>Mierzalne cele w realizacji programu profilaktyki i wczesnego wykrywania RZS obejmują zwiększenie wykrywalności RZS, oraz zwiększenie odsetka chorych, którym wdrożono skuteczne leczenie oraz procent pacjentów, którzy uzyskali długotrwałą remisję kliniczną (skrócenie czasu trwania sztywności porannej, zmniejszenie liczby bolesnych i obrzękniętych stawów) oraz laboratoryjną (zmniejszenie stężenia CRP i wartości OB).</p>

wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów.	
Pytanie 9 Jakie wskaźniki powinny zostać użyte do pomiaru stopnia realizacji celów?	Do pomiaru stopnia realizacji celów powinno wziąć się pod uwagę procent pacjentów, którzy uzyskali długotrwałą remisję kliniczną (skrócenie czasu trwania sztywność porannej, zmniejszenie liczby bolesnych i obrzękniętych stawów) oraz laboratoryjną (zmniejszenie stężenia CRP i wartości OB).
Pytanie 10 Jakie wskaźniki powinny zostać wzięte pod uwagę w celu monitorowania i ewaluacji programu?	W celu monitorowania i ewaluacji programu powinno się brać pod uwagę wskaźnik chorych, u których w ramach programu rozpoznano RZS do liczby chorych objętym programem.
Pytanie 11 Czy znane są Pani/Panu polskie dane odnoszące się do rozpowszechnienia problemu związanego z reumatoidalnym zapaleniem stawów w polskiej populacji?  Jeśli tak, proszę o wskazanie źródeł danych.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Krajewska-Włodarczyk M, Szelağ M, Batko B, Źuber Z, Orleański M, Podwójcic K, Sowiński J, Jopek J, Świderek M, Maluchnik M, Brzosko M, Śmiglewska A, Kwiatkowska B. Rheumatoid arthritis epidemiology: a nationwide study in Poland. <i>Rheumatol Int.</i> 2024 Jun;44(6):1155-1163. doi: 10.1007/s00296-024-05591-8. Epub 2024 Apr 27. PMID: 38678142; PMCID: PMC11108940.</li> <li>2. Stajszczyk M, Świerkowska G, Smolik K, Domysławska I, Charkiewicz K, Samborski W. The perspective of Polish patients with rheumatoid arthritis - treatment expectations, patient-reported outcomes, and digital literacy (the SENSE study). <i>Reumatologia.</i> 2023;61(5):331-338. doi: 10.5114/reum/171625. Epub 2023 Oct 6. PMID: 37970121; PMCID: PMC10634413.</li> </ol>
Pytanie 12 Czy znane są Pani/Panu doniesienia naukowe dotyczące skuteczności działań profilaktycznych, w tym działania zmniejszające ryzyko wystąpienia i/lub profilaktyka wtórna w reumatoidalnym zapaleniu stawów?  Jeśli tak, proszę wskazać np. przeglądy systematyczne, wyniki badań, wytyczne towarzystw naukowych.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Miteva, D.; Bakopoulou, K.; Padjen, I.; El Kaouri, I.; Tomov, L.; Vasilev, G.V.; Shumnalieva, R.; Velikova, T. Integrating Primary Care and Specialized Therapies in Rheumatoid Arthritis: Optimizing Recognition, Management, and Referral Practices. <i>Rheumato</i> 2025, 5, 3. <a href="https://doi.org/10.3390/rheumato5010003">https://doi.org/10.3390/rheumato5010003</a></li> <li>2. Peterson E, Gallagher MK, Wilbur J. Rheumatoid Arthritis: Diagnosis and Management for the Family Physician. <i>Am Fam Physician.</i> 2024 Nov;110(5):515-526. PMID: 39556634.</li> <li>3. Cush JJ. Rheumatoid Arthritis: Early Diagnosis and Treatment. <i>Rheum Dis Clin North Am.</i> 2022 May;48(2):537-547. doi: 10.1016/j.rdc.2022.02.010. PMID: 35400377.</li> <li>4. Inchingolo F, Inchingolo AM, Fatone MC, Avantario P, Del Vecchio G, Pezzolla C, Mancini A, Galante F, Palermo A, Inchingolo AD, Dipalma G. Management of Rheumatoid Arthritis in Primary Care: A Scoping Review. <i>Int J Environ Res Public Health.</i> 2024 May 22;21(6):662. doi: 10.3390/ijerph21060662. PMID: 38928909; PMCID: PMC11203333.</li> <li>5. McNally E, Keogh C, Galvin R, Fahey T. Diagnostic accuracy of a clinical prediction rule (CPR) for identifying patients with recent-onset undifferentiated arthritis who are at a high risk of developing rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. <i>Semin Arthritis Rheum.</i> 2014 Feb;43(4):498-507. doi: 10.1016/j.semarthrit.2013.08.005. Epub 2013 Oct 15. PMID: 24139249.</li> <li>6. William B. Nowell, Kelly Gavigan, Kimberly Garza, Ronan O'Beirne, Monika Safford, Michael George, Alexis Ogdie, Jessica A. Walsh, Maria I. Danila, Shilpa Venkatachalam, Laura Stradford, Esteban Rivera, Jeffrey R. Curtis. <i>The Journal of Rheumatology</i> Sep 2024, 51 (9) 904-912; DOI: 10.3899/jrheum.2023-1021</li> </ol>

	7. Fragoulis GE, Edelaar L, Vliet Vlieland TPM, Iagnocco A, Schäfer VS, Haines C, Schoones J, Nikiphorou E. Development of generic core competences of health professionals in rheumatology: a systematic literature review informing the 2018 EULAR recommendations. RMD Open. 2019 Oct 23;5(2):e001028. doi: 10.1136/rmdopen-2019-001028. Erratum in: RMD Open. 2019 Dec 3;5(2):e001028corr1. doi: 10.1136/rmdopen-2019-001028corr1. PMID: 31749985; PMCID: PMC6827818.
--	---

## 7. Analiza kliniczna

### 7.1. Metodologia wyszukiwania dowodów naukowych

<Przedstawić, w jakim zakresie dane zagadnienie może być ocenione za pomocą metod HTA, jeśli istnieje możliwość oceny HTA – wykonać wyszukiwanie rekomendacji i badań, przedstawiając zasady wyszukiwania i wymieniając przeszukiwane źródła. W tym miejscu powinny zostać opisane kroki prowadzące do selekcji rekomendacji i dowodów naukowych włączonych do opracowania, jak: przeszukane źródła, kryteria włączenia/wykluczenia wg. PICOS, wyniki wyszukiwania oraz selekcji. Strategie wyszukiwania, schemat graficzny etapów wyszukiwania i selekcji w postaci diagramu zgodnego z zaleceniami QUOROM, tabele włączonych i wykluczonych publikacji (z podaniem przyczyn wykluczenia) – powinny być umieszczone w rozdziale „Załączniki” na końcu dokumentu – wówczas odpowiednie odesłanie powinno znaleźć się w tekście>

W opracowaniu uwzględniono dowody naukowe opublikowane w latach 2020-2025. Przeprowadzono wyszukiwanie w bazach Medline (via PubMed), oraz Cochrane Library, a także przeprowadzono wyszukiwanie w następujących źródłach: French Society of Rheumatology (FSR), United Kingdom National Health Service (UK NHS), British Columbia (BC), European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR), Royal Dutch Society for Physical Therapy (RDSPT).

Przyjęto następujące kryteria włączenia do niniejszego raportu:

<b>Populacja (P):</b>	Osoby dorosłe
<b>Interwencja (I):</b>	Działania informacyjno-edukacyjne; profilaktyka; badania przesiewowe
<b>Komparator (C):</b>	Nie ograniczono
<b>Efekty zdrowotne (O):</b>	Nie ograniczono
<b>Rodzaj badania (S):</b>	Przeglądy systematyczne; metaanalizy; rekomendacje
<b>Ograniczenia</b>	Publikacje z lat 2020-2025

Do analizy włączono łącznie 15 publikacji:

- 9 metaanaliz (Bounabe 2024, Namavari 2024, Wang 2024, Zhang 2023, Li 2022, Wu 2022, Ye 2021, Sun 2021, Ohno 2020);
- 6 rekomendacji (FSR 2024, UK NHS 2023, BCG 2022, EULAR 2021, RDSPT 2021, EULAR 2018).

### 7.2. Ocena jakości włączonych badań wtórnych

Jakość włączonych do analizy badań wtórnych została oceniona poprzez weryfikację kluczowych domen narzędzia do krytycznej oceny przeglądów systematycznych AMSTAR2. Zastosowane narzędzie pozwala wyselekcjonować publikacje o najwyższej jakości. Aby uzyskać najwyższą ocenę, publikacja musi uzyskać pozytywne odpowiedzi na wszystkie pytania. Już jedno uchybienie w domenie krytycznej skutkuje obniżeniem oceny przeglądu systematycznego do wartości „niska”, dwa i więcej uchybień obniża ocenę do wartości „krytycznie niska”.

Przeglądy systematyczne włączone do raportu otrzymały następujące oceny:

- wysoka – Bounabe 2024, Wang 2024;
- niska – Zhang 2023, Wu 2022;
- krytycznie niska – Namavari 2024, Li 2022, Ye 2021, Sun 2021, Ohno 2020.

Szczegółowe wyniki i odpowiedzi na pytania domeny krytycznej narzędzia AMSTAR2 przedstawiono w tabeli poniżej (Tabela 8).

**Tabela 8. Ocena przeglądów systematycznych narzędziem AMSTAR2**

Publikacja	Pytanie 2	Pytanie 4	Pytanie 7	Pytanie 9	Pytanie 11	Pytanie 13	Pytanie 15	Ocena
Meta. Bounabe 2024	Częściowo Tak	Częściowo Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	<b>Wysoka</b>
Meta. Namavari 2024	Nie	Częściowo Tak	Nie	Tak	Tak	Tak	Tak	<b>Krytycznie Niska</b>

Publikacja	Pytanie 2	Pytanie 4	Pytanie 7	Pytanie 9	Pytanie 11	Pytanie 13	Pytanie 15	Ocena
Meta. Wang 2024	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka
Meta. Zhang 2023	Tak	Częściowo tak	Nie	Tak	Tak	Tak	Tak	Niska
Meta. Li 2022	Nie	Częściowo tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Nie	Tak	Krytycznie niska
Meta. Wu 2022	Tak	Częściowo tak	Nie	Tak	Tak	Tak	Tak	Niska
Meta. Ye 2021	Nie	Częściowo Tak	Nie	Nie	Tak	Tak	Tak	Krytycznie Niska
Meta. Sun 2021	Częściowo tak	Tak	Nie	Tak	Tak	Tak	Nie	Krytycznie niska
Meta. Ohno 2020	Nie	Częściowo Tak	Nie	Nie	Tak	Tak	Tak	Krytycznie Niska

*Domeny krytyczne: pytanie 2 – przygotowanie protokołu przed wykonaniem przeglądu systematycznego; pytanie 4 – wszechstronna strategia wyszukiwania; pytanie 7 – lista publikacji wykluczonych na podstawie analizy pełnego tekstu; pytanie 9 – zastosowanie odpowiedniej metody oceny błędu systematycznego; pytanie 11 – dobór właściwej metody dla przeprowadzenia metaanalizy; pytanie 13 – uwzględnienie indywidualnych ocen ryzyka błędu systematycznego uwzględnionych badań; pytanie 15 – uwzględnienie obecności błędu systematycznego publikacji i omówienie jego wpływ na wyniki.*

### 7.3. Wyniki analizy skuteczności i bezpieczeństwa

<Należy opisać odnalezione dowody naukowe dotyczące efektywności klinicznej i bezpieczeństwa działań wykorzystywanych w danym zagadnieniu>

Zgodnie z metodologią przedstawioną w rozdziale 7.1. do analizy włączono n=9 doniesień naukowych (doniesienia włączone ze strategii wyszukiwania n=9).

#### 7.3.1. Charakterystyka i wyniki badań włączonych do analizy skuteczności

Do niniejszego opracowania włączono 9 publikacji badających czynniki ryzyka oraz skuteczność interwencji profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów.

Kryteria włączenia do przeglądu systematycznego spełniły następujące doniesienia naukowe:

##### Aktywność fizyczna (str. 40):

- 1 metaanaliza (Sun 2021) (w tym 4 badania obserwacyjne), w której oceniono czy istnieje związek przyczynowo-skutkowy między poziomem aktywności fizycznej a ryzykiem rozwoju reumatoidalnego zapalenia stawów.

##### Czynniki ryzyka (str. 41):

- 1 metaanaliza (Namavari 2024) (w tym 11 badań obserwacyjnych), określająca związek między przebyciem menopauzy oraz wczesnej menopauzy a ryzykiem wystąpienia RZS;
- 1 metaanaliza (Wang 2024) (w tym 19 badań obserwacyjnych), określająca związek pomiędzy przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) a ryzykiem wystąpienia RZS;
- 1 metaanaliza (Zhang 2023) (w tym 6 badań obserwacyjnych), określająca związek pomiędzy biernym paleniem tytoniu a ryzykiem wystąpienia RZS;
- 1 metaanaliza (Li 2022) (w tym 28 badań obserwacyjnych), mająca na celu określenie związku między zapaleniem przyzębia wywołanym przez *Porphyromonas gingivalis* a ryzykiem wystąpienia RZS;
- 1 metaanaliza (Ye 2021) (w tym 12 badań obserwacyjnych), odnosząca się do związku między modyfikowalnymi czynnikami ryzyka a prawdopodobieństwem wystąpienia RZS;
- 1 metaanaliza (Ohno 2020) (w tym 12 badań obserwacyjnych), odnosząca się do wpływu otyłości na ryzyko wystąpienia RZS.

##### Edukacja (str. 46):

- 1 metaanaliza (Bounabe 2024) (w tym 66 RCT), określająca związek między realizacją działań informacyjno-edukacyjnych wśród pacjentów z RZS a ich jakością życia;
- 1 metaanaliza (Wu 2022) (w tym 24 RCT), oceniająca skuteczność interwencji edukacyjnych w leczeniu pacjentów z RZS.

**Tabela 9. Charakterystyka i wyniki badań włączonych do analizy w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów**

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<b>Aktywność fizyczna</b>				
<p><b>Sun 2021<sup>20</sup></b>                      Źródło finansowania:  <i>National Natural Science Foundation of China</i></p>	<p><b>Rodzaj publikacji:</b> przegląd systematyczny z metaanalizą.  <b>Klasyfikacja AOTMiT:</b> IIIA  <b>Rodzaj włączonych badań:</b> badania obserwacyjne.  <b>Liczba uwzględnionych badań:</b> 4 (USA – 3; Szwecja – 1).  <b>Cel badania:</b> ocena związku przyczynowo-skutkowego między poziomem aktywności fizycznej a ryzykiem rozwoju reumatoidalnego zapalenia stawów.  <b>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</b> do 19.09.2020 r.</p>	<p><b>Populacja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>kobiety dorosłe bez poważnych chorób przewlekłych.</li> </ul> <p><u>Liczebność populacji: 255 365</u></p> <p><b>Interwencja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>rekreacyjna aktywność fizyczna w czasie wolnym.</li> </ul> <p><b>Komparator:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>niższy poziom aktywności fizycznej niż w interwencji;</li> <li>brak lub sporadyczna aktywność fizyczna.</li> </ul> <p><b>Punkty końcowe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>wystąpienie RZS.</li> </ul>	<p><b>Wysoki poziom aktywności fizycznej w porównaniu do niskiego poziomu aktywności fizycznej</b></p> <p><u>Wystąpienie RZS</u></p> <p><i>Ogółem</i></p> <p>RR=0,79                      [95%CI: (0,72; 0,87)]  <b>wynik istotny statystycznie</b>                      (4 badania; N=255 365)</p> <p><b>Aktywność fizyczna w czasie wolnym w porównaniu do braku lub sporadycznej aktywności fizycznej</b></p> <p><u>Wystąpienie RZS</u></p> <p><i>Ogółem</i></p> <p>RR=0,85                      [95%CI: (0,79; 0,92)]  <b>wynik istotny statystycznie</b>                      (4 badania; N=255 365)</p> <p><i>Analiza dawka-odpowiedź:                      każdy wzrost aktywności o 10 MET godzin w tygodniu</i></p> <p>RR=0,93                      [95%CI: (0,90; 0,96)]  <b>wynik istotny statystycznie</b>                      (3 badania; N=224 029)</p>	<p>Wysoki poziom rekreacyjnej aktywności fizycznej w czasie wolnym, w porównaniu do niskiego poziomu aktywności fizycznej, wykazuje istotny statystycznie wpływ na zmniejszenie ryzyka wystąpienia RZS o 21%.</p> <p>Aktywność fizyczna w czasie wolnym, w porównaniu do braku lub sporadycznej aktywności fizycznej, wykazuje istotny statystycznie wpływ na zmniejszenie ryzyka wystąpienia RZS o 15%.</p> <p>Zgodnie z wynikami uzyskanymi w publikacji, każdy wzrost aktywności fizycznej o 10 MET godzin w tygodniu obniża ryzyko wystąpienia RZS o 7%.</p>

<sup>20</sup>Sun L., Zhu J., Ling Y. et al. (2021). Physical activity and the risk of rheumatoid arthritis: evidence from meta-analysis and Mendelian randomization. *Int. J. Epidemiol.* 50(5): 1593-1603

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<b>Czynniki ryzyka</b>				
<p><b>Namavari 2024<sup>21</sup></b></p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Brak zewnętrznego źródła finansowania</p>	<p><b>Rodzaj publikacji:</b> przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p><b>Klasyfikacja AOTMiT:</b> IIIA</p> <p><b>Rodzaj włączonych badań:</b> badania obserwacyjne.</p> <p><b>Liczba uwzględnionych badań:</b> 11 (USA – 4; Szwecja – 2; Iran – 1; Kanada – 1; Korea Południowa – 1; Wielka Brytania – 1; Australia – 1).</p> <p><b>Cel badania:</b> określenie czy wiek, w którym kobiety przebyły menopauzę, jest istotnie statystycznie związany z ryzykiem wystąpienia RZS.</p> <p><b>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</b> do 05.2023 r.</p>	<p><b>Populacja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>kobiety, które przebyły menopauzę.</li> </ul> <p><u>Liczebność populacji:</u> 640 270</p> <p><b>Interwencja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>obserwacja kobiet, u których zakończyła się menopauza;</li> <li>obserwacja kobiet, u których wystąpiła wczesna menopauza (przed 45 r.ż.).</li> </ul> <p><b>Komparator:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>obserwacja kobiet przed rozpoczęciem menopauzy;</li> <li>obserwacja kobiet, które przebyły menopauzę w typowym wieku.</li> </ul> <p><b>Punkty końcowe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>wystąpienie RZS.</li> </ul>	<p><b>Kobiety po ukończeniu menopauzy</b></p> <p><u>Wystąpienie RZS</u></p> <p>OR=1,35 [95%CI: (1,04; 1,67)]</p> <p><b>wynik istotny statystycznie</b> (7 badań; N= 399 580)</p> <p><b>Kobiety dotknięte wczesną menopauzą w porównaniu do tych, które przebyły menopauzę w typowym wieku</b></p> <p><u>Wystąpienie RZS</u></p> <p><i>Ogółem</i></p> <p>OR=2,97 [95%CI: (1,73; 4,22)]</p> <p><b>wynik istotny statystycznie</b> (3 badania; N=154 603)</p>	<p>Potwierdzono, że przebycie przez kobiety menopauzy jest istotnie statystycznie powiązane ze wzrostem szansy wystąpienia RZS.</p> <p>Doświadczenie przez kobiety wczesnej menopauzy (tj. przed osiągnięciem 45 r.ż.) jest istotnie statystycznie związane ze zwiększeniem szansy wystąpienia RZS.</p>
<p><b>Wang 2024<sup>22</sup></b></p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>State Administration of Traditional Chinese Medicine Science and Technology Department</p>	<p><b>Rodzaj publikacji:</b> przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p><b>Klasyfikacja AOTMiT:</b> IIIA</p> <p><b>Rodzaj włączonych badań:</b> badania obserwacyjne.</p> <p><b>Liczba uwzględnionych badań:</b> 19 (USA – 8; Korea – 5; Szwecja – 2; Wielka Brytania – 1; Kanada – 1; Izrael – 1; Chiny/Tajwan – 1).</p>	<p><b>Populacja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>osoby dorosłe z lub bez RZS.</li> </ul> <p><u>Liczebność populacji:</u> 1 549 181</p> <p><b>Interwencja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>obserwacja osób z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc.</li> </ul>	<p><b>Przewlekła obturacyjna choroba płuc</b></p> <p><u>Wystąpienie RZS</u></p> <p>OR=1,36 [95%CI: (1,05; 1,76)]</p> <p><b>wynik istotny statystycznie</b> (7 badań; N=410 448)</p>	<p>Wykazano, że obecność przewlekłej obturacyjnej choroby płuc istotnie statystycznie zwiększa szansę wystąpienia RZS.</p>

<sup>21</sup> Namavari N., Jokar M., Ghodsian A. et al. (2024). Menopausal state and rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. BMC Rheumatol. 8(1): 48

<sup>22</sup> Wang M., Pan H., Zhai Y. et al. (2024). Bidirectional association between rheumatoid arthritis and chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. Front. Immunol. 15: 1494003

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p>Zhejiang Provincial Administration of Traditional Chinese Medicine Natural Science Foundation of Zhejiang Province Zhejiang Province Traditional Chinese medicine science and technology project</p>	<p><b>Cel badania:</b> określenie związku pomiędzy przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) a ryzykiem wystąpienia RZS. <b>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</b> do 20.02.2024 r.</p>	<p><b>Komparator:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• obserwacja osób bez zdiagnozowanej POChP.</li> </ul> <p><b>Punkty końcowe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wystąpienie RZS.</li> </ul>		
<p><b>Zhang 2023<sup>23</sup></b> Źródło finansowania: National Key R&amp;D Program of China</p>	<p><b>Rodzaj publikacji:</b> przegląd systematyczny z metaanalizą. <b>Klasyfikacja AOTMiT:</b> IIIA <b>Rodzaj włączonych badań:</b> badania obserwacyjne. <b>Liczba uwzględnionych badań:</b> 6 (USA – 3; Finlandia – 1; Szwecja – 1; Francja – 1). <b>Cel badania:</b> ocena związku pomiędzy biernym paleniem tytoniu a ryzykiem wystąpienia RZS. <b>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</b> do 15.05.2022 r.</p>	<p><b>Populacja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• osoby z lub bez RZS.</li> </ul> <p><u>Liczebność populacji: 357 832</u></p> <p><b>Interwencja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• obserwacja osób narażonych na bierne palenie tytoniu (w okresie płodowym, w dzieciństwie oraz od 18 r.ż.).</li> </ul> <p><b>Komparator:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• obserwacja osób, które nie były narażone na bierne palenie.</li> </ul> <p><b>Punkty końcowe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wystąpienie RZS.</li> </ul>	<p><b>Bierne palenie tytoniu</b></p> <p><u>Wystąpienie RZS</u></p> <p><i>Ogółem</i></p> <p>RR=1,12 [95%CI: (1,04; 1,20)] <b>wynik istotny statystycznie</b> (6 badań; N=357 832)</p> <p><i>Narażenie od 18 r.ż.</i></p> <p>RR=1,12 [95%CI: (1,04; 1,20)] <b>wynik istotny statystycznie</b> (5 badań; N=nie określono)</p> <p><i>Narażenie w dzieciństwie</i></p> <p>RR=1,34 [95%CI: (1,01; 1,78)] <b>wynik istotny statystycznie</b> (2 badania; N=nie określono)</p>	<p>Bierne palenie tytoniu istotnie statystycznie zwiększa o 12% ryzyko wystąpienia RZS.</p> <p>Analiza w podgrupach wykazała, że ryzyko wystąpienia RZS jest istotnie statystycznie wyższe w przypadku ekspozycji na bierne palenie zarówno w dzieciństwie, jak i w wieku dorosłym. Nie wykazano natomiast tej istotnej statystycznie zależności w przypadku ekspozycji na bierne palenie w okresie płodowym.</p>

<sup>23</sup> Zhang X., Zhang X., Yang .Y et al. (2023). Association between passive smoking and the risk of rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. Clin. Rheumatol. 42(3): 663-672

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p><i>Narażenie w okresie płodowym</i></p> <p>RR=1,18 [95%CI: (0,87; 1,60)]</p> <p><b>wynik nieistotny statystycznie</b> (2 badania; N=nie określono)</p>	
<p><b>Li 2022<sup>24</sup></b></p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>National Key Research and Development Program of China Science and Technology Program of Tianjin Innovation Team and Talents Cultivation Program of National Administration of Traditional Chinese Medicine Education Committee of Tianjin</p>	<p><b>Rodzaj publikacji:</b> przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p><b>Klasyfikacja AOTMiT:</b> IIIA</p> <p><b>Rodzaj włączonych badań:</b> badania obserwacyjne.</p> <p><b>Liczba uwzględnionych badań:</b> 28 (Europa – 17; Ameryka Północna – 5; Azja – 3; Południowa Ameryka – 3).</p> <p><b>Cel badania:</b> określenie związku między zapaleniem przyzębia wywołanym przez <i>Porphyromonas gingivalis</i> a ryzykiem wystąpienia RZS.</p> <p><b>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</b> do 14.04.2022 r.</p>	<p><b>Populacja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>osoby dorosłe z lub bez RZS.</li> </ul> <p><u>Liczebność populacji:</u> 7 093</p> <p><b>Interwencja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>obserwacja osób z zapaleniem przyzębia, wywołanym przez <i>Porphyromonas gingivalis</i>.</li> </ul> <p><b>Komparator:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>obserwacja osób, u których nie stwierdzono obecności zapalenia przyzębia.</li> </ul> <p><b>Punkty końcowe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>wystąpienie RZS.</li> </ul>	<p><b>Zapalenie przyzębia</b></p> <p><u>Wystąpienie RZS</u></p> <p><i>Ogółem</i></p> <p>OR=1,86 [95%CI: (1,43; 2,43)]</p> <p><b>wynik istotny statystycznie</b> (28 badań; N=7 093)</p> <p><i>Populacja europejska</i></p> <p>OR=2,17 [95%CI: (1,46; 3,22)]</p> <p><b>wynik istotny statystycznie</b> (17 badań; N=5 399)</p>	<p>Wykazano, że zapalenie przyzębia istotnie statystycznie zwiększa szansę wystąpienia RZS.</p>
<p><b>Ye 2021<sup>25</sup></b></p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p>	<p><b>Rodzaj publikacji:</b> przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p><b>Klasyfikacja AOTMiT:</b> IIIA</p>	<p><b>Populacja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ogólna amerykańska.</li> </ul> <p><u>Liczebność populacji:</u> 1 181 489</p> <p><b>Interwencja:</b></p>	<p><b>Palenie tytoniu</b></p> <p><u>Wystąpienie RZS</u></p> <p><i>Ogółem</i></p>	<p>Potwierdzono, że palenie tytoniu, obecnie lub w przeszłości istotnie statystycznie zwiększa ryzyko wystąpienia RZS, o 34%.</p> <p>W przypadku analizy podgrup z kolei wykazano, że wśród byłych palaczy</p>

<sup>24</sup> Li Y., Guo R., Oduro P. K. et al. (2022). The Relationship Between Porphyromonas Gingivalis and Rheumatoid Arthritis: A Meta-Analysis. Front. Cell. Infect. Microbiol. 12: 956417

<sup>25</sup> Ye D., Mao Y., Xu Y. et al. (2021). Lifestyle factors associated with incidence of rheumatoid arthritis in US adults: analysis of National Health and Nutrition Examination Survey database and meta-analysis. BMJ Open. 11(1): e038137

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p><i>National Key R&amp;D Program of China</i></p> <p><i>National Natural Science Foundation of China</i></p>	<p><b>Rodzaj włączonych badań:</b> badania obserwacyjne.</p> <p><b>Liczba uwzględnionych badań:</b> 12.</p> <p><b>Cel badania:</b> oszacowanie rozpowszechnienia występowania RZS wśród dorosłych Amerykanów, u których stwierdza się obecność poszczególnych czynników ryzyka.</p> <p><b>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</b> do 31.03.2019 r.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• obserwacja pacjentów, u których stwierdza się obecność potencjalnych czynników ryzyka wystąpienia RZS: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ palenie tytoniu,</li> <li>○ nadwaga lub otyłość,</li> <li>○ zwiększenie wartości wskaźnika BMI,</li> <li>○ spożywanie alkoholu w ilości 50 g/tydzień.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Komparator:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• obserwacja pacjentów, u których nie występują poszczególne czynniki ryzyka RZS.</li> </ul> <p><b>Punkty końcowe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wystąpienie RZS.</li> </ul>	<p>RR=1,34 [95%CI: (1,22; 1,47)] <b>wynik istotny statystycznie</b> (9 badań; N=nie określono)</p> <p><i>Byli palacze</i></p> <p>RR=1,22 [95%CI: (1,1; 1,36)] <b>wynik istotny statystycznie</b> (9 badań; N=nie określono)</p> <p><i>Obecni palacze</i></p> <p>RR=1,47 [95%CI: (1,29; 1,68)] <b>wynik istotny statystycznie</b> (9 badań; N=nie określono)</p> <p><b>Obecność nadwagi lub otyłości</b></p> <p><u>Wystąpienie RZS</u></p> <p>RR=1,27 [95%CI: (1,09; 1,48)] <b>wynik istotny statystycznie</b> (4 badania; N=nie określono)</p> <p><b>Zwiększenie wartości wskaźnika BMI o każde 5 kg/m<sup>2</sup></b></p> <p><u>Wystąpienie RZS</u></p> <p>RR=1,09 [95%CI: (1,04; 1,15)] <b>wynik istotny statystycznie</b> (4 badania; N=nie określono)</p> <p><b>Spożywanie alkoholu w ilości 50 g/tydzień</b></p> <p><u>Wystąpienie RZS</u></p> <p>RR=0,92 [95%CI: (0,84; 1)]</p>	<p>prawdopodobieństwo wystąpienia omawianego problemu zdrowotnego istotnie statystycznie wzrasta o 22%. Z kolei wśród aktywnych palaczy, prawdopodobieństwo wystąpienia RZS wzrasta istotnie statystycznie o 47%.</p> <p>Nadwaga lub otyłość istotnie statystycznie zwiększają ryzyko rozwoju RZS o 27%.</p> <p>Wzrost wskaźnika BMI o każde 5 kg/m<sup>2</sup> wpływa istotnie statystycznie na zwiększone ryzyko wystąpienia RZS, o 9%.</p> <p>Spożywanie alkoholu w ilości 50 g/tydzień nie wpływa istotnie statystycznie na prawdopodobieństwo wystąpienia u pacjenta RZS.</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p><b>wynik nieistotny statystycznie</b> (4 badania; N=nie określono)</p>	
<p><b>Ohno 2020<sup>26</sup></b> <u>Źródło finansowania:</u>  Brak zewnętrznego źródła finansowania</p>	<p><b>Rodzaj publikacji:</b> przegląd systematyczny z metaanalizą. <b>Klasyfikacja AOTMiT:</b> IIIA <b>Rodzaj włączonych badań:</b> badania obserwacyjne. <b>Liczba uwzględnionych badań:</b> 12 (Szwecja – 3; USA – 3; Dania – 2; Wielka Brytania – 2; Finlandia – 1; Norwegia – 1). <b>Cel badania:</b> określenie związku między otyłością a ryzykiem wystąpienia RZS. <b>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</b> do 10.05.2019 r.</p>	<p><b>Populacja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ogólna.</li> </ul> <p><u>Liczebność populacji:</u> 441 989</p> <p><b>Interwencja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>obserwacja pacjentów, u których stwierdza się zwiększone wartości wskaźników antropometrycznych, które wskazują na nadmierną masę ciała, włączając w to: <ul style="list-style-type: none"> <li>wzrost wskaźnika BMI o 5 kg/m<sup>2</sup>,</li> <li>wzrost wskaźnika BMI we wczesnej dorosłości o 5 kg/m<sup>2</sup>,</li> <li>wzrost obwodu talii o 10 cm.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Komparator:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>obserwacja pacjentów, u których wskaźniki antropometryczne utrzymują się w normie.</li> </ul> <p><b>Punkty końcowe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>wystąpienie RZS.</li> </ul>	<p><b>Wzrost wartości wskaźnika BMI o każde 5 kg/m<sup>2</sup></b> <u>Wystąpienie RZS</u>  RR=1,11 [95%CI: (1,05; 1,18)] <b>wynik istotny statystycznie</b> (10 badań; N=473 641)</p> <p><b>Wzrost wartości wskaźnika BMI o każde 5 kg/m<sup>2</sup> we wczesnej dorosłości</b> <u>Wystąpienie RZS</u>  RR=1,17 [95%CI: (1,01; 1,36)] <b>wynik istotny statystycznie</b> (3 badania; N=249 959)</p> <p><b>Wzrost obwodu talii o każde 10 cm</b> <u>Wystąpienie RZS</u>  RR=1,13 [95%CI: (1,02; 1,25)] <b>wynik istotny statystycznie</b> (3 badania; N=55 584)</p>	<p>Wykazano, że wzrost wskaźnika BMI o każde 5 kg/m<sup>2</sup>, istotnie statystycznie zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia RZS, o 11%.</p> <p>W przypadku populacji młodych dorosłych, zwiększenie wartości wskaźnika BMI o każde 5 kg/m<sup>2</sup>, istotnie statystycznie zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia RZS, o 17%.</p> <p>Wzrost obwodu talii o każde 10 cm istotnie statystycznie zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia RZS, o ok. 13%.</p>

<sup>26</sup> Ohno T., Aune D., Heath A. K. (2020). Adiposity and the risk of rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Sci. Rep. 10(1): 16006

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<b>Edukacja</b>				
<p><b>Bounabe 2024<sup>27</sup></b></p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Brak zewnętrznego źródła finansowania.</p>	<p><b>Rodzaj publikacji:</b> przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p><b>Klasyfikacja AOTMiT:</b> IA</p> <p><b>Rodzaj włączonych badań:</b> RCT.</p> <p><b>Liczba uwzględnionych badań:</b> 66 (Wielka Brytania – 10; USA – 9; Holandia – 7; Francja – 5; Szwecja 5; Kanada – 3; Chiny – 3; Australia – 2; Dania – 2; Egipt – 2; Iran – 2; Włochy – 2; Hiszpania – 2; Austria – 1; Brazylia – 1; Kolumbia – 1; Irak – 1; Niemcy – 1; Indie – 1; Kenia – 1; Norwegia – 1; Singapur – 1; Korea Południowa – 1; Tajwan – 1; Tajlandia – 1).</p> <p><b>Cel badania:</b> określenie wpływu edukacji na jakość życia oraz stan zdrowia pacjentów z RZS, identyfikacja kluczowych zakresów tematycznych takich interwencji oraz oszacowanie ogólnego wpływu takich programów.</p> <p><b>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</b> do 08.03.2023 r.</p>	<p><b>Populacja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>osoby dorosłe z RZS.</li> </ul> <p><u>Liczebność populacji:</u> 8 350</p> <p><b>Interwencja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>dopasowane do pacjenta z RZS, programy edukacyjne nt. samzarządzania chorobą. Edukacja w ramach interwencji mogła koncentrować się na przekazywaniu informacji celem:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>zrozumienia przez pacjenta choroby oraz dostępnych farmakologicznych i nefarmakologicznych metod leczenia,</li> <li>nauki podstawowych technik ochrony stawów,</li> <li>wdrożenia działań z zakresu modyfikacji stylu życia,</li> <li>nauki sposobów na ograniczenie powikłań RZS,</li> <li>poszerzenia świadomości o ewentualnych ograniczeniach wynikających z omawianego problemu zdrowotnego,</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Działania informacyjno-edukacyjne</b></p> <p><u>Jakość życia ogółem</u></p> <p>SMD=0,25 [95%CI: (0,13; 0,37)] <b>wynik istotny statystycznie</b> (42 RCT; N=nie określono)</p> <p><u>Jakość życia bezpośrednio po interwencji</u></p> <p><i>Edukacja w grupach</i></p> <p>SMD=0,11 [95%CI: (0,03; 0,19)] <b>wynik istotny statystycznie</b> (22 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Edukacja indywidualna</i></p> <p>SMD=0,11 [95%CI: (0,05; 0,18)] <b>wynik istotny statystycznie</b> (25 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Edukacja łącząca zajęcia indywidualne i grupowe</i></p> <p>SMD=0,29 [95%CI: (0,04; 0,53)] <b>wynik istotny statystycznie</b> (7 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Edukacja w formie e-learningu</i></p> <p>SMD=0,13 [95%CI: (-0,11; 0,36)] <b>wynik nieistotny statystycznie</b> (7 RCT; N=nie określono)</p>	<p><b>Wnioski autorów</b></p> <p>Przedstawiona metaanaliza podkreśla ogólną efektywność edukacji pacjentów z RZS w zakresie poprawy jakości ich życia.</p> <p>Dodatkowo, badacze podkreślają także istotność poszczególnych zmiennych działań informacyjno-edukacyjnych jak np. forma edukacji, okres edukacji czy długość trwania interwencji. Pomimo potwierdzonych w badaniu ograniczeń oraz obecnej heterogeniczności między poszczególnymi badaniami pierwotnymi, metaanaliza dostarcza cennych informacji dla osób decyzyjnych w zakresie zdrowia.</p> <p>Autorzy ogólnie zalecają modyfikacje protokołów interwencji edukacyjnych oraz odpowiednie dopasowanie ich do konkretnych populacji docelowych, celem optymalizacji wpływu interwencji edukacyjnych na jakość życia pacjentów.</p>

<sup>27</sup> Teichert F, Karner V, Döding R. et al. (2023). Effectiveness of Exercise Interventions for Preventing Neck Pain: A Systematic Review With Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. J. Orthop. Sports Phys. Ther. 53(10): 594–609

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<ul style="list-style-type: none"> <li>o zachęcenia rodziny i przyjaciół do udziału w procesie zarządzania oraz leczenia omawianego problemu zdrowotnego.</li> </ul> <p>Działania edukacyjne mogły być prowadzone zarówno w formie spotkań indywidualnych, jak i grupowych. W części dostępnych publikacji, działania edukacyjne były także realizowane poprzez konsultacje <i>face-to-face</i> lub online, przy udziale pielęgniarki bądź lekarza. Dodatkowo część badań pierwotnych analizowało także wpływ poszczególnych, usystematyzowanych programów edukacyjnych.</p> <p><b>Komparator:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• standardowe postępowanie;</li> <li>• brak interwencji.</li> </ul> <p><b>Punkty końcowe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• jakość życia: <ul style="list-style-type: none"> <li>o ogółem,</li> <li>o bezpośrednio po interwencji,</li> <li>o na koniec okresu obserwacji (od 2 tygodni do 2 lat).</li> </ul> </li> </ul>	<p><i>Edukacja w formie face-to-face</i></p> <p>SMD=0,12 [95%CI: (0,07; 0,18)] <b>wynik istotny statystycznie</b> (44 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Edukacja w formie hybrydowej (face-to-face oraz e-learning)</i></p> <p>SMD=0,24 [95%CI: (0,05; 0,44)] <b>wynik istotny statystycznie</b> (3 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Edukacja trwająca &gt;52 tygodni</i></p> <p>SMD=0,12 [95%CI: (-0,06; 0,31)] <b>wynik nieistotny statystycznie</b> (3 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Edukacja trwająca 27-52 tygodni</i></p> <p>SMD=0,36 [95%CI: (-0,03; 0,75)] <b>wynik nieistotny statystycznie</b> (3 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Edukacja trwająca 9-26 tygodni</i></p> <p>SMD=0,13 [95%CI: (0,06; 0,21)] <b>wynik istotny statystycznie</b> (18 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Edukacja trwająca 2-8 tygodni</i></p> <p>SMD=0,08 [95%CI: (0; 0,17)] <b>wynik nieistotny statystycznie</b> (23 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Edukacja trwająca 1 dzień - 1 tydzień</i></p> <p>SMD=0,15 [95%CI: (-0,07; 0,37)]</p>	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p><b>wynik nieistotny statystycznie</b> (7 RCT; N=nie określono)</p> <p><u>Jakość życia na koniec okresu obserwacji</u></p> <p><i>Edukacja w grupach</i></p> <p>SMD=0,25 [95%CI: (0,03; 0,47)]</p> <p><b>wynik istotny statystycznie</b> (17 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Edukacja indywidualna</i></p> <p>SMD=0,2 [95%CI: (0,05; 0,35)]</p> <p><b>wynik istotny statystycznie</b> (19 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Edukacja łącząca zajęcia indywidualne i grupowe</i></p> <p>SMD=0,39 [95%CI: (0,03; 0,75)]</p> <p><b>wynik istotny statystycznie</b> (6 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Edukacja w formie e-learningu</i></p> <p>SMD=0,2 [95%CI: (0,07; 0,33)]</p> <p><b>wynik istotny statystycznie</b> (8 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Edukacja w formie face-to-face</i></p> <p>SMD=0,22 [95%CI: (0,07; 0,37)]</p> <p><b>wynik istotny statystycznie</b> (31 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Edukacja w formie hybrydowej (face-to-face oraz e-learning)</i></p> <p>SMD=0,69 [95%CI: (0,2; 1,18)]</p>	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p><b>wynik istotny statystycznie</b> (3 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Edukacja trwająca &gt;52 tygodni</i></p> <p>SMD=-0,06 [95%CI: (-0,35; 0,23)]</p> <p><b>wynik nieistotny statystycznie</b> (1 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Edukacja trwająca 27-52 tygodni</i></p> <p>SMD=0,56 [95%CI: (-0,36; 1,49)]</p> <p><b>wynik nieistotny statystycznie</b> (3 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Edukacja trwająca 9-26 tygodni</i></p> <p>SMD=0,42 [95%CI: (0,16; 0,68)]</p> <p><b>wynik istotny statystycznie</b> (13 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Edukacja trwająca 2-8 tygodni</i></p> <p>SMD=0,13 [95%CI: (-0,01; 0,27)]</p> <p><b>wynik nieistotny statystycznie</b> (20 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Edukacja trwająca 1 dzień - 1 tydzień</i></p> <p>SMD=0,28 [95%CI: (0,11; 0,44)]</p> <p><b>wynik istotny statystycznie</b> (5 RCT; N=nie określono)</p>	
<p><b>Wu 2022<sup>28</sup></b> <u>Źródło finansowania:</u></p>	<p><b>Rodzaj publikacji:</b> przegląd systematyczny z metaanalizą. <b>Klasyfikacja AOTMiT:</b> IA</p>	<p><b>Populacja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>osoby ze zdiagnozowanym RZS.</li> </ul>	<p><b>Edukacja</b> <u>Poziom bólu</u></p>	<p>Systematyczna edukacja pacjenta chorego na RZS wpływa istotnie statystycznie na poprawę sprawności</p>

<sup>28</sup> Wu Z., Zhu Y., Wang Y. et al. (2022). The Effects of Patient Education on Psychological Status and Clinical Outcomes in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front. Psychiatry. 13: 848427

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p>Guangdong Provincial Science and Technology Innovation Strategy Special Fund</p> <p>Natural Science Foundation of Guangdong Province</p>	<p><b>Rodzaj włączonych badań:</b> RCT.</p> <p><b>Liczba uwzględnionych badań:</b> 24 (Wielka Brytania – 4; Chiny – 4; Iran – 4; Francja – 3; USA – 2; Austria – 1; Holandia – 1; Kanada – 1; Hiszpania – 1; Australia – 1; Włochy – 1; Brazylia – 1;).</p> <p><b>Cel badania:</b> ocena skuteczności interwencji edukacyjnych w leczeniu pacjentów z RZS.</p> <p><b>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</b> do 02.11.2021 r.</p>	<p><u>Liczebność populacji:</u> 2 276</p> <p><b>Interwencja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• systematyczna edukacja pacjenta z RZS, mająca na celu poprawę wiedzy oraz zachowań zdrowotnych, obejmująca m.in.:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ informacje na temat choroby, metod leczenia i strategii radzenia sobie chorobą;</li> <li>○ konsultacje i poradnictwo w zakresie wykonywania codziennych czynności;</li> <li>○ znaczenie samoopieki w chorobie.</li> </ul> </li> </ul> <p>W zależności od badań, edukacja prowadzona była stacjonarnie lub online/telefoniczne oraz z wykorzystaniem materiałów drukowanych.</p> <p><b>Komparator:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• standardowa opieka;</li> <li>• leczenie konwencjonalne (inne metody leczenia, z których pacjenci korzystali przed przystąpieniem do badania, tj. farmakoterapia lub inne rutynowe terapie);</li> <li>• lista oczekujących, tj. osoby, które skorzystały z interwencji tuż po zakończeniu badania.</li> </ul> <p><b>Punkty końcowe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• poziom bólu,</li> <li>• poziom sprawności fizycznej,</li> </ul>	<p>SMD=-0,37 [95%CI: (-0,80; 0,05)] <b>wynik nieistotny statystycznie</b> (8 RCT; N=449(I); 431(C))</p> <p><u>Poziom sprawności fizycznej</u></p> <p>SMD=-0,52 [95%CI: (-0,96; -0,08)] <b>wynik istotny statystycznie</b> (10 RCT; N=640(I); 605(C))</p> <p><u>Aktywność choroby</u></p> <p>SMD=-1,97 [95%CI: (-3,24; -0,71)] <b>wynik istotny statystycznie</b> (5 RCT; N=241(I); 229(C))</p> <p><u>Poziom CRP</u></p> <p>SMD=-0,27 [95%CI: (-0,57; 0,02)] <b>wynik nieistotny statystycznie</b> (2 RCT; N=92(I); 85(C))</p> <p><u>Poziom lęku</u></p> <p>SMD=0,17 [95%CI: (-0,64; 0,98)] <b>wynik nieistotny statystycznie</b> (2 RCT; N=70(I); 68(C))</p> <p><u>Poziom zaburzeń depresyjnych</u></p> <p>SMD=-0,18 [95%CI: (-0,52; 0,15)] <b>wynik nieistotny statystycznie</b> (2 RCT; N=151(I); 143(C))</p>	<p>fizycznej oraz zmniejszenie wskaźnika aktywności choroby.</p> <p>Nie wykazano natomiast istotnego statystycznie wpływu systematycznej edukacji pacjenta na parametry laboratoryjne (OB, CRP) oraz na poziom lęku i zaburzeń depresyjnych.</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<ul style="list-style-type: none"><li>• aktywność choroby,</li><li>• poziom OB,</li><li>• poziom CRP,</li><li>• poziom lęku,</li><li>• poziom zaburzeń depresyjnych.</li></ul>		

### ***7.3.2. Charakterystyka i wyniki badań włączonych do analizy bezpieczeństwa***

W wyniku prac analitycznych nie odnaleziono wtórnych doniesień naukowych oraz rekomendacji klinicznych, które odnosiły się do potencjalnych działań/zdarzeń niepożądanych związanych z realizacją działań profilaktycznych i badań przesiewowych w kierunku reumatoidalnego zapalenia stawów.

### ***7.3.3. Przegląd analiz ekonomicznych***

W wyniku prac analitycznych nie odnaleziono analiz ekonomicznych, które odnosiły się do kosztów realizacji działań profilaktycznych i badań przesiewowych w kierunku reumatoidalnego zapalenia stawów.

#### 7.4. Ograniczenia analizy klinicznej

<Jeżeli w odnalezionych badaniach określone były ograniczenia należy je opisać>

- Uwzględniono wyłącznie publikacje w języku angielskim i polskim.
- Biorąc pod uwagę, że niniejsze opracowanie stanowi aktualizację raportu OT.423.4.2018, wyszukiwanie systematyczne zostało zawężone do badań opublikowanych po dacie wykonanego pierwszego wyszukiwania, tj. 26.05.2020 r.
- Wyszukiwanie, w pierwszej kolejności, zawężono do najwyższych poziomów hierarchii doniesień naukowych, tj. metaanaliz, przeglądów systematycznych (badania wtórne) oraz rekomendacji.
- Badania uwzględnione we wtórnych doniesieniach naukowych dotyczyły zróżnicowanej populacji pod względem pochodzenia etnicznego i położenia geograficznego.
- Uwzględnione we wtórnych doniesieniach naukowych badania pierwotne cechowały się dużą heterogenicznością (m.in. zróżnicowane metody prezentacji analizowanych danych czy różnice w zakresie stosowanych interwencji).
- Wyszukane publikacje zostały utworzone w powiązaniu z kontekstem kulturowym, ekonomicznym oraz sposobem funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, który pod różnymi względami może być odmienny od rozwiązań stosowanych w Polsce.

## 8. Warunki realizacji programów polityki zdrowotnej dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego

<Wskazać warunki realizacji programów polityki zdrowotnej na podstawie odnalezionych rekomendacji, badań wtórnych, analiz, opinii ekspertów oraz aktów prawnych>

**Tabela 10. Warunki realizacji wskazane w rekomendacji nr 5/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa AOTMiT w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów**

Wymagania	Warunki realizacji
Wymagania wobec personelu	<p><u>Szkolenia personelu medycznego:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eksperci:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ lekarz (optymalnie: ze specjalizacją w dziedzinie reumatologii) posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu RZS oraz</li> <li>○ fizjoterapeuta posiadający doświadczenie w ocenie funkcjonalnej i prowadzeniu terapii RZS,</li> <li>○ którzy są w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu.</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Lekarska wizyta kwalifikacyjna:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu RZS,</li> <li>• lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez ekspertów szkolenia dla personelu medycznego.</li> </ul> <p><u>Działania informacyjno-edukacyjne:</u></p> <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 i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez ekspertów w ramach PPZ.</li> </ul> <p><u>Diagnostyka serologiczno-radiologiczna:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zgodnie z obowiązującymi przepisami dot. prowadzenia diagnostyki laboratoryjnej.</li> </ul>
Wymagania dot. wyposażenia i warunków lokalowych sprzętowe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej w omawianym zakresie, należy zastosować się do obowiązujących przepisów prawa, w tym dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy</li> </ul>

### Warunki realizacji opracowane na podstawie odnalezionych rekomendacji

W wyniku wyszukiwania nie odnaleziono zaleceń odnoszących się bezpośrednio do warunków realizacji interwencji profilaktycznych nakierowanych na profilaktykę i wczesne wykrywanie reumatoidalnego zapalenia stawów.

Przedstawione w raporcie OT.423.4.2018 (Zal 1) warunki realizacji opracowane na podstawie rekomendacji pozostają aktualne.

**Tabela 11. Warunki realizacji opracowane na podstawie opinii eksperckiej [Zal 2]**

Wymagania	Warunki realizacji
Wymagania wobec ośrodka	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gabinet lekarski z podstawowym wyposażeniem.</li> <li>• Osobne pomieszczenie dla pielęgniarki koordynującej.</li> </ul>
Wymagania wobec personelu	<p><u>Wykształcenie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pielęgniarka.</li> <li>• Specjalista ds. rehabilitacji reumatycznej.</li> </ul> <p><u>Kompetencje:</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Umiejętność do pracy w zespole interdyscyplinarnym.</li><li>• Podstawowa wiedza i zrozumienie chorób reumatycznych z holistycznym podejściem do leczenia.</li><li>• Umiejętność korzystania z nowych technologii, tj. sensory noszone na ciele.</li><li>• Kompetencje terapeutów zajęciowych powinny obejmować promowanie aktywności fizycznej, rozwiązywanie problemów seksualnych.</li></ul>
Wymagania sprzętowe	<ul style="list-style-type: none"><li>• Wyposażenie gabinetu lekarskiego:<ul style="list-style-type: none"><li>○ kozetka,</li><li>○ waga,</li><li>○ miara do oceny wzrostu.</li></ul></li></ul>

**Warunki realizacji zgodne z rozporządzeniami Ministra Zdrowia**

Przedstawione w raporcie OT.423.7.2019 (Za1 1) warunki realizacji zgodne z rozporządzeniem MZ ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej pozostają aktualne.

## 9. Monitorowanie oraz ewaluacja programów polityki zdrowotnej w danym problemie zdrowotnym

<Wskazać wskaźniki służące do monitorowania i ewaluacji programów polityki zdrowotnej na podstawie odnalezionych rekomendacji, badań wtórnych, analiz oraz opinii ekspertów>

**Tabela 12. Wskaźniki odnoszące się do monitorowania i ewaluacji wskazane w rekomendacji nr 5/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa AOTMiT w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów**

	Wskaźniki
Mierniki efektywności odpowiadające celom programu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.</li> <li>• Odsetek osób z personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.</li> <li>• Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.</li> </ul>
Monitorowanie	<p><u>Ocena zgłaszalności do programu</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej;</li> <li>• Liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;</li> <li>• Liczba osób, które wzięły udział w lekarskiej wizycie kwalifikacyjnej;</li> <li>• Liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym;</li> <li>• Liczba osób poddanych diagnostyce serologiczno-radiologicznej;</li> <li>• Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem tych powodów;</li> <li>• Liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału.</li> </ul> <p><u>Ocena jakości świadczeń w ramach programu</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.</li> <li>• Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta.</li> </ul>
Ewaluacja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, które uzyskały lub utrzymały wysoki poziom wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu);</li> <li>• Liczbie świadczeniobiorców, które nie zostały zakwalifikowane do grupy wysokiego ryzyka w czasie wizyty kwalifikacyjnej;</li> <li>• Liczbie świadczeniobiorców, które zostały zakwalifikowane do grupy wysokiego ryzyka w czasie wizyty kwalifikacyjnej;</li> <li>• Liczbie świadczeniobiorców, które uzyskały lub utrzymały wysoki poziom wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu),</li> <li>• Liczbie świadczeniobiorców, u których doszło do zdiagnozowania RZS w ramach programu.</li> </ul>

**Tabela 13. Wskaźniki odnoszące się do monitorowania i ewaluacji wskazane w opinii eksperckiej**

Opinia eksperta	Zaproponowane wskaźniki
Dr hab. n. med. Hanna Przepiera-Będzak – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie reumatologii dla woj. lubuskiego [Za1 2]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stosunek liczby osób chorych, u których w ramach programu rozpoznano RZS do liczby osób objętych programem.</li> </ul>

## ***10. Analiza raportów końcowych***

Agencja do dnia 28.04.2025 roku, zgodnie z trybem określonym w Ustawie o świadczeniach, nie otrzymała od jednostek samorządu terytorialnego żadnych raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów.

## 11. Podsumowanie wniosków z poprzedniej wersji raportu OT.423.4.2018

Informacje przedstawione poniżej stanowią podsumowanie z odnalezionych i opisanych w 2020 roku rekomendacji klinicznych, opinii ekspertów, przeglądów systematycznych, weryfikacji założeń zgromadzonych PPZ oraz opinii Prezesa wydanych do przedmiotowych PPZ

### Problem zdrowotny

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest to przewlekła choroba układowa tkanki łącznej o podłożu immunologicznym. RZS charakteryzuje się nieswoistym zapaleniem symetrycznych stawów oraz występowaniem zmian pozastawowych i powikłań układowych, które mogą prowadzić do niepełnosprawności, inwalidztwa i przedwczesnej śmierci. Wyróżnia się serologicznie dodatnią albo ujemną postać choroby (Szczeklik 2017).

Etiologia RZS nie jest dotychczas wystarczająco poznana, a w patogenezie tego schorzenia rolę odgrywają takie czynniki, jak: zakażenia, czynniki genetyczne i środowiskowe. Szacuje się, że wpływ genów na ryzyko zachorowania na RZS wynosi około 50-60%. Wystąpienie RZS w rodzinie zwiększa ryzyko zachorowania u osób w pierwszym stopniu pokrewieństwa od 2 do 10 razy. Kobiety częściej zapadają na to schorzenie w stosunku do mężczyzn (ryzyko 3:1), a przyczyny tego stanu nadal nie są znane (IRW 2014). Czynniki środowiskowe związane z występowaniem RZS to m.in. palenie tytoniu i choroby przyzębia (Szczeklik 2017).

Rozpoznanie RZS ustala się obecnie na podstawie kryteriów EULAR/ACR z 2010 r. u pacjentów, u których występuje klinicznie jawne zapalenie błony maziowej  $\geq 1$  stawu lub, u których zapalenia błony maziowej nie można lepiej wyjaśnić inną chorobą (Szczeklik 2017).

Badania pomocnicze w diagnostyce reumatoidalnego zapalenia stawów obejmują badania laboratoryjne, badanie płynu stawowego i badania obrazowe. Ponadto każda napotkana forma zapalenia stawów, w szczególności zajmująca stawy rąk, wymaga różnicowania z RZS (Szczeklik 2017).

Choroba typowo atakuje te same miejsca po obu stronach ciała. Początkowo są to drobne stawy rąk i stóp, a w miarę postępu choroby wiele innych. Charakterystycznymi objawami tej choroby są: ból i sztywność poranna, obrzęki, tkliwość stawów na ucisk, ograniczenie ruchomości stawów oraz deformacje stawów (Guła 2017).

Podstawowym celem leczenia chorego na RZS jest długotrwała poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem, którą można osiągnąć poprzez kontrolę objawów choroby, zapobieganie zmianom destrukcyjnym oraz przywrócenie sprawności i funkcjonowania w społeczeństwie. Metody stosowane w leczeniu RZS obejmują edukację pacjenta, leczenie farmakologiczne, rehabilitację oraz leczenie ortopedyczne (Szczeklik 2017).

Zastosowanie strategii wczesnego wykrywania i intensywnego leczenia, umożliwia osiągnięcie remisji i wpływa na opóźnienie rozwoju niesprawności w ciągu 2 pierwszych lat choroby. Chorzy z RZS żyją zazwyczaj 7 lat krócej w porównaniu z populacją ogólną. Główne przyczyny to częstsze i wcześniejsze występowanie chorób układu sercowo-naczyniowego (Szczeklik 2017). Etiologia RZS nie jest jeszcze w pełni poznana, dlatego nie ma możliwości wdrożenia skutecznej profilaktyki. Można jednak starać się wpłynąć na niektóre czynniki środowiskowe przyczyniające się do zwiększenia liczby zachorowań, takie jak: ograniczenie palenia tytoniu, zapobieganie infekcjom czy zwalczanie nadwagi (IRW 2014).

### Epidemiologia

Oszacowanie liczby pacjentów chorych na choroby reumatyczne w Polsce jest trudne. Brakuje wiarygodnych danych dotyczących pacjentów reumatologicznych leczonych w systemie otwartym, sprawozdawczość poradni reumatologicznych jest niepełna, a dane NFZ nie uwzględniają świadczeniodawców niezawierających umów z płatnikiem (UŁ 2011).

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układowych tkanki łącznej w Polsce, w roku 2016, zgłoszono ponad 15 tys. przypadków schorzeń z ww. grupy chorób. Najwyższy współczynnik zapadalności rejestrowanej w 2016 r., na choroby układu tkanki łącznej, odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (38,4/100 tys. osób). Najniższą wartość wskaźnika tego odnotowano natomiast w województwie kujawsko-pomorskim (23,2/100 tys. osób) (MPZ 2018).

Zapadalność rejestrowana na choroby układowe tkanki łącznej różni się w ściśle określonych grupach wiekowych. Szczyt zapadalności w przypadku mężczyzn przypada na grupę wiekową 65+ (39,9/100 tys.). Natomiast wśród kobiet najwyższy wskaźnik zapadalności przypada na grupę wiekową 54-64 lat (80,8/1000 tys.). Najniższą zapadalność na choroby układowe tkanki łącznej odnotowuje się w przypadku kobiet w wieku <18 r.ż., (10,9/100 tys.) oraz w wieku w przypadku mężczyzn w wieku 18-44 lat (4,3/100 tys.) (MPZ 2018).

Główny Urząd Statystyczny w raporcie opisującym liczbę zgonów wśród Polaków na reumatoidalne zapalenie stawów, nie podaje szczegółowych danych dotyczących ww. choroby. Należy podkreślić, że RZS jest zaliczane do grupy chorób układowych tkanki łącznej, przez co poniższe dane mają charakter zbiorczy. W latach 2007-2018, liczba zgonów z powodu chorób układowych tkanki łącznej oscyluje między 400 a 500 zgonów. Najmniejszą liczbę zgonów odnotowano w 2010 roku na poziomie 473 przypadków. W roku 2013 odnotowano najwyższą jak dotąd liczbę zgonów z powodu ww. grupy chorób na poziomie 612 zgonów (GUS 2020).

## Rekomendacje

Do analizy włączono 9 najaktualniejszych rekomendacji/wytycznych. Nie odnaleziono żadnych aktualnych rekomendacji polskich towarzystw naukowych.

Odnalezione rekomendacje nie odnoszą się do działań profilaktycznych. Większość skupia się na późnej diagnostyce oraz leczeniu rozwiniętej postaci RZS. Autorzy rekomendacji podkreślają, że brakuje dowodów, które pozwoliłyby na jednoznaczne stwierdzenie zasadności prowadzenia działań nakierowanych na profilaktykę reumatoidalnego zapalenia stawów (NICE 2018, EULAR 2015, SIGN 2011).

W większości rekomendacji zaleca się prowadzenie działań edukacyjnych dla pacjentów z RZS oraz ich rodzin. W ramach edukacji należy skupić się nie tylko na metodach leczenia, ale także na modyfikowalnych czynnikach ryzyka, które mogły stanowić przyczynę wystąpienia RZS lub mogą prowadzić do zaostrzeń choroby (NICE 2018, EULAR 2015, FSR 2014, SIGN 2011, TLAR 2011, OP 2011).

W 7 z 9 rekomendacji zaleca się prowadzenie kontrolnych wizyt u lekarza w celu identyfikacji osób, u których pojawiają się wczesne objawy RZS lub dochodzi do niewyjaśnionego opuchnięcia i bolesności stawów. W oparciu o postawioną diagnozę należy skierować pacjenta do dalszej diagnostyki oraz, jeśli jest to uzasadnione, na leczenie (NICE 2018, FSR 2014, BSR 2013, SIGN 2011, TLAR 2011, HKSR 2010, ACR/EULAR 2010).

W ramach działań profilaktycznych RZS, możliwe jest także prowadzenie szkoleń na temat pozytywnych i prewencyjnych aspektów aktywności fizycznej (NICE 2018, EULAR 2015, SIGN 2011).

W części rekomendacji podkreśla się potrzebę zapewnienia pacjentom z RZS dostępu do zespołu wielodyscyplinarnego celem zwiększenia efektywności edukacji oraz poprawy efektywności działań leczniczych (EULAR 2015, SIGN 2011).

## Dowody skuteczności klinicznej

W wyniku wyszukiwania odnaleziono dowody wtórne odnoszące się do skuteczności aktywności fizycznej w ograniczaniu prawdopodobieństwa wystąpienia RZS. W przeglądzie systematycznym Zaccardelli 2019 autorzy dokonali oszacowania wpływu aktywności fizycznej na prawdopodobieństwo wystąpienia RZS. Prowadzenie przez pacjentów z grupy ryzyka działań z zakresu aktywności fizycznej prowadzi do obniżenia prawdopodobieństwa wystąpienia RZS do poziomu  $RR=0,62$  [95%CI: (0,42; 0,92)] w stosunku do ich niestosowania. W oparciu o wyniki przeglądu można stwierdzić, że należy edukować populację na temat prewencji RZS poprzez aktywność fizyczną.

W ramach wyszukiwania odnaleziono także dowody wtórne odnoszące się do zidentyfikowania czynników ryzyka wystąpienia RZS w populacji ogólnej. Autorzy przeglądu systematycznego Zaccardelli 2019 stwierdzają, iż palenie tytoniu prowadzi do zwiększenia szansy wystąpienia RZS w populacji do poziomu  $OR=1,87$ . Dotyczy to także osób, które zaprzestały lub ograniczyły palenie tytoniu –  $OR=1,76$ . Autorzy przeglądu dokonali w tym przypadku oszacowania średniego  $OR$  w oparciu o 16 badań obserwacyjnych. Do podobnych wniosków dochodzą autorzy metaanalizy Lahiri 2012, gdzie dokonano oszacowania szansy wystąpienia RZS zarówno w populacji palących kobiet, jak i mężczyzn. W przypadku palących mężczyzn szansa wystąpienia RZS wzrasta do poziomu  $OR= 3,91$  [95%CI: (2,78; 5,50)]. W populacji palących kobiet natomiast szansa rozwoju RZS wzrasta do poziomu  $OR=1,29$  [95%CI: (0,94; 1,77)].

W oparciu o wyniki analiz można uznać, że należy edukować populację na temat szkodliwości palenia oraz związanego z nim ryzykiem rozwoju RZS. Istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia RZS jest także nadwaga lub otyłość. Autorzy przeglądu systematycznego Zaccardelli 2019 stwierdzają, że prawdopodobieństwo wystąpienia RZS u osób z nadwagą/otyłością waha się między  $RR=1,21$  [95%CI: (1,02; 1,44)] a  $RR=1,45$  [95%CI: (1,07; 1,95)]. Do podobnych wniosków dochodzą autorzy metaanalizy Feng 2019. Zgodnie z wynikami tej metaanalizy, nadwaga w porównaniu do prawidłowej wagi sprzyja zachorowaniu na RZS, zwiększając prawdopodobieństwo do poziomu  $RR=1,12$  [95%CI: (1,04; 1,20)]. Tyczy się to także otyłości, gdzie prawdopodobieństwo wystąpienia RZS wzrasta do poziomu  $RR=1,23$  [95%CI: (1,09; 1,39)].

W wyniku wyszukiwania odnaleziono dowody wtórne odnoszące się do prowadzenia działań nakierowanych na samoochronę stawów, w tym ćwiczeń rozluźniających i poprawiających ruchomość stawów. W przypadku metaanalizy Bobos 2019 autorzy oszacowali skuteczność ww. metody w minimalizowaniu bólu oraz poprawie

funkcjonalności stawów dłoni, dotkniętych wczesną postacią RZS. W przypadku stosowania ww. ćwiczeń dochodzi do ogólnego zminimalizowania odczuwanego bólu. Należy jednak mieć na uwadze fakt, że stosowanie tej metody jest efektywne w dłuższej perspektywie. Stosowanie tych działań przez okres krótszy niż 5 miesięcy, okazało się być nieistotne statystycznie – MD=0,00 [95%CI: (-0,42; 0,42)]. Autorzy metaanalizy oszacowali, że prowadzenie działań z zakresu samoochrony stawów prowadzi do obniżenia częstości odczuwania bólu o MD=-0,49 [95%CI: (-0,75; -0,22)] w okresie od 5 do 8 miesięcy. Podobne wyniki uzyskano w przypadku prowadzenia tych działań przez rok, kiedy to częstości odczuwania bólu obniżyła się o MD=-0,32 [95%CI: (-0,53; -0,11)]. Prowadzenie tych działań prowadzi także do poprawy ruchomości stawów. W efekcie dochodzi do zmniejszenia częstości występowania ograniczenia ruchomości stawów do poziomu MD=-0,49 [95%CI: (-0,75; -0,22)], dla średniej perspektywy czasu (5-8 miesięcy) oraz do poziomu MD=-0,31 [95%CI: (-0,50; -0,11)], w przypadku dłuższej perspektywy (12 miesięcy). W oparciu o te dane można założyć, że należy prowadzić działania edukacyjne w tym zakresie.

### **Dowody bezpieczeństwa**

W wyniku prac analitycznych nie odnaleziono dowodów wtórnych, które odnosiły się do potencjalnych działań niepożądanych związanych z prowadzeniem działań profilaktycznych skierowanych na reumatoidalne zapalenie stawów. W ramach rekomendacji również nie wskazano żadnych szkód, które byłyby związane z prowadzeniem działań profilaktycznych RZS.

## 12. Piśmiennictwo

<Sporządzić zestawienie wykorzystanego piśmiennictwa wg poniższego wzoru tabeli. W „Piśmiennictwie” należy uwzględnić publikacje z badań, rekomendacje, książki i inne publikacje oraz doniesienia konferencyjne (wszystkie źródła wykorzystane w opracowaniu Raportu). Układ alfabetyczny (wg skrótów). W przypadku rekomendacji tych samych organizacji i z tego samego roku, mających inną treść, skrótów w tabeli należy formułować w następujący sposób: AAP 2014, AAP 2014A, AAP 2014B.>

Źródła rekomendacji	
<b>FSR 2024</b>	Fautrel B., Kedra J., Rempenault C. et al. (2024). 2024 update of the recommendations of the French Society of Rheumatology for the diagnosis and management of patients with rheumatoid arthritis. <i>Joint Bone Spine</i> . 91(6): 105790
<b>UK NHS 2023</b>	UK National Health Service (2023). Rheumatoid arthritis. Pozyskano z: <a href="https://www.nhs.uk/conditions/rheumatoid-arthritis/">https://www.nhs.uk/conditions/rheumatoid-arthritis/</a> , dostęp z 24.04.2025
<b>BCG 2022</b>	British Columbia Government (2022). Rheumatoid Arthritis - Diagnosis, Management and Monitoring. Pozyskano z: <a href="https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/rheumatoid-arthritis">https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/rheumatoid-arthritis</a> , dostęp z 24.04.2025
<b>EULAR 2021</b>	Nikiphorou E., Santos E. J. F., Marques A. et al. (2021). 2021 EULAR recommendations for the implementation of self-management strategies in patients with inflammatory arthritis. <i>Ann. Rheum. Dis.</i> 80(10): 1278-1285
<b>RDSPT 2021</b>	Peter W. F., Swart N. M., Meerhoff G. A. et al. (2021). Clinical Practice Guideline for Physical Therapist Management of People With Rheumatoid Arthritis. <i>Phys. Ther.</i> 101(8): pzab127
<b>EULAR 2018</b>	Rausch Osthoff A. K., Niedermann K., Braun J. et al. (2018). 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. <i>Ann. Rheum. Dis.</i> 77(9): 1251-1260
Źródła dowodów wtórnych	
<b>Bounabe 2024</b>	Bounabe A., Elammare S., Janani S. et al. (2024). Effectiveness of patient education on the quality of life of patients with rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. <i>Semin. Arthritis. Rheum.</i> 69: 152569
<b>Li 2022</b>	Li Y., Guo R., Oduro P. K. et al. (2022). The Relationship Between Porphyromonas Gingivalis and Rheumatoid Arthritis: A Meta-Analysis. <i>Front. Cell. Infect. Microbiol.</i> 12: 956417
<b>Namavari 2024</b>	Namavari N., Jokar M., Ghodsian A. et al. (2024). Menopausal state and rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. <i>BMC Rheumatol.</i> 8(1): 48
<b>Ohno 2020</b>	Ohno T., Aune D., Heath A. K. (2020). Adiposity and the risk of rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. <i>Sci. Rep.</i> 10(1): 16006
<b>Sun 2021</b>	Sun L., Zhu J., Ling Y. et al. (2021). Physical activity and the risk of rheumatoid arthritis: evidence from meta-analysis and Mendelian randomization. <i>Int. J. Epidemiol.</i> 50(5): 1593-1603
<b>Wang 2024</b>	Wang M., Pan H., Zhai Y. et al. (2024). Bidirectional association between rheumatoid arthritis and chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. <i>Front. Immunol.</i> 15: 1494003
<b>Wu 2022</b>	Wu Z., Zhu Y., Wang Y. et al. (2022). The Effects of Patient Education on Psychological Status and Clinical Outcomes in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Front. Psychiatry.</i> 13: 848427
<b>Ye 2021</b>	Ye D., Mao Y., Xu Y. et al. (2021). Lifestyle factors associated with incidence of rheumatoid arthritis in US adults: analysis of National Health and Nutrition Examination Survey database and meta-analysis. <i>BMJ Open.</i> 11(1): e038137
<b>Zhang 2023</b>	Zhang X., Zhang X., Yang .Y et al. (2023). Association between passive smoking and the risk of rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. <i>Clin. Rheumatol.</i> 42(3): 663-672

Problem zdrowotny/epidemiologia	
<b>BASiW 2025</b>	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2025). Mapy potrzeb zdrowotnych. Mapa potrzeb na lata 2022-2026. Pozyskano z: <a href="https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/">https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/</a> , dostęp z 29.04.2025
<b>IHME 2021</b>	Institute for Health Metrics and Evaluation (2021). Global Burden of Disease Compare. Pozyskano z: <a href="https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/">https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/</a> , dostęp z 29.04.2025
<b>Krajewska-Włodarczyk 2024</b>	Krajewska-Włodarczyk M., Szelaż M., Batko B. (2024). Rheumatoid arthritis epidemiology: a nationwide study in Poland. <i>Rheumatol. Int.</i> 44(6): 1155-1163
<b>MZ 2021</b>	Ministerstwo Zdrowia (2021). Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69). Pozyskano z: <a href="https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf">https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf</a> , dostęp z 29.04.2025
<b>MZ 2025</b>	Ministerstwo Zdrowia (2025). Wsparcie wdrożenia jedenastej rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) w polskim systemie ochrony zdrowia (II etap prac). Pozyskano z: <a href="https://www.gov.pl/web/zdrowie/wdrozenia-icd-11">https://www.gov.pl/web/zdrowie/wdrozenia-icd-11</a> , dostęp z 29.04.2025
<b>RSK 2025</b>	Rejestr Systemów Kodowania (2025). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD-11 – polska wersja językowa. Pozyskano z: <a href="https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD1/2023-01/mms/details">https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD1/2023-01/mms/details</a> , dostęp z 29.04.2025
Piśmiennictwo z poprzedniej wersji raportu OT.423.4.2018 – źródła rekomendacji	
<b>NICE 2018</b>	Allen, A., Carville, S., & McKenna, F. (2018). Diagnosis and management of rheumatoid arthritis in adults: summary of updated NICE guidance. <i>Bmj</i> , 362, k3015.
<b>EULAR 2015</b>	Zangi, H. A., Ndosu, M., Adams, J., Andersen, L., Bode, C., Boström, C., ... & Niedermann, K. (2015). EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. <i>Annals of the rheumatic diseases</i> , 74(6), 954-962.
<b>FSR 2014</b>	Wendling, D., Lukas, C., Paccou, J., Claudepierre, P., Carton, L., Combe, B., ... & Dougados, M. (2014). Recommendations of the French Society for Rheumatology (SFR) on the everyday management of patients with spondyloarthritis. <i>Joint Bone Spine</i> , 81(1), 6-14.
<b>BSR 2013</b>	da Mota, L. M. H., Cruz, B. A., Brenol, C. V., Pereira, I. A., Rezende-Fronza, L. S., Bertolo, M. B., ... & Lima, R. A. C. (2013). Guidelines for the diagnosis of rheumatoid arthritis. <i>Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)</i> , 53(2), 141-157.
<b>SIGN 2011</b>	Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2000). Management of early rheumatoid arthritis: a national clinical guideline. (SIGN publication number 48).
<b>TLAR 2011</b>	Ataman, Ş., Borman, P., Evcik, D., Aydoğ, E., Ayhan, F., Yıldızlar, D., ... & Duruöz, T. (2011). Management of rheumatoid arthritis: consensus recommendations from the Turkish League Against Rheumatism. <i>Archives of Rheumatology</i> , 26(4), 273-294.
<b>OP 2011</b>	Ottawa Panel member: Ottawa methods group: Brosseau, L., Wells, G. A., Tugwell, P., Egan, M., Dubouloz, C. J., ... & Smoljanic, J. (2012). Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for patient education in the management of Rheumatoid Arthritis (RA). <i>Health Education Journal</i> , 71(4), 397-451.
<b>HKSR 2010</b>	Mok, C. C., Tam, L. S., Chan, T. H., Lee, G. K., & Li, E. K. (2011). Management of rheumatoid arthritis: consensus recommendations from the Hong Kong Society of Rheumatology. <i>Clinical rheumatology</i> , 30(3), 303-312.
<b>ACR/EULAR 2010</b>	Aletaha, D., Neogi, T., Silman, A. J., Funovits, J., Felson, D. T., Bingham III, C. O., ... & Combe, B. (2010). 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. <i>Arthritis &amp; Rheumatism</i> , 62(9), 2569-2581.
Piśmiennictwo z poprzedniej wersji raportu OT.423.4.2018 – źródła publikacji naukowych	
<b>Zaccardelli 2019</b>	Zaccardelli, A., Friedlander, H. M., Ford, J. A., & Sparks, J. A. (2019). Potential of lifestyle changes for reducing the risk of developing rheumatoid arthritis: is an ounce of prevention worth a pound of cure?. <i>Clinical therapeutics</i> .

<b>Lahiri 2012</b>	Lahiri, M., Morgan, C., Symmons, D. P., & Bruce, I. N. (2012). Modifiable risk factors for RA: prevention, better than cure?. <i>Rheumatology</i> , 51(3), 499-512.
<b>Bobos 2019</b>	Bobos, P., Nazari, G., Szekeres, M., Lalone, E. A., Ferreira, L., & MacDermid, J. C. (2019). The effectiveness of joint-protection programs on pain, hand function, and grip strength levels in patients with hand arthritis: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of Hand Therapy</i> , 32(2), 194-211.
<b>Feng 2019</b>	Feng, X., Xu, X., Shi, Y., Liu, X., Liu, H., Hou, H., ... & Li, D. (2019). Body mass index and the risk of rheumatoid arthritis: an updated dose-response meta-analysis. <i>BioMed research international</i> , 2019.
<b>Piśmiennictwo z poprzedniej wersji raportu OT.423.4.2018 – problem zdrowotny/epidemiologia</b>	
<b>Kotarba 2014</b>	Kotarba-Kańczugowska M, Kucharski K, Linder-Kopiecka I. i wsp. JA, PACJENT! Perspektywa Organizacji Pacjentów na Stan Opieki Reumatologicznej w Polsce. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej, „3majmy się razem” oraz Stowarzyszenie Chorych na ZZSK i Osób Ich Wspierających, Warszawa 2014.
<b>SORP 2011</b>	Stan opieki reumatologicznej w Polsce. Streszczenie Raportu projektu badawczego, Projekt Uczelni Łazarskiego, Warszawa 2011
<b>Kwiatkowska 2011</b>	Kwiatkowska B., Raciborski F., Maślińska M., Kłak A., Gryglewicz J., Samek-Kowalik P., Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych - ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian, Instytut Reumatologii, Warszawa 2014
<b>MPZ 2018</b>	Ministerstwo Zdrowia (2018). Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układowych tkanki łącznej. Pozyskano z: <a href="http://mpz.mz.gov.pl/wpcontent/uploads/sites/4/2019/05/mpz_choroby_ukladu_kostno_miesniowego_woj_mazowieckie.pdf">http://mpz.mz.gov.pl/wpcontent/uploads/sites/4/2019/05/mpz_choroby_ukladu_kostno_miesniowego_woj_mazowieckie.pdf</a> dostęp z dn. 27.05.2020
<b>GUS 2020</b>	Główny Urząd Statystyczny (2020). Raport Głównego Urzędu Statystycznego dotyczące liczby zgonów w latach 2007-2018 r. Pozyskano z: <a href="https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat">https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat</a> , dostęp z: 27.05.2020 r.
<b>Batko 2019</b>	Batko B, Stajszyk M, Świerkot J, et al. Prevalence and Clinical Characteristics of Rheumatoid Arthritis in Poland: A Nationwide Study. <i>Arch Med Sci</i> . 2019, 15(1): 134–140.
<b>WHO 2009</b>	World Health Organization. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: <a href="https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf">https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf</a> , dostęp z 25.05.2020
<b>Szczeklik 2017</b>	Flisiak, R., Szechiński, J. (2017). Choroby przenoszone przez kleszcze. <i>Interna Szczeklika 2017</i> . Rozdział VII.D, 1958-1973.
<b>IRW 2014</b>	Instytut Reumatologii w Warszawie. (2014). Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych - ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian, Instytut Reumatologii. Pozyskano z: <a href="https://spartanska.pl/wp-content/uploads/raport_wczesna_diagnostyka_ChR.pdf">https://spartanska.pl/wp-content/uploads/raport_wczesna_diagnostyka_ChR.pdf</a> , dostęp z 25.05.2020
<b>Guła 2017</b>	Guła, Z., Korkosz, M. (2017). Reumatoidalne zapalenie stawów. Pozyskano z: <a href="https://www.mp.pl/pacjent/reumatologia/choroby/63732,reumatoidalne-zapalenie-stawow">https://www.mp.pl/pacjent/reumatologia/choroby/63732,reumatoidalne-zapalenie-stawow</a> , dostęp z 26.05.2020

### 13. Załączniki

<Dla większej przejrzystości dokumentu należy zamieścić: opinie ekspertów, strategie wyszukiwania, schemat graficzny zgodny z zaleceniami QUOROM, tabelę włączonych oraz wykluczonych publikacji (z podaniem przyczyn wykluczenia)>.

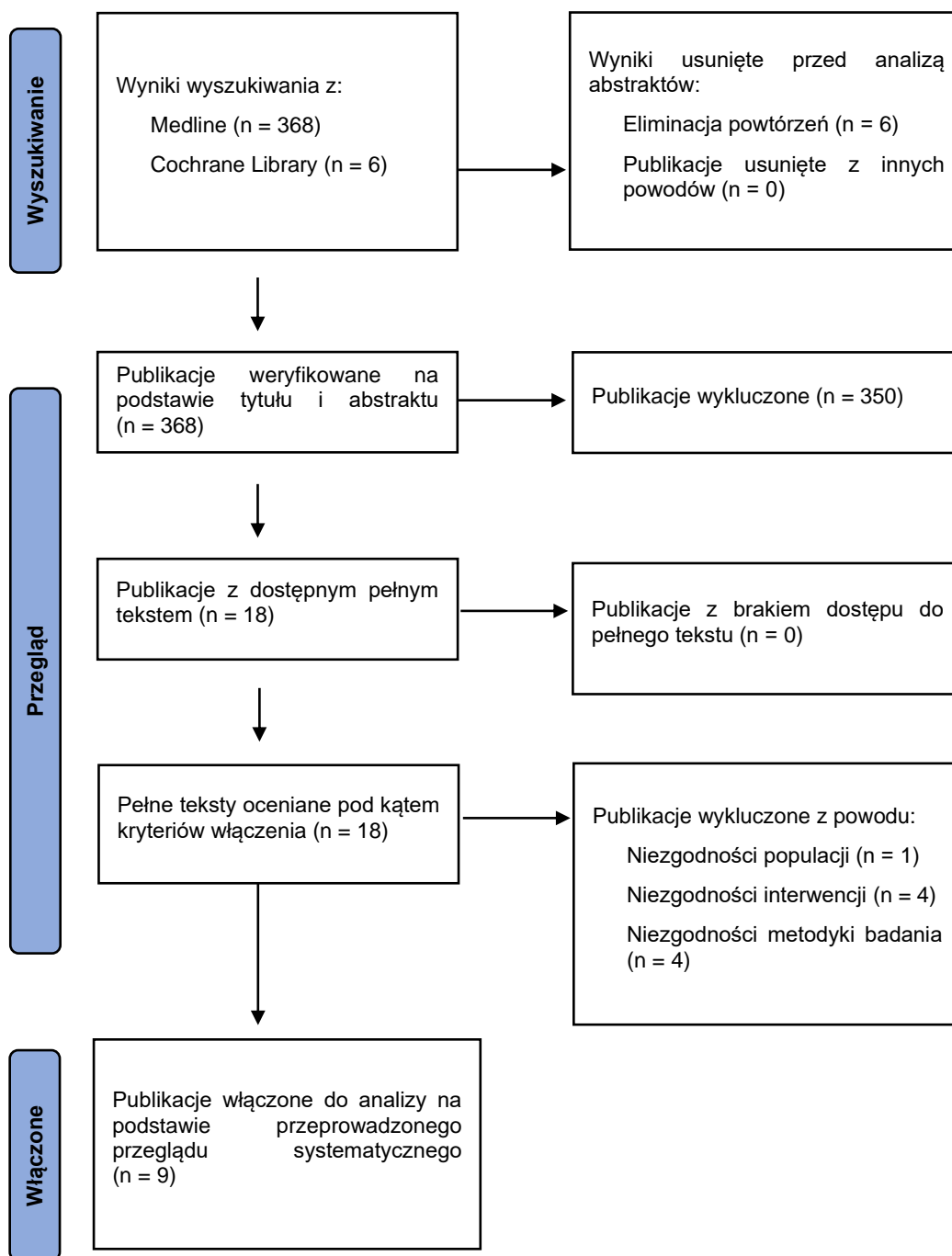
- Zal 1 Raport nr OT.423.4.2018 w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach PPZ oraz warunków realizacji tych programów, profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów – czerwiec 2020
- Zal 2 Opinia eksperta – dr hab. n. med. Hanna Przepiera-Będzak – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie reumatologii dla woj. lubuskiego
- Zal 3 Strategia wyszukiwania – baza Medline (PubMed), data wyszukiwania: 25.04.2025 r.

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#28	#23 AND #26 Filters: from 2020/5/26 - 2025/4/25	368
#27	#23 AND #26	663
#26	#24 OR #25	476 513
#25	(((((metaanalysis[Title/Abstract] OR Meta-Analysis[Title/Abstract] OR "Meta-Analysis" [Publication Type])))	324 422
#24	(((((systematic[Title] AND ((Review[Title/Abstract] OR "Review" [Publication Type])))	304 596
#23	#3 AND #22	17 850
#22	#9 OR #14 OR #21	4 338 826
#21	#15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20	1 123 421
#20	Training Program*[Title/Abstract]	62 146
#19	Health professional educat*[Title/Abstract]	1 007
#18	literacy program*[Title/Abstract]	598
#17	educational activit*[Title/Abstract]	5 241
#16	Educat*[Title/Abstract]	900 627
#15	Health Education[MeSH Terms]	273 379
#14	#10 OR #11 OR #12 OR #13	2 266 298
#13	prophyla*[Title/Abstract]	210 114
#12	prevent*[Title/Abstract]	1 979 269
#11	primary prevent*[Title/Abstract]	26 640
#10	primary prevention[MeSH Terms]	194 370
#9	#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8	1 322 730
#8	early test*[Title/Abstract]	887
#7	early diagno*[Title/Abstract]	128 298
#6	screen*[Title/Abstract]	1 116 207
#5	early detect*[Title/Abstract]	102 948
#4	early diagnosis[MeSH Terms]	75 317
#3	#1 OR #2	176 992
#2	Rheumatoid Arthritis[Title/Abstract]	131 266
#1	rheumatoid arthritis[MeSH Terms]	132 043

- Zal 4 Strategia wyszukiwania – Cochrane Library, data wyszukiwania 25.04.2025r.

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#1	MeSH descriptor: [Arthritis, Rheumatoid] explode all trees	8 054
#2	(Rheumatoid Arthritis):ti,ab,kw	19 428
#3	#1 OR #2	19 846
#4	MeSH descriptor: [Early Diagnosis] explode all trees	3 391
#5	(early detect*):ti,ab,kw	17 867
#6	(screen*):ti,ab,kw	110 523
#7	(early diagno*):ti,ab,kw	38 353
#8	(early test*):ti,ab,kw	42 468
#9	#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8	172 857
#10	MeSH descriptor: [Primary Prevention] explode all trees	6 776
#11	(primary prevent*):ti,ab,kw	88 936
#12	(prevent*):ti,ab,kw	299 223
#13	(prophyla*):ti,ab,kw	45 016
#14	#10 OR #11 OR #12 OR #13	318 579
#15	MeSH descriptor: [Health Education] in all MeSH products	26 157
#16	(Educat*):ti,ab,kw	122 276
#17	(educational activit*):ti,ab,kw	6 559
#18	(literacy program*):ti,ab,kw	2 389
#19	(Health professional educat*):ti,ab,kw	3 744
#20	(Training Program*):ti,ab,kw	48 430
#21	#15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20	163 935
#22	#9 OR #14 OR #21	571 426
#23	#3 AND #22	4 425
#24	#3 AND #22 with Cochrane Library publication date from May 2020 to Apr 2025, in Cochrane Reviews	6

Zal 5 Etapy procesu prowadzącego do ostatecznej selekcji



Zal 6 Wykaz publikacji włączonych do analizy na podstawie abstraktów oraz wynik analizy tych publikacji na podstawie pełnego tekstu (kolumna „Status na podstawie pełnego tekstu”) ze strategii wyszukiwania. Publikacje włączone na podstawie pełnego tekstu zostały pogrubione – wtórne doniesienia naukowe.

Lp.	Autorzy, Tytuł, Czasopismo	Status na podstawie pełnego tekstu	Powód wykluczenia (P, I, S)
1	Bäcklund R., Drake I., Bergström U. et al. (2022). Diet and the risk of rheumatoid arthritis - A systematic literature review. Semin. Arthritis. Rheum. 58: 152118	Wykl.	S
2	<b>Bounabe A., Elammare S., Janani S. et al. (2024). Effectiveness of patient education on the quality of life of patients with rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. Semin. Arthritis. Rheum. 69: 152569</b>	<b>Wł.</b>	

Lp.	Autorzy, Tytuł, Czasopismo	Status na podstawie pełnego tekstu	Powód wykluczenia (P, I, S)
3	Frazzei G., Musters A., de Vries N. et al. (2023). Prevention of rheumatoid arthritis: A systematic literature review of preventive strategies in at-risk individuals. <i>Autoimmun. Rev.</i> 22(1): 103217	Wykl.	I
4	Gavin J. P., Rossiter L., Fenerty V. et al. (2024). The Impact of Occupational Therapy on the Self-Management of Rheumatoid Arthritis: A Mixed Methods Systematic Review. <i>ACR Open Rheumatol.</i> 6(4): 214-249	Wykl.	P
5	Gu P., Pu B., Liu T. et al. (2023). Appraising causal risk and protective factors for rheumatoid arthritis. <i>Bone. Joint. Res.</i> 12(9): 601-614	Wykl.	I
6	<b>Li Y., Guo R., Oduro P. K. et al. (2022). The Relationship Between Porphyromonas Gingivalis and Rheumatoid Arthritis: A Meta-Analysis. <i>Front. Cell. Infect. Microbiol.</i> 12: 956417</b>	<b>Wł.</b>	
7	MacIver A., Hollinger H., Carolan C. (2021). Tele-health interventions to support self-management in adults with rheumatoid arthritis: a systematic review. <i>Rheumatol. Int.</i> 41(8): 1399-1418	Wykl.	I
8	Mankia K., Siddle H., Di Matteo A. et al. (2021). A core set of risk factors in individuals at risk of rheumatoid arthritis: a systematic literature review informing the EULAR points to consider for conducting clinical trials and observational studies in individuals at risk of rheumatoid arthritis. <i>RMD Open.</i> 7(3): e001768	Wykl.	S
9	Nagy Z., Szigedi E., Takács S. et al. (2023). The Effectiveness of Psychological Interventions for Rheumatoid Arthritis (RA): A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Life (Basel).</i> 13(3): 849	Wykl.	S
10	<b>Namavari N., Jokar M., Ghodsian A. et al. (2024). Menopausal state and rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. <i>BMC Rheumatol.</i> 8(1): 48</b>	<b>Wł.</b>	
11	<b>Ohno T., Aune D., Heath A. K. (2020). Adiposity and the risk of rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. <i>Sci. Rep.</i> 10(1): 16006</b>	<b>Wł.</b>	
12	<b>Sun L., Zhu J., Ling Y. et al. (2021). Physical activity and the risk of rheumatoid arthritis: evidence from meta-analysis and Mendelian randomization. <i>Int. J. Epidemiol.</i> 50(5): 1593-1603</b>	<b>Wł.</b>	
13	<b>Wang M., Pan H., Zhai Y. et al. (2024). Bidirectional association between rheumatoid arthritis and chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. <i>Front. Immunol.</i> 15: 1494003</b>	<b>Wł.</b>	
14	Williams R. C., Brako M. Y. O., Guo W. et al. (2023). The uni-directional association of atopic dermatitis and rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. <i>Arch. Dermatol. Res.</i> 315(8): 2261-2269	Wykl.	I
15	<b>Wu Z., Zhu Y., Wang Y. et al. (2022). The Effects of Patient Education on Psychological Status and Clinical Outcomes in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Front. Psychiatry.</i> 13: 848427</b>	<b>Wł.</b>	
16	<b>Ye D., Mao Y., Xu Y. et al. (2021). Lifestyle factors associated with incidence of rheumatoid arthritis in US adults: analysis of National Health and Nutrition Examination Survey database and meta-analysis. <i>BMJ Open.</i> 11(1): e038137</b>	<b>Wł.</b>	
17	Youssefi M., Tafaghodi M., Farsiani H. et al. (2021). Helicobacter pylori infection and autoimmune diseases; Is there an association with systemic lupus erythematosus, rheumatoid arthritis, autoimmune atrophy gastritis and	Wykl.	S

Lp.	Autorzy, Tytuł, Czasopismo	Status na podstawie pełnego tekstu	Powód wykluczenia (P, I, S)
	autoimmune pancreatitis? A systematic review and meta-analysis study. J. Microbiol. Immunol. Infect. 54(3): 359-369		
18	<b>Zhang X., Zhang X., Yang Y. et al. (2023). Association between passive smoking and the risk of rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. Clin. Rheumatol. 42(3): 663-672</b>	<b>Wł.</b>	

*P – populacja; I – interwencja; S – metodyka*