



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 264/2017 z dnia 19 września 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Wczesne
wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci
w wieku szkolnym” realizowanego przez województwo małopolskie**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym”.

Uzasadnienie

Negatywna opinia Prezesa Agencji wynika przede wszystkim z faktu, że w projekcie zaplanowano udział dzieci w klasach I-IV, czyli w wieku 7-10 lat, co nie odpowiada zapisom wytycznych. Zgodnie z zaleceniami badania przesiewowe można oferować dziewczętom w wieku 10 i 12 lat oraz chłopcom w wieku 13 lub 14 lat. Ponadto należy zaznaczyć, że brak jest jednoznacznego stanowiska w wytycznych klinicznych, co do zasadności wykonywania przesiewu w celu wykrycia wad postawy w populacji bezobjawowej. Jedynie część towarzystw odnosi się do tej interwencji pozytywnie. Poniżej przedstawiono także uwagi do poszczególnych elementów programu.

W zakresie celów programowych wymagane jest określenie ich zgodnie z zasadą SMART. Mierniki efektywności nie budzą większych zastrzeżeń.

W odniesieniu do populacji docelowej konieczne jest doprecyzowanie przedstawionych oszacowań dot. liczby uczestników programu. Ważne jest także określenie kryteriów kwalifikacji do poszczególnych etapów programu.

Kwestia badań przesiewowych oraz edukacji zdrowotnej została opisana poprawnie. Natomiast w odniesieniu do zaplanowanych zajęć ruchowych, nie wskazano, jakie działania będą podejmowane. Warto dodać, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu danej osoby, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności oraz ciągłości procesu rehabilitacji. Konieczne jest także doprecyzowanie zasad, na jakich mają być wykonywane badania RTG.

Monitorowanie opisano poprawnie. Ewaluacja wymaga doprecyzowania.

Budżet warto uszczegółowić, zgodnie z uwagami wskazanymi w dalszej części opinii.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wykrywania wad postawy u dzieci w wieku szkolnym. Budżet programu został oszacowany na 6 787 695 zł, zaś okres realizacji to lata 2018-2021.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki



zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu odnosi się do dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego, jakim są wady postawy wśród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. W sposób szczegółowy przedstawiono zagadnienia związane z ww. problemem. Opiniowany projekt wpisuje się w następujące priorytety: „zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia” oraz „zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostnowązowego”, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

W treści projektu programu przedstawiono wskaźniki epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym. Odniesiono się do danych ogólnoswiatowych, krajowych oraz sytuacji regionalnej.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w 2014 roku, w województwie małopolskim, odnotowano 526 hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako choroby kręgosłupa, co stanowiło 1,87% wszystkich hospitalizacji z powodu przeanalizowanych rozpoznań. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 82,08 i była to największa wartość wśród województw.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „poprawa stanu zdrowia dzieci w wieku szkolnym poprzez wczesne wykrycie i leczenie wad postawy i innych dysfunkcji układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym poprzez wdrożenie kompleksowego programu profilaktyki i rehabilitacji na terenie 12 powiatów z obszaru województwa małopolskiego w latach 2018-2021 o wysokiej częstości występowania niepełnosprawności”. Określenie czy nastąpiła poprawa stanu zdrowia może okazać się trudne do zmierzenia, gdyż na poprawę zdrowia składa się wiele czynników, nie tylko kwestie związane z wadami postawy. Należy zaznaczyć, że dobrze sformułowany cel programowy powinien być zgodny z koncepcją SMART, wg której cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny oraz zaplanowany w czasie. W treści projektu programu wskazano także 5 celów szczegółowych uzupełniających przytoczony powyżej cel główny.

W treści projektu poprawnie przedstawiono mierniki efektywności, które są spójne z postawionymi w projekcie celami. Jednak warto je doprecyzować, uwzględniając m.in. rodzaj wad postawy wykryty w ramach badania przesiewowego. W części projektu poświęconej miernikom efektywności odniesiono się również do „liczby osób, w tym osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które uzyskały wiedzę na temat wad postawy/zaburzeń rozwoju ruchu”. Jednak w innych częściach projektu programu – również w ewaluacji – nie odniesiono się do ww. grup. Ponadto, należy mieć na uwadze, aby wartości wskaźników były określane przed i po realizacji programu.

Populacja docelowa

Badaniami przesiewowymi realizowanymi w ramach programu objęci zostaną uczniowie klas I i VI szkół podstawowych z terenu 12 powiatów województwa małopolskiego o największej liczbie osób niepełnosprawnych.

Należy jednak zaznaczyć, że dane, na podstawie których dokonano wyboru powiatów odnoszą się do wszystkich osób niepełnosprawnych, natomiast populacją wskazaną w treści projektu programu są dzieci z klas I oraz VI szkół podstawowych. Zatem dane te mogą nie mieć przełożenia na częstość występowania wad słuchu i wzroku w populacji docelowej programu.

Zgodnie z danymi Centrum Informatycznego Edukacji (CIE) do szkół podstawowych na terenie województwa małopolskiego (rok szkolny 2016/2017) uczęszczało 36 785 dzieci w wieku 7 lat oraz 28

509 uczniów w wieku 12 lat. Populacja objęta programem będzie wynosić ok. 32 000 dzieci rocznie. Nie przedstawiono jednak uzasadnienia dla takiej liczby uczestników programu.

Biorąc pod uwagę dane GUS, liczba uczniów klas I oraz VI w roku 2018 wyniesie 38 634, w roku 2019 – 38 818, w 2020 – 40 378, natomiast w roku 2021 – 40 596. Łącznie, w czasie 4 lat realizacji programu, liczba dzieci z klas I oraz VI wyniesie 150 426. Planowanymi działaniami zostanie objętych 128 000 dzieci (85% populacji docelowej).

Należy również zwrócić uwagę, że populacje docelową oszacowano z uwzględnieniem 4 lat kalendarzowych. Natomiast nie odniesiono się do lat szkolnych (w tym przypadku byłyby to 3 roczniki uczniów: 2018/2019, 2019/2020 oraz 2020/2021). Zatem kwestia oszacowania liczebności populacji docelowej wymaga sprecyzowania.

W treści projektu programu wyróżniono część poświęconą kryteriom i sposobom kwalifikacji uczestników do programu, które nie budzą zastrzeżeń. Brakuje jednak wskazania kryteriów kwalifikacji do poszczególnych etapów programu, co należy uzupełnić.

Interwencja

W ramach programu przewidziano prowadzenie badań przesiewowych opartych na schemacie Klappa (z uwzględnieniem pomiaru kąta kifozy piersiowej i lordozy lędźwiowej, rotacji klinicznej tułowia, transpozycji tułowia, wysklepienia klatki piersiowej, osi kończyn dolnych, wysklepienia stopy).

Warto podkreślić, że odnalezione wytyczne nie są zgodne co do zasadności prowadzenia przesiewu w kierunku wad postawy. Zgodnie z wytycznymi U.S. Preventive Services Task Force 2014 (USPSTF) skrining w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wśród młodzieży bez objawów choroby nie jest rekomendowany. USPSTF nie znalazło wysokiej jakości dowodów popierających tezę, że skrining młodzieży bez objawów choroby wykrywa skoliozę idiopatyczną na wcześniejszym stadium niż metody wykrywania choroby nieuwzględniające prowadzenia skriningu. Rekomendację negatywną odnośnie prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wydało również UK National Screening Committee (UK NSC 2016).

Stanowisko przeciwne do rekomendacji przedstawionej powyżej prezentują: American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Research Society (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatrics (AAP). Choć AAOS, SRS, POSNA i AAP zgadzają się, że poparcie dla badań przesiewowych ma w omawianym przypadku ograniczenia, w swoim stanowisku twierdzą, że potencjalne korzyści dla pacjentów ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią ich deformacji, mogą być znaczące. AAOS, SRS, POSNA i AAP w swoim wspólnym stanowisku (2015 r.) dochodzą do konkluzji, że jeżeli skrining w kierunku wykrycia skoliozy jest przeprowadzany, dziewczęta powinny być poddane badaniom dwukrotnie – w wieku 10 i 12 lat, natomiast chłopcy jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat.

Zaproponowane w projekcie badania są wykorzystywane w ocenie postawy dzieci i ich uwzględnienie nie budzi zastrzeżeń. Niemniej jednak w projekcie brakuje określenia wartości granicznych, które będą wskazywać na wadę postawy u dziecka i kwalifikować do dalszego postępowania.

Należy również zaznaczyć, że kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad postawy znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, powinna być przeprowadzana u dzieci w ramach testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne m.in. w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w I klasie szkoły podstawowej – populacja wskazana przez wnioskodawcę), w III i V klasie szkoły podstawowej, a także w klasach I szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych.

Należy zaznaczyć, że oceniany projekt programu uzupełnia wymieniony w ww. Rozporządzeniu zakres badań przesiewowych w kierunku wady postawy o świadczenia wśród uczniów klas I i VI szkoły podstawowej.

Po przeprowadzeniu badań przesiewowych, dany uczestnik zostanie skierowany na gimnastykę korekcyjną lub indywidualne zajęcia korekcyjne. W projekcie określono liczbę zajęć, ich częstotliwość, czas trwania oraz liczebność grup ćwiczeniowych. W ślad za opinią ekspercką należy zaznaczyć, że postępowanie terapeutyczne musi być zindywidualizowane – nie wskazane jest realizowanie zajęć korekcyjnych w formie zajęć grupowych. W praktyce wiąże się to bowiem z niejednorodnością takich grup w zakresie m.in. rozpoznania, czy też możliwości motorycznych dzieci. W konsekwencji uniemożliwia to skuteczne oddziaływanie na organizm dziecka.

W treści projektu nie sprecyzowano, kto będzie odpowiedzialny za prowadzenie gimnastyki oraz zakresu ćwiczeń wykonywanych w trakcie przewidzianego cyklu zajęć. Kwestię tę należy uzupełnić.

Odnosząc się do indywidualnych zajęć korekcyjnych wskazano, że będą one obejmowały „usprawnianie pod nadzorem zespołu rehabilitacyjnego złożonego co najmniej z lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz magistra fizjoterapii (preferowany udział specjalisty w dziedzinie fizjoterapii) w koniecznych przypadkach (szczególnie dotyczy wykrytych skolioz), zindywidualizowane pod kątem jednostki chorobowej, prowadzone w grupach liczących nie więcej niż 5 osób, obejmujące minimum 4 zajęcia z częstotliwością 2 razy w tygodniu”. Mając na uwadze powyższe, wątpliwości budzi określenie planowanych działań mianem „indywidualnych”.

Należy podkreślić, że odnalezione rekomendacje (NSF 2010, VHA-DoD 2010) zalecają również, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Zatem przewidziany w projekcie cykl zajęć może okazać się niewystarczający.

W ramach realizacji programu przewidziano także prowadzenie zajęć na basenie. Zaplanowano co najmniej dziesięć 45-minutowych zajęć, odbywających się raz w tygodniu. Będą one prowadzone w grupach liczących maksymalnie 25 osób (w przypadku uczniów klas VI) oraz 10 osób (w przypadku uczniów klas I). Wytyczne wskazują, że nie odnaleziono dowodów naukowych pozwalających zalecać pływanie, jako formę leczenia skoliozy (SOSORT 2014). Ćwiczenia w wodzie, w leczeniu dzieci i młodzieży ze skoliozą powinny być ćwiczeniami asymetrycznymi. Jednak ze względu na brak stabilizacji wybranej części kręgosłupa w środowisku wodnym, ćwiczenia te nie do końca spełniają swoje zadanie. Należy jednak zaznaczyć, że pływanie stylem grzbietowym ma korzystny wpływ na kifozę piersiową. Co istotne, zajęcia ruchowe na basenie mogą mieć charakter profilaktyczny.

Etap odnoszący się do leczenia rehabilitacyjnego obejmuje także „ponowne badanie lekarskie w koniecznych przypadkach w celu poszerzenia diagnostyki (np. badanie RTG) i kwalifikacji do leczenia”. Powyższy punkt wymaga sprecyzowania. Nie wiadomo bowiem, co definiuje się jako „konieczne przypadki” oraz na jakiej podstawie dani uczniowie będą kwalifikowani do leczenia. Należy podkreślić, iż w przypadku skolioz badanie radiologiczne uchodzi za najważniejsze badanie dodatkowe. Ekspozycja na promieniowanie wśród populacji dzieci i młodzieży poddanych dalszej diagnostyce w kierunku wskazanego schorzenia zwiększa jednak ryzyko wystąpienia w przyszłości chorób nowotworowych, dlatego też wdrażane powinny być metody służące redukcji ich częstotliwości.

Ostatnim etapem realizowanym w ramach programu będą działania o charakterze informacyjno-edukacyjnym. W projekcie wskazano sposób ich realizacji, zakres tematyczny oraz osoby za nie odpowiedzialne. Dodatkowo przewidziano przygotowanie instruktazu ćwiczeń do wykonywania w warunkach domowych (forma pisemna). Za sporządzenie ww. instruktazu będzie odpowiedzialny fizjoterapeuta (w miarę możliwości przy udziale lekarza). Ponadto, program edukacyjny uwzględni także materiały edukacyjne obejmujące tematy poruszane w trakcie spotkań, w formie pisemnej i/lub elektronicznej.

Warto podkreślić, że odnalezione rekomendacje kładą szczególny nacisk na rolę edukacji nie tylko dziecka, ale i jego opiekunów. Niski poziom motywacji do ćwiczeń, typowy dla młodych osób, można podnieść poprzez uświadomienie dziecka i rodziców, co do charakteru choroby, jej przewidywanego przebiegu, potencjalnych konsekwencji braku leczenia itd. W uzasadnionych przypadkach warto uzupełnić leczenie o konsultację psychoterapeutyczną (SOSORT 2014). Zasadnym wydaje się zatem

prowadzenie działań edukacyjnych obejmujących swym zakresem zarówno dzieci/młodzież, jak i rodziców oraz opiekunów prawnych uczestników programu.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie programu zostało opisane poprawnie. Uwzględniono zarówno ocenę zgłaszalności, jak i ocenę jakości udzielonych świadczeń w programie.

Natomiast ewaluacja programu została przedstawiona w sposób pobieżny. Wskazano, że w perspektywie długofalowej, uczestnicy programu zostaną poddani ponownej ocenie prowadzonej za pomocą badania ankietowego. Jednak w treści projektu nie odniesiono się do szczegółów planowanego działania. Zaznaczono, że w ewaluacji uwzględniona zostanie również „liczba dzieci z wykrytymi wadami postawy skierowanych do dalszej diagnostyki” oraz „liczba dzieci korzystających z zajęć korekcyjnych po zakończeniu programu”. W przedstawionej ewaluacji nie odniesiono się m.in. do wzrostu poziomu wiedzy opiekunów prawnych dzieci, zmniejszenia wydatków na ochronę zdrowia, wzrostu poziomu aktywności fizycznej uczniów, czy też wyrobienia u uczestników umiejętności samooceny i samokontroli. Jednak do wszystkich tych aspektów odniesiono się w ramach oczekiwanych efektów programu. Warto zatem uzupełnić ewaluację, mając na uwadze, że jest to proces mający na celu szeroką i kompleksową ocenę wpływu zaplanowanych interwencji na zdrowie mieszkańców w długim okresie czasu.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. W treści projektu określono kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu.

W opiniowanym projekcie programu przedstawiono etapy jego realizacji oraz kwestie organizacyjne. Zaplanowano działania promujące program. Wskazano także sposób realizacji świadczeń, w tym zakończenia udziału w programie.

Koszt wykonania badania przesiewowego wyniesie 30 zł. Nie wskazano jednak co będzie wchodziło w skład ww. interwencji. W treści projektu przedstawiono szeroki zakres planowanych działań oraz koszty wynikające z poszczególnych zajęć korekcyjnych. O ile w przybliżeniu można wyliczyć liczbę planowanych interwencji w przypadku gimnastyki korekcyjnej grupowej oraz indywidualnych zajęć korekcyjnych, o tyle sprawdzenie poprawności oszacowania liczby zajęć na basenie nie jest możliwe - zaplanowano bowiem prowadzenie zajęć w grupach max. 25-osobowych w przypadku uczniów klas VI oraz 10-osobowych w przypadku uczniów klas I.

Należy zaznaczyć, że w treści projektu nie wskazano uzasadnienia dla kwalifikacji do zajęć gimnastyki grupowej oraz zajęć na basenie 3 200 uczniów, czy liczby 500 uczniów w przypadku indywidualnych zajęć korekcyjnych. Kwestia ta wymaga doprecyzowania.

Pobieżnie odniesiono się do działań określonych jako „inne usługi medyczne” – zaznaczono, że ma to być powtórna wizyta lekarska oraz badanie RTG (wyceniono je na 50 000 zł rocznie) oraz działań informacyjno-edukacyjnych – 57 000 zł rocznie. Należy podkreślić, że w treści projektu w sposób bardziej precyzyjny powinny zostać przedstawione koszty wszystkich działań przewidzianych do realizacji w ramach programu. W sumie całkowity koszt realizacji programu wyniesie ma ok. 6 787 695 zł.

Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Do najczęstszych wad postawy należą: plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy wklęsło-okrągłe, plecy płaskie, boczne skrzywienia kręgosłupa – skoliozy, wady statyczne kończyn dolnych.

Plecy okrągłe to nadmierne wygięcie kręgosłupa ku tyłowi. Charakteryzują się osłabieniem mięśni, wysunięciem do przodu głowy i barków, przykurczem mięśni klatki piersiowej, upośledzeniem funkcji oddechowej klatki piersiowej.

Plecy wklęsłe to pogłębienie lordozy lędźwiowej, co często jest uwarunkowane wiekiem, ustawieniem miednicy, napięciem i długością mięśni stabilizujących stawy biodrowe.

Plecy wklęsło-okrągłe charakteryzują się zwiększoną lordozą lędźwiową i kifożą piersiową, co prowadzi do pochylecia głowy ku przodowi, spłaszczenia klatki piersiowej, rozciągnięcia prostownika grzbietu odcinka piersiowego oraz jego skrócenia w odcinku lędźwiowym, przykurczy mięśni obręczy barkowej i klatki piersiowej, przesunięcia narządów jamy brzusznej ku przodowi i pod ich naporem rozciągnięcia mięśni brzucha.

Plecy płaskie charakteryzują się spłaszczeniem lub brakiem fizjologicznych wygięć kręgosłupa, co powoduje osłabienie funkcji amortyzacyjnej kręgosłupa, przeciążenia prowadzące do zmian zwyrodnieniowych, upośledzenie pojemności i ruchomości klatki piersiowej, większą skłonność do powstawania bocznych skrzywień kręgosłupa.

Skolioza idiopatyczna jest typem skoliozy strukturalnej (skolioza utrwalona), której cechami charakterystycznymi są: deformacja kręgosłupa w trzech płaszczyznach (czołowej, strzałkowej i poprzecznej), kąt skrzywienia mierzony sposobem Cobb'a na zdjęciu RTG wykonanym w pozycji stojącej w projekcji przednio-tylnej wynosi co najmniej 10°, powstaje w wieku rozwojowym, ma tendencję do pogłębiania się w okresach szybkiego wzrostu kręgosłupa, zaś progresja dotyczy głównie dziewcząt.

Alternatywne świadczenia

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdują się na wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne w środowisku nauczania i wychowania oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych, i powinny być rutynowo wykonywane u dzieci w wieku 6 albo 7 lat, 10 lat, 12 lat, 13 lat i 16 lat (Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – Dz.U z 2013 r. poz. 1248).

Ocena technologii medycznej

Podkreślić należy brak dobrych metodologicznie badań poświadczających efektywność skringingu. Odnalezione dane wskazują, że wartość predykcyjna wyniku dodatniego standardowego badania przesiewowego jest wyjątkowo niska (5%), co oznacza, że 95% dzieci jest niepotrzebnie kierowanych w wyniku przesiewu na dalszą diagnostykę.

Zgodnie z wytycznymi U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF; stanowisko wydane w roku 2004, podtrzymane w latach 2009 oraz 2014) skringing w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wśród młodzieży bez objawów choroby nie jest rekomendowany. USPSTF nie znalazło dobrych dowodów popierających tezę, że skringing młodzieży bez objawów choroby wykrywa skoliozę idiopatyczną na wcześniejszym stadium niż metody wykrywania choroby nieuwzględniające prowadzenia skringingu. Precyzja najbardziej popularnego testu (testu Adamsa z użyciem lub bez użycia skoliometru) służącego wykryciu młodzieży ze skoliozą idiopatyczną, charakteryzuje się natomiast zmiennością, istnieją też dowody mówiące o niedostatecznej obserwacji młodzieży ze skoliozą idiopatyczną wykrytej przez populacyjne programy przesiewowe.

USPSTF znalazło dowody mówiące, że terapia skoliozy idiopatycznej podczas lat młodzieńczych prowadzi do korzyści zdrowotnych (zmniejszenie bólu, dysfunkcji) jedynie w przypadku małego odsetka osób. Większość przypadków wykrytych poprzez przeprowadzone testy przesiewowe nie rozwiną się do klinicznie istotnej formy skoliozy. Przypadki skoliozy wymagające agresywnej terapii, takiej jak operacja, prawdopodobnie zostaną wykryte bez konieczności przeprowadzenia skringingu.

Rekomendacje negatywne odnośnie prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wydało również UK National Screening Committee. Głównymi powodami prezentowanego przez UK NSC stanowiska jest brak wspólnego konsensusu odnośnie zgody lekarzy na zasadność dalszej terapii po przeprowadzeniu testu Adamsa (w wyniku powyższego część dzieci zostanie skierowana na dalsze badania, w momencie gdy nie wpłyną one na poprawę ich funkcjonowania, część natomiast nie zostanie skierowana na dalsze testy oraz terapię, która mogłaby okazać się dla nich korzystna). Kolejnym badaniem diagnostycznym w kierunku wykrycia skoliozy jest

badanie z wykorzystaniem promieniowania X, ekspozycja na wskazane promieniowanie może być natomiast szkodliwa. Niejasne jest również czy leczenie osób wykrytych podczas prowadzenia badań przesiewowych jest lepsze od oczekiwania na rozwinięcie symptomów.

Stanowisko przeciwne do rekomendacji przedstawionych powyżej prezentują Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Research Society (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatrics. Choć zgadzają się, że poparcie dla badań przesiewowych ma w omawianym przypadku ograniczenia, w swoim stanowisku twierdzą, że potencjalne korzyści dla pacjentów ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią ich deformacji, mogą być znaczące. Wytyczne te w swoim wspólnym stanowisku dochodzą do konkluzji, że jeżeli skrining w kierunku wykrycia skoliozy jest przeprowadzany, dziewczęta powinny być poddane badaniom dwukrotnie – w wieku 10 i 12 lat, natomiast chłopcy jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat. Powyżej sformułowane zalecenie poparte jest faktem, iż dziewczęta osiągają dojrzałość płciową ok. 2 lat wcześniej niż chłopcy oraz 3-4 razy częściej cierpią na skoliozę wymagającą leczenia. Rekomendacje podkreślają, że aby program profilaktyczny był skuteczny, musi być prowadzony przez dobrze wyszkolony personel, który odpowiednio przeprowadzi test Adamsa oraz wykona pomiary skoliometrem, co umożliwi poprawne zidentyfikowanie osób z młodzieńczą skoliozą idiopatyczną.

Pomimo różnych rekomendacji i zaleceń, badania przesiewowe w kierunku wad postawy są silnie zalecane przez środowiska medyczne, zwłaszcza w populacji dzieci w wieku szkolnym, kiedy to prawidłowy rozwój organizmu jest najintensywniejszy.

Zgodnie z wytycznymi (SOSORT 2012), w przypadku pacjentów ze skoliozą badanie radiologiczne kręgosłupa powinno być wykonywane w następujących odstępach czasowych: w przypadku pacjentów w wieku 0-5 lat, u których występuje wczesny początek skoliozy: co 6 miesięcy; w przypadku pacjentów w wieku 6-12 lat ze skoliozą dziecięcą: co 6 miesięcy; w przypadku pacjentów w wieku 13-18 lat z AIS, u których Risser wynosi 0-1: co 12 miesięcy; w przypadku pacjentów w wieku 13-18 lat z AIS, u których Risser wynosi 2-3: co 12 miesięcy; w przypadku pacjentów w wieku 13-18 lat z AIS, u których Risser wynosi 4-5: co 18 miesięcy. Aby zmniejszyć narażenie na promieniowanie wśród dzieci poddanych diagnostyce w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej zachowana powinna być podstawowa zasada ochrony radiologicznej - ALARA (As Low As Reasonably Achievable).

Wspomnieć należy, że dzieci i młodzież ze skoliozą idiopatyczną (SI) mogą aktywnie uczestniczyć zarówno w sporcie wyczynowym, jak i rekreacyjnym. Nie ma także przeciwwskazań do uczestnictwa w lekcjach wychowania fizycznego. Jeżeli rodzice, nauczyciele wychowania fizycznego lub trenerzy nie są pewni co do wpływu uprawiania danej dyscypliny sportu na układ ruchu dziecka ze skoliozą, warto przeprowadzić konsultację lekarsko-fizjoterapeutyczną, aby określić ewentualne przeciwwskazania do wykonywania niektórych czynności ruchowych (np. symetrycznych ćwiczeń wyprostnych u osób zagrożonych progresją skoliozy piersiowej). Uczestnictwo dziecka w zajęciach sportowych nie ma na celu leczenia skoliozy, ale podniesienie poziomu ogólnej sprawności fizycznej dziecka. Warto również podkreślić istotną rolę społeczną sportu.

Istotne jest z punktu widzenia zasadności finansowania udzielanych aktualnie świadczeń gwarantowanych, aby badania przesiewowe nie powielały świadczeń już finansowanych, a stanowiły ich uzupełnienie. Dodatkową wartością samorządowych programów zdrowotnych jest organizowanie dalszej diagnostyki lub ćwiczeń korekcyjnych i rehabilitacji, która może być udzielana w miejscach łatwo dostępnych dla uczestników oraz w dogodnym dla nich czasie.

Kolejnym ważnym elementem jest edukacja zdrowotna mająca na celu uświadomienie dzieciom i rodzicom znaczenia czynników sprzyjających wadom postawy oraz budowania i wzmacniania znaczenia zachowania prawidłowej postawy. Istotne jest też nieprzeciążanie dziecięcych plecaków i tornistrów oraz zachęcanie dzieci do większej aktywności fizycznej dzieci.

Niezależnie od programów skierowanych na problem zdrowotny wad postawy u dzieci i młodzieży, należy zwrócić uwagę wszystkim, zarówno samorządów, jak i władz szkolnych i innych organizacji zajmujących się dziećmi i młodzieżą, na potrzebę działań skierowanych na zwiększenie aktywności fizycznej młodego pokolenia. Działania te mogą skutkować nie tylko zmniejszeniem problemu wad

postawy, ale też wpływać na problemy takie jak otyłość, zaburzenia lipidowe, osteoporoza i inne, oraz na istotny wpływ aktywności fizycznej na sferę rozwoju psychicznego.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.256.2017 „Wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym” realizowany przez: województwo małopolskie, Warszawa, wrzesień 2017, Aneksu „Programy z zakresu profilaktyki i korekcji wad wzroku oraz chorób oczu u dzieci – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2017 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 308/2017 z dnia 18 września 2017 roku o projekcie programu „Wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym” (woj. małopolskie).