



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 33/2018 z dnia 20 marca 2018 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki  
wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu wśród uczniów w wieku 10-  
14 lat z terenu województwa lubelskiego na lata 2018-2020”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu wśród uczniów w wieku 10-14 lat z terenu województwa lubelskiego na lata 2018-2020” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Projekt programu dotyczy wczesnego wykrywania wad postawy oraz prowadzenia zajęć korekcyjnych mających na celu zmniejszenie rozpowszechnienia omawianego problemu zdrowotnego. Projekt programu był już przedmiotem opinii w Agencji i uzyskał opinię negatywną. W obecnej wersji programu uzupełniono kluczowe informacje związane z wykorzystywanymi metodami diagnostycznymi, jak również poprawnie odniesiono się do populacji docelowej. Niemniej jednak nadal wiele elementów programu wymaga poprawy.

Poniżej przedstawiono szczegółowe uwagi:

- Cele programowe powinny zostać opisane zgodnie z zasadą SMART, mierniki efektywności nie będą zastrzeżeń.
- Kryteria kwalifikacji do programu nie zostały przedstawione precyzyjnie. Konieczne jest jasne zdefiniowanie, w jaki sposób określona zostanie m.in. „wada postawy wymagająca podjęcia działań praktycznych”. Ponadto istotne jest, aby w kryteriach kwalifikacji uwzględnić zapis pozwalający na wykluczenie z udziału dzieci, które pozostają pod opieką poradni rehabilitacyjnej w zakresie wad postawy.
- W zakresie interwencji należy doprecyzować, które działania przysługują każdemu uczestnikowi. Ponadto należy wskazać w jaki sposób ustalany będzie plan rehabilitacji i jakie uwzględniać będzie interwencje.
- Należy uzupełnić ewaluację programu.
- W zakresie budżetu zaleca się utworzenie harmonogramu prowadzonych działań i wydatkowanych środków.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wykrywania wad postawy u dzieci w wieku szkolnym. Budżet programu został oszacowany na 3 519 897 PLN, zaś okres realizacji to lata 2018-2020.



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 kostnowąstwowego”, 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 województwie lubelskim odnotowano 233 hospitalizacje z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako choroby kręgosłupa, co stanowiło 0,92% wszystkich hospitalizacji z powodu przeanalizowanych rozpoznań. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 59,96 i była to druga największa wartość wśród województw. Wskaźnik wojewódzki chorobowości związanej ze zniekształceniami kręgosłupa wyniósł 373,2/10 tys. deklaracji.

### Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „profilaktyka wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu wśród uczniów w wieku 10-14 lat z terenu województwa lubelskiego poprzez przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotno-diagnostycznej dla co najmniej 16 680 uczniów w okresie do 2020 roku”. Należy stwierdzić, że ww. założenie jest możliwe do osiągnięcia, zawiera także czytelny przekaz oraz zostało osadzone w czasie. Warto jednak zaznaczyć, iż rozumienie zarówno pojęcia „wady postawy”, jak i „zaburzenia rozwoju ruchu” powinno zostać jasno zdefiniowane w kontekście przedstawionego celu głównego.

Główny cel ocenianego projektu został uzupełniony 4 założeniami szczegółowymi. Co istotne, dobrze sformułowany cel powinien być zgodny z koncepcją SMART, według której powinien on być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Założenia przedstawione w treści projektu nie są natomiast w pełni zgodne z ww. koncepcją. Przewidziano m.in. „poprawę stanu zdrowia u co najmniej 8 340 uczniów w wieku 10-14 lat z terenu województwa lubelskiego poprzez podjęcie działań praktycznych w okresie do 2020 roku”. Należy zaznaczyć, że ww. cel został sformułowany w sposób ogólny, co przekłada się na trudności w zmierzeniu stopnia jego realizacji. Konieczne jest jego doprecyzowanie.

W treści projektu poprawnie przedstawiono mierniki efektywności, które są spójne z postawionymi w projekcie celami. Brakuje jednak odniesienia się do uwagi zwartej w poprzedniej Opinii Prezesa (212/2017) i nie uwzględniono w ramach mierników m.in. rodzaju wad postawy wykrytych w ramach badań przesiewowego. Ponadto wydaje się zasadne, aby w ramach mierników wskazać o ile zmienił się poziom wiedzy uczestników programu oraz w jakim stopniu poprawiła się postawa u dzieci stosujących się do zaleceń lekarskich.

### Populacja docelowa

Program skierowany jest do uczniów do uczniów w wieku 10-14 lat z terenu województwa lubelskiego. W projekcie oszacowano ogólną liczbę uczniów w ww. przedziale wiekowym na 95 992

osób. W ciągu 3 lat realizacji, działaniami w ramach programu objętych zostanie ok. 16 680 uczniów. Dane te nie budzą zastrzeżeń.

Należy podkreślić, że w treści projektu programu nie przedstawiono uzasadnienia dla wybranej liczebności populacji docelowej. Należy również podkreślić, że uczniom w wieku 10, 12 i 13 lat zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przysługuje kompleksowa ocena stanu zdrowia obejmująca diagnostykę wad postawy. W projekcie nie odniesiono się do tej kwestii.

Zajęcia z edukacji zdrowotnej skierowane zostaną do wszystkich uczniów zakwalifikowanych do udziału w programie (16 680 osób). Zaznaczono również, że zalecanym jest, aby w zajęciach edukacji zdrowotnej uczestniczyli rodzice/opiekunowie prawni uczniów. Moduł III (działania diagnostyczne) skierowany będzie do wszystkich uczniów zrekrutowanych do programu. Do działań praktycznych kwalifikowani będą uczniowie, u których zdiagnozowano „wadę postawy wymagającą podjęcia działań praktycznych”. Należy jednak zwrócić uwagę, że powyższy zapis jest mało precyzyjny. W projekcie nie przedstawiono jasnych kryteriów, na podstawie których u danego dziecka stwierdzana będzie „postawa prawidłowa”, „wada postawy” czy też „zaburzenia rozwoju ruchu”. Kryteria kwalifikacji wymagają uzupełnienia we wskazanym zakresie.

### Interwencja

W ramach programu planuje się przeprowadzenie działań:

- edukacyjnych – zajęcia z edukacji zdrowotnej (forma prelekcji – dwa 45-minutowe spotkania w grupach liczących max. 30 osób; team trenerski: mgr fizjoterapii/mgr rehabilitacji ruchowej/ lek. med. rehabilitacji medycznej/lekarz ortopeda oraz mgr ze specjalizacją zdrowie publiczne/lek. med. ze specjalizacją zdrowie publiczne);
- diagnostycznych – badania przesiewowe: Test Degi, Test Thomasa, Test Langego, Test Adamsa, Test Mattiassa, Test Schobera, Test Otta, Test Derbolowsky’ego – prowadzone przez: lekarza ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej/lekarza specjalistę z ortopedii i traumatologii narządu ruchu;
- praktycznych – „ukierunkowane na poprawę stabilizacji centralnej” – cztery 45-minutowe spotkania, prowadzone w grupach max. 10-osobowych; osoba odpowiedzialna za realizację: mgr fizjoterapii/mgr rehabilitacji ruchowej.

Działania edukacyjne prowadzone mają być w formie grupowych warsztatów (przewidziano zorganizowanie 2 spotkań w grupach liczących maksymalnie 30 osób). W treści projektu wskazano, że planowane działania będą się odbywały na terenie szkół uczestniczących w programie w ramach godzin wychowawczych lub pozalekcyjnych zajęć dodatkowych. Zakres tematyczny będzie obejmował przyczyny powstawania wad postawy, sposoby służące ich zapobieganiu, omówione zostaną także cechy charakterystyczne danej wady. Po zakończeniu zajęć każdy uczestnik otrzyma skrypt zawierający treści omawiane na zajęciach. W projekcie programu podkreślono, że planowane jest sprawdzenie poziomu wiedzy przy zastosowaniu badań ankietowych przed wdrożeniem planowanych działań edukacyjnych oraz po ich realizacji. Powyższe działanie należy uznać za słuszne, pociągnie ono za sobą możliwość sprawdzenia czy poziom wiedzy uczestników zajęć rzeczywiście uległ zmianie.

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

Kolejnym etapem programu jest przeprowadzenie badań przesiewowych. Nie sprecyzowano jednak czy w przypadku każdego ucznia włączonego do udziału w programie przeprowadzone zostaną wszystkie ww. testy, co należy uzupełnić. Testy zaproponowane w programie stanowią badania stosowane w ramach praktyki klinicznej.

Niemniej jednak warto podkreślić, że odnalezione wytyczne nie są zgodne co do zasadności prowadzenia przesiewu w kierunku wad postawy w populacji ogólnej. Zgodnie z wytycznymi U.S. Preventive Services Task Force 2014 (USPSTF) skryning w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wśród młodzieży bez objawów choroby nie jest rekomendowany. USPSTF nie znalazło dobrych dowodów popierających tezę, że skryning młodzieży bez objawów choroby wykrywa skoliozę idiopatyczną na wcześniejszym stadium niż metody wykrywania choroby nieuwzględniające prowadzenia skryningu. Rekomendacje negatywne 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 skryning 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.

W projekcie wskazano, że po zakończeniu wstępnej części diagnostycznej rodzice/opiekunowie prawni otrzymają informację o stanie zdrowia dziecka oraz dalszym postępowaniu. Zaznaczono, że w przypadku wykrytych zmian „nastąpi dalsza diagnostyka z oceną wg Cobba, ewentualnie diagnostyka szczegółowa – badanie RTG” – z treści projektu wynika, że działania te będą realizowane w ramach środków publicznych (przy czym warto zauważyć, że we wcześniej ocenianym projekcie PPZ weryfikacja diagnozy – badanie RTG – miało być realizowane w ramach programu).

Należy zaznaczyć, że zaleca się, aby rozmiar krzywizny był oceniany za pomocą metody, zaś 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. W treści projektu programu brak odniesienia do powyższej kwestii.

Końcowym etapem prowadzonych działań diagnostycznych będzie podzielenie przebadanej populacji na dwie grupy: uczniów z postawą prawidłową, nie wymagającą podjęcia żadnych działań praktycznych oraz uczniów ze zdiagnozowaną wadą postawy wymagającą podjęcia działań praktycznych.

Zaplanowano cykl 4 spotkań (trwających po 45 min), w grupach liczących max. 10 osób. Ponadto, zaznaczono, że w ramach działań praktycznych uczestnicy programu otrzymają zestaw do samodzielnego wykonywania ćwiczeń (mata, piłka gimnastyczna, woreczki do ćwiczeń gimnastycznych, laska gimnastyczna/rozciągliwa taśma rehabilitacyjna). Celem ww. interwencji jest praktyczna nauka ćwiczeń, które dany uczeń po zakończeniu udziału w programie będzie mógł wykonywać samodzielnie w warunkach domowych.

W treści projektu programu zaznaczono jedynie, że planowane są zajęcia ruchowe/korekcyjne, nie wskazano natomiast dokładnie jakie działania będą podejmowane w ramach zaplanowanych interwencji. Warto dodać, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu zdrowia danej osoby, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności oraz ciągłości procesu rehabilitacji. Przed przystąpieniem do zajęć każdy uczeń powinien być zatem konsultowany przez lekarza/fizjoterapeutę, którego zadaniem byłoby ustalenie zakresu ćwiczeń indywidualnie dostosowanego do potrzeb zdrowotnych dziecka. W treści projektu programu brak odniesienia do powyższej kwestii, co należy uzupełnić.

Należy również zaznaczyć, że zaplanowane w projekcie działania mogą częściowo powielać świadczenia już finansowane ze środków publicznych. 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), w III i V klasie szkoły podstawowej, a także w klasach I szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Zatem w odniesieniu do części populacji istnieje ryzyko powielania danych świadczeń. W odniesieniu do zajęć korekcyjnych, zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. (Dz.U. 2013 poz. 1522) zabieg fizjoterapeutyczny w warunkach ambulatoryjnych obejmuje wskazaną w treści projektu programu kinezyterapię bez względu na wiek dziecka. Należy zatem dostosować projekt programu do udzielanych już świadczeń gwarantowanych poprzez odpowiednie kryteria kwalifikacji.

#### Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie odniesiono się do uwag zawartych w poprzedniej opinii jedynie w zakresie monitorowania. Poprawnie opisano wskaźniki dot. oceny zgłaszalności i jakości udzielanych świadczeń.

W zakresie ewaluacji powielono wskaźniki z poprzednio opiniowanego projektu programu. W przedstawionej ewaluacji nie odniesiono się do proponowanych wskaźników w tym m.in. do liczby osób skierowanych do dalszej diagnostyki w ramach NFZ, wzrostu poziomu wiedzy opiekunów prawnych dzieci, wzrostu poziomu aktywności fizycznej uczniów czy też wyrobienia u uczestników umiejętności samooceny i samokontroli. Warto zatem uzupełnić ewaluację, mając na uwadze, że jest to proces mający na celu szeroką, 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. Kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu również określono w treści projektu.

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

W projekcie określono zarówno koszty jednostkowe (211,03 zł– koszt na jednego uczestnika), jak i całkowite zaplanowanych działań wynoszące 3 519 897 zł. Wskazano, że projekt będzie współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020. W projekcie należy przedstawić harmonogram planowanych działań wraz z ich wyceną uwzględniając podział na poszczególne lata realizacji programu. Poza tym budżet nie budzi zastrzeżeń.

### **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 kifozą 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 Cobba 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 skryningu. 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) skryning w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wśród młodzieży bez objawów choroby nie jest rekomendowany. USPSTF nie znalazło dobrych dowodów popierających tezę, że skryning młodzieży bez objawów choroby wykrywa skoliozę idiopatyczną na wcześniejszym stadium niż metody wykrywania choroby nieuwzględniające prowadzenia skryningu. 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 skryningu.

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 skolioz 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 skryning 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.441.391.2017 „Program profilaktyki wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu wśród uczniów w wieku 10-14 lat z terenu województwa lubelskiego na lata 2018-2020” realizowany przez: Województwo Lubelskie, Warszawa, luty 2018 r. oraz Aneksów: „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny” ze stycznia 2017 r., „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 46/2018 z dnia 19 marca 2018 roku o projekcie programu „Program profilaktyki wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu wśród uczniów w wieku 10-14 lat z terenu województwa lubelskiego na lata 2018-2020”