



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 111/2018 z dnia 20 czerwca 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Badania
przesiewowe wad postawy i kończyn dolnych u dzieci w wieku
przedszkolnym i wczesnoszkolnym”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Badania przesiewowe wad postawy i kończyn dolnych u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym” realizowany przez gminę Osiecznica.

Uzasadnienie

Negatywna opinia Prezesa Agencji wynika przede wszystkim z faktu, że w projekcie zaplanowano udział dzieci w wieku 3, 6 i 10 lat, co nie odpowiada w pełni zapisom wytycznych klinicznych w przedmiotowym zakresie. Ponadto nie wskazano szczegółowo, jakie interwencje zostaną przeprowadzone w ramach zaplanowanych badań przesiewowych. Zgodnie z zaleceniami badania przesiewowe można oferować dziewczętom w wieku 10 i 12 lat oraz chłopcom w wieku 13 lub 14 lat. Należy jednak 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.

Należy podkreślić, że projekt programu został opracowany na zbyt dużym poziomie ogólności. Poniżej przedstawiono uwagi odnoszące się do poszczególnych elementów programu.

W zakresie celów programowych wymagane jest określenie ich zgodnie z zasadą SMART. Mierniki efektywności nie odpowiadają wszystkim celom programu i nie pozwolą na pełną ocenę efektów realizacji programu.

W odniesieniu do populacji docelowej konieczne jest także doprecyzowanie i uargumentowanie przedstawionych oszacowań dotyczących liczby uczestników programu.

W projekcie należy również dopracować kwestię dotyczącą działań o charakterze edukacyjnym.

Monitorowanie i ewaluacja programu wymagają uzupełnienia w zakresie oceny zgłaszalności, jakości świadczeń oraz efektywności programu.

Budżet warto uszczegółowić, zgodnie z uwagami wskazanymi w dalszej części opinii. Należy pamiętać o uwzględnieniu w kosztorysie kwoty przeznaczonej działania informacyjne, edukacyjne oraz na monitorowanie i ewaluację programu.

Przedmiot opinii



Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wykrywania wad postawy wśród dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 6 510 zł, a okres realizacji to rok 2018.

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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.) 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 wad postawy wśród dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym i częściowo wpisuje się w priorytet: „tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 20018 r. (Dz.U. z 2018 r., poz. 469).

W projekcie programu odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w zakresie rozpatrywanego problemu zdrowotnego w sposób pobieżny. Nie przedstawiono regionalnych/lokalnych danych epidemiologicznych, brak również odniesienia do informacji zawartych w mapach potrzeb zdrowotnych.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla woj. dolnośląskiego, w 2014 r. odnotowano 145 hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako choroby kręgosłupa. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 29,69 i była to 8. największa wartość wśród województw.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest *wczesne i skuteczne rozpoznanie istniejących wad postawy i wad kończyn dolnych, w celu podjęcia jak najszybszych działań korygujących a w przypadku zdiagnozowania zmian chorobowych leczenia specjalistycznego*. Cel w obecnym brzmieniu stanowi działanie, a nie stan, do który zamierza się osiągnąć w wyniku realizacji programu, co pociąga za sobą trudności w zmierzeniu stopnia jego realizacji. Dodatkowo pojęcia „wady postawy” i „wady kończyn dolnych” nie zostały jasno zdefiniowane w kontekście przedstawionego założenia głównego. Należy zaznaczyć, że osiągnięcie celu głównego powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Zatem wskazany cel główny wymaga przeformułowania zgodnie z koncepcją SMART, według której powinien on być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie.

W treści projektu programu wskazano także 3 cele szczegółowe, odnoszące się *nadzoru i koordynacji przebiegu badań przesiewowych w obrębie: stóp, kręgosłupa oraz masy ciała; pedagogizacji nauczycieli, rodziców i personelu medycznego szkoły w zakresie profilaktyki kończyn dolnych i kręgosłupa oraz zapobieganiu otyłości u dzieci oraz wzrostu świadomości rodziców i dzieci z zagrożeń jakie niosą ze sobą niekorygowane wady postawy*. Dwa pierwsze cele szczegółowe, podobnie jak cel główny stanowią działania. Ponadto założenia szczegółowe programu nie są w pełni zgodne z regułą SMART, zatem należy je przekonstruować.

W ocenianym projekcie wskazano, że miernikiem efektywności będzie *ilość przebadanych dzieci oraz ustalenie ile procent badanej populacji ma wady postawy i kończyn dolnych*. Należy zaznaczyć, że powyższy wskaźnik może zostać wykorzystany do oceny zgłaszalności, nie umożliwi on jednak obiektywnego i precyzyjnego zmierzenia stopnia realizacji wyznaczonych celów. Ponadto mierniki efektywności powinny odnosić się do wszystkich celów programowych oraz mieć charakter zarówno jakościowy, jak i ilościowy. Należy także wskazać sposób pomiaru wskazanych mierników efektywności oraz ich wartości oczekiwane wraz z uzasadnieniem dla przyjętych wartości docelowych. Co istotne, wartości wskaźników powinny być określane przed i po realizacji programu,

ponieważ dopiero zmiana uzyskana w zakresie tych wartości, stanowi o wadze osiągniętego efektu programu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dzieci mieszkające na terenie gminy Osiecznica, w wieku 3, 6 oraz 10 lat, uczęszczające do przedszkoli publicznych, niepublicznych lub szkół publicznych działających na terenie ww. gminy w 2018 r. Zgodnie z informacjami przedstawionymi w budżecie w programie przewidziano udział ok. 186 dzieci (81 dzieci w wieku 3 i 6 lat oraz 105 uczniów w wieku 10 lat). Jednakże nie wskazano, na jakiej podstawie oszacowano liczbę potencjalnych uczestników programu, nie sprecyzowano również, czy wybrani adresaci programu stanowią 100% populacji docelowej, czy też założono inny poziom zgłaszalności do programu. Zgodnie z danymi GUS obecnie (2018 r.) na terenie Osiecznicy mieszka 69 dzieci w wieku 3 lat, 80 dzieci w wieku 6 lat oraz 106 w wieku 10 lat (łącznie 255 dzieci).

Należy podkreślić, że rekomendacje/wytyczne dotyczące wad postawy różnią się co do zaleceń w zakresie zasadności przeprowadzania badań w populacji bezobjawowej.

Wytyczne UK National Screening Committee (UK NSC 2016) nie rekomendują prowadzenia skryningu w populacji bezobjawowej. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF 2018) stwierdza, że obecne dowody naukowe nie są wystarczające do oceny bilansu korzyści i szkód związanych z przesiewem w kierunku wykrycia skoliozy młodzieńczej u dzieci i młodzieży w wieku od 10 do 18 lat. Ww. stanowisko USPSTF podziela także American Academy of Family Physicians z 2018 r. (AAFP 2018).

Natomiast American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Research Society (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) i American Academy of Pediatrics (AAP) w swoim wspólnym stanowisku (2015 r.) dochodzą do konkluzji, że jeżeli skryning w kierunku wykrycia skoliozy jest już przeprowadzany, dziewczęta powinny być poddane badaniom dwukrotnie – w wieku 10 i 12 lat, natomiast chłopcy jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat.

Z kolei eksperci kliniczni wskazują, że diagnostyka wad postawy powinna obejmować już dzieci w wieku 3-6 lat, a szczególną opiekę i nadzór powinno się zapewnić dzieciom i młodzieży w okresie pokwitaniowego skoku wzrostowego (tj. 11-14 lat u dziewcząt i 12-15 lat u chłopców).

Kryterium włączenia do programu będą miejsce zamieszkania oraz wiek. Ponadto zasadnym wydaje się uzyskanie zgody rodzica/opiekuna na udział dziecka w programie. Należy także jasno określić, jakie wyniki uznane zostaną za „wady postawy” oraz „wady kończyn dolnych”.

Podsumowując, zaproponowana populacja programu, co do wieku, nie jest zgodna z wyżej wymienionymi rekomendacjami. Natomiast częściowo koresponduje z opiniami ekspertów klinicznych.

Interwencja

W ramach interwencji zaplanowanych w programie przewidziano przebadanie dzieci w wieku przedszkolnym przy użyciu specjalistycznych narzędzi pomiarowych. Następnie przekazanie rodzicom (opiekunom prawnym), dyrektorom przedszkoli i szkół informacji dotyczących stwierdzonych w czasie badań wad postawy u dzieci oraz ukierunkowanie rodziców (opiekunów prawnych) w zakresie dalszego postępowania z dzieckiem.

Należy zaznaczyć, że nie określono, jakie badania przesiewowe zostaną wykonane. Nie sprecyzowano również planowanych do wykorzystania „specjalistycznych narzędzi pomiarowych”. Ponadto nie wskazano osób odpowiedzialnych za przeprowadzenie badań, a zaznaczono jedynie, że będzie to „kadra posiadająca wymagane kwalifikacje do prowadzenia badań przesiewowych wad postawy i kończyn dolnych”. Nie przedstawiono informacji, jaki wynik badań uznany zostanie za nieprawidłowy.

Potencjalne korzyści dla pacjentów ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią ich deformacji, mogą być dla nich znaczące. Zgodnie z wytycznymi Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment (SOSORT 2016) szkolne programy przesiewowe rekomendowane są we wczesnej diagnozie skoliozy idiopatycznej. Za każdym razem, gdy ocenie poddawane są dzieci

w wieku od 8 do 15 lat, pediatrzy, specjaliści z zakresu medycyny sportowej oraz medycyny ogólnej, powinni przeprowadzać test Adamsa oraz posługiwać się skoliometrem. Rekomenduje się, aby kliniczna ocena występowania skoliozy obejmowała co najmniej: badanie kąta rotacji tułowia, aspekty estetyczne, ustawienie kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej.

Mając na uwadze tytuł opiniowanego programu, planuje się także realizację badań przesiewowych w kierunku wykrycia wad kończyn dolnych. W treści projektu brak jednak szczegółów odnoszących się do powyższej interwencji.

Należy zaznaczyć, że w ramach wyszukiwania dowodów naukowych przez Agencję, nie odnaleziono żadnych opracowań wtórnych (przeглядów systematycznych, metaanaliz), badań eksperymentalnych (RCT, badań z pseudorandomizacją, bez randomizacji, badań jednoramiennych) oraz badań obserwacyjnych z grupą kontrolną dotyczących badania z zastosowaniem podoskopy i podobarografu w kierunku deformacji stóp i wad postawy u dzieci i młodzieży.

W projekcie nie przewidziano działań korekcyjno-rehabilitacyjnych.

Warto pamiętać, że SOSORT 2016 jako pierwszy krok w procesie leczenia skoliozy idiopatycznej rekomenduje specyficzną fizjoterapię (PSSE), aby zapobiec lub ograniczyć postęp deformacji oraz możliwości gorsetowania. Zaleca się, aby PSSE była zgodna z konsensusem SOSORT oraz oparta na autokorekcji postawy w 3D, treningu podstawowych czynności życia codziennego, stabilizacji prawidłowej postawy oraz edukacji pacjenta. Rekomenduje się, aby PSSE była zindywidualizowana pod względem potrzeb pacjenta, występującego skrzywienia oraz etapu leczenia (nawet jeżeli prowadzona jest w małych grupach). Rekomendacje (NSF 201022, VHA-DoD 2010) zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Warto dodać, że zgodnie z opinią ekspertów klinicznych, plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu danej osoby, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności oraz ciągłości procesu rehabilitacji.

Wskazane w projekcie cele szczegółowe programu, odnoszące się do pedagogizacji nauczycieli, rodziców i personelu medycznego szkoły oraz wzrostu świadomości rodziców i dzieci z zagrożeń, jakie niosą ze sobą niekorygowane wady postawy, sugerują realizację działań o charakterze edukacyjnym. Jednakże w części projektu poświęconej interwencjom brak jednak odniesienia do powyższej kwestii. Nie jest jasne kto będzie odpowiedzialny za realizację edukacji zdrowotnej oraz w jakiej formie zostanie ona przygotowana.

Warto zauważyć, że w wytycznych AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015 zwraca się uwagę na istotną rolę edukacji personelu medycznego wykonującego testy przesiewowe. Służy to minimalizowaniu niepotrzebnych zaleceń oraz optymalizowaniu zasadności skierowań m.in. na RTG kręgosłupa. Z kolei rekomendacje SOSORT 2014 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.

Należy 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, 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. Dodatkowo w ramach rocznych obowiązkowych przygotowań przedszkolnych (lub w klasie I szkoły podstawowej) przeprowadza się test przesiewowy w kierunku wykrywania zniekształceń statycznych kończyn dolnych oraz w klasach I szkół gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych – test przesiewowy do wykrywania nadmiernej kifozy piersiowej.

Reasumując, opiniowany program w części poświęconej interwencjom, został przygotowany za zbyt dużym poziomie ogólności, co uniemożliwia jego pozytywną ocenę.

Monitorowanie i ewaluacja

W treści projektu w sposób pobieżny odniesiono się do jego monitorowania i ewaluacji.

Wspomnieć należy, że monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępów. Proces ten uzasadnia modyfikacje, które wspierają realizację celów programu. Ewaluacja jest natomiast analizą danych, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Zgodnie z treścią opiniowanego programu monitorowanie odbywać się będzie na bieżąco i polegać będzie na stałym kontrolowaniu liczby przebadanych dzieci, ich przyrostu w stosunku do populacji objętej programem. Nie zaplanowano oceny liczby osób, które nie wzięły udziału w programie, bądź zrezygnowały z udziału, czy też liczby rodziców, którzy nie wyrazili zgody na udział dziecka w programie, wraz ze wskazaniem przyczyn takiej decyzji.

W treści projektu nie wskazano w jaki sposób oceniona zostanie jakość świadczeń udzielanych w ramach przewidzianych działań. W tym celu można zastosować wystandaryzowaną ankietę satysfakcji z udziału w programie wśród jego uczestników.

Ewaluacja programu ma zostać przeprowadzona po wykonaniu badań wśród wybranej populacji. Zaznaczono, że „na terenie gminy Osiecznica program badań przesiewowych realizowany jest po raz pierwszy, brak jest danych do porównania otrzymanych wyników ze stanem poprzednim. W związku z tym, informacje zebrane w 2018 r. zostaną porównane z danymi ogólnopolskimi”. W projekcie nie sformułowano żadnych wskaźników, które posłużą planowanej ewaluacji. Należy zaznaczyć, że ewaluacja powinna odzwierciedlać zdolność programu do efektywnej realizacji wyznaczonych celów. Jej planowanie powinno się opierać na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu ze stanem po jego zakończeniu z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności. Warto jednak pamiętać, że przedstawione w projekcie mierniki nie odpowiadają wszystkim wyznaczonym celom programu. W projekcie nie określono w jaki sposób zmierzona zostanie wskazana „pedagogizacja nauczycieli, rodziców i personelu medycznego szkoły” czy też „wzrost świadomości rodziców i dzieci z zagrożeń jakie niosą ze sobą niekorygowane wady postawy”.

Warunki realizacji

Wybór realizatorów programu ma się odbyć w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Przewidziano także, w sposób pobieżny, wymagania wobec realizatorów względem kwalifikacji personelu, wyposażenia oraz warunków lokalowych.

Etapy ocenianego programu i działania podejmowane w ramach etapów przedstawiono na dużym poziomie ogólności. Brak jest odniesienia do działań informacyjno-promocyjnych oraz trybu zapraszania do programu. Warto zaznaczyć, że przewidziane działania informacyjne powinny być dostosowane do specyfiki populacji docelowej oraz pozwolić na uzyskanie jak największej zgłaszalności do programu.

Zakończenie udziału w programie ma nastąpić po wykonaniu przedmiotowych badań oraz po przekazaniu informacji dotyczącej stwierdzonych w ich czasie wad postawy i kończyn dolnych wraz z informacją w zakresie dalszego postępowania z dzieckiem. Należy zaznaczyć, że określenie ścieżki postępowania z uczestnikiem programu po zakończeniu przez niego udziału jest wskazane z uwagi na fakt zachowania ciągłości prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian lub podjęcia w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej leczenia wykrytych schorzeń. Ponadto zakończenie udziału w programie powinno być możliwe na każdym jego etapie.

Koszt całkowity programu oszacowano na 6 510 zł, przy czym kwota ta uwzględnia tylko koszty badań przesiewowych. Koszt jednostkowy badania przesiewowego oszacowano na 35 zł, jednak nie sprecyzowano co obejmuje powyższa kwota. Natomiast w kosztorysie nie uwzględniono działań edukacyjnych czy promocyjnych. Należy także pamiętać, aby w budżecie uwzględnić koszty przeprowadzenia monitorowania i ewaluacji.

Program ma być finansowany z budżetu gminy Osiecznica.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Wady postawy ciała stanowią w czasach współczesnych istotny problem zdrowotny. W krajach o wysokim stopniu rozwoju cywilizacyjnego wady te występują powszechnie, a chorobę przeciążeniową kręgosłupa można uznać za chorobę cywilizacyjną. Fizyczna postawa człowieka jest nawykiem ruchowym kształtującym się na określonym podłożu morfologicznym i funkcjonalnym oraz związanym z codzienną działalnością danej osoby. Jest wyrazem stanu fizycznego i psychicznego jednostki. Stanowi więc wskaźnik mechanicznej wydolności zmysłu kinetycznego, równowagi mięśniowej oraz koordynacji nerwowo-mięśniowej. W ciągu całego życia człowieka postawa ciała ulega zmianom – największym w okresie jego wzrostu. W wieku 7-10 lat, czyli w młodszym wieku szkolnym, występuje pierwszy okres krytyczny dla postawy fizycznej dziecka. Związany jest on ze zmianą trybu życia oraz przejściem z dużej swobody ruchu na kilkugodzinne przebywanie w pozycji siedzącej, której często towarzyszą niewłaściwe warunki. Dlatego też początek nauki w szkole powoduje zwykle pogorszenie postawy. Jednocześnie okres ten charakteryzuje się ogromną biologiczną potrzebą ruchu, która umiejętnie pokierowana może być najważniejszym stymulatorem rozwoju organizmu.

Alternatywne świadczenia

Kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad postawy, powinna być wykonywana u dzieci w momencie rozpoczynania nauki szkolnej (roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne), a następnie w klasach III i V szkoły podstawowej, w I klasach gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych. Zadanie to wpisane jest w obowiązki pielęgniarki lub higienistki szkolnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Powyższe działania reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2016 poz. 86).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522) określa wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Świadczenia gwarantowane w ramach rehabilitacji leczniczej są realizowane w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych. Rehabilitacyjna porada lekarska dla dzieci może obejmować m.in.: ogólną ocenę stanu zdrowia – badanie lekarskie; skierowanie na konsultację i badania dodatkowe; testy czynnościowe; ocenę aktywności ruchowej; ocenę odruchów ścięgnisto-okostnowych; pomiar długości kończyn i obwodów; ocenę chodu i lokomocji; punkcje lecznicze i iniekcje dostawowe; zlecenie na wyroby medyczne (przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze) oraz inne zlecenia i wnioski; skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe; końcową ocenę procesu usprawniania.

Ocena technologii medycznej

W ramach wyszukiwania odnaleziono wytyczne m.in. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF 2018), American Academy of Family Physicians (AAFP 2018), UK National Screening Committee (UK NSC 2016), American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Research Society (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatrics (AAP) z 2015 r.

USPSTF w swoich zaktualizowanych rekomendacjach (2018) stwierdziło, że obecne dowody naukowe nie są wystarczające do oceny bilansu korzyści i szkód związanych z przesiewem w kierunku wykrycia skoliozy młodzieńczej u dzieci i młodzieży w wieku od 10 do 18 lat. Poparcie dla ww. stanowiska wyraziło również (AAFP 2018).

Rekomendacje negatywne odnośnie prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wydało również UK NSC 2016. 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 AAOS, SRS, POSNA oraz 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 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. (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015).

AAOS, SRS, POSNA i AAP podkreślają, iż istnieje potrzeba prowadzenia skutecznych badań przesiewowych, jednak wyniki fałszywie dodatnie mogą prowadzić do tworzenia niepotrzebnych zaleceń oraz skierowań na dodatkową diagnostykę (m.in. RTG kręgosłupa). 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. (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015).

Dodatkowo AAOS, SRS, POSNA oraz AAP podkreślają istotną rolę edukacji personelu medycznego wykonującego testy przesiewowe. Służy to minimalizowaniu niepotrzebnych zaleceń oraz optymalizowaniu zasadności skierowań m.in. na RTG kręgosłupa – nie wszystkie dzieci w rezultacie przeprowadzonych badań przesiewowych wymagają dodatkowej diagnostyki. Jeśli prześwietlenie będzie wymagane, lekarze powinni zalecać szczególną ostrożność, aby zmniejszyć ekspozycję pacjentów na promieniowanie. W tym celu zachowana powinna być podstawowa zasada ochrony radiologicznej - ALARA (As Low As Reasonably Achievable)(AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015).

W roku 2014 w oparciu o wytyczne SOSORT 2011 opublikowane zostały polskie wytyczne w zakresie leczenia zachowawczego, ze szczególnym uwzględnieniem roli fizjoterapii. W wytycznych tych zaznaczono, iż o wyborze strategii leczniczej powinny decydować nie tylko jej zweryfikowanie zgodnie z zasadami EBM, ale także preferencje pacjenta i jego opiekunów oraz doświadczenie klinicysty w postępowaniu się określonym modelem postępowania.

Zgodnie ze zaktualizowanymi rekomendacjami SOSORT 2016 dotyczącymi skoliozy oraz zaburzeń prawidłowych funkcji kręgosłupa, szkolne programy przesiewowe rekomendowane są we wczesnej diagnozie skoliozy idiopatycznej. Należy podkreślić, iż zgodnie z wytycznymi, za każdym razem, gdy ocenie poddawane są dzieci w wieku od 8 do 15 lat, pediatrzy, specjaliści z zakresu medycyny sportowej oraz medycyny ogólnej, powinni przeprowadzać test Adamsa oraz posługiwać się skoliometrem. Rekomenduje się, aby kliniczna ocena występowania skoliozy obejmowała co najmniej: badanie kąta rotacji tułowia, aspekty estetyczne, ustawienie kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej. Inne możliwe oceny obejmują: poziom bólu, funkcje oddechowe, elastyczność i siłę kręgosłupa i stawów, rozbieżności w długości kończyn dolnych, równowagę i koordynację, jakość życia.

Warto podkreślić, iż 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).

Odnalezione dowody naukowe wskazują, że wartość predykcyjna wyniku dodatkiego standardowego badania przesiewowego jest wyjątkowo niska (5%), co oznacza, że 95% dzieci kierowanych jest w wyniku przesiewu na dalszą diagnostykę niepotrzebnie. Z badania Montgomery 1990 wynika, że

częstsze badania przesiewowe zwiększają o ok. 30% liczbę skierowań na dalszą diagnostykę, nie zmieniając liczby ostatecznych rozpoznań. Poprawę efektywności poprzez zmniejszenie liczby rozpoznań fałszywie dodatnich można osiągnąć, dobierając bardziej efektywne narzędzia przesiewowe, takie jak badanie fotogrametryczne Moire'a (Montgomery 1990).

Z badania Fong 2010 wynika, że wykonywanie samego testu zgięciowego jest niewystarczające, jest to metoda raczej subiektywna i zależna od doświadczenia i kompetencji badającego. Za względu na niewielki koszt i prostotę badania autorzy sugerują go nie wykluczać lecz stosować razem z dodatkowymi testami. Stosowanie oceny wartości kąta rotacji tułowia, oceny fotogrametrycznej Moire'a oraz rentgena w niskich dawkach lub kombinacji tych metod dowodzi trafności skierowań do specjalisty lecz brak jest wystarczających dowodów, że badania te wykazują dodatkowe korzyści.

Wyniki przeglądu systematycznego Sabirin 2010 wskazują, że zachorowalność na skoliozę występuje częściej u dziewcząt w wieku 11-14 lat. Ponadto wskazują, że brak jest silnych dowodów na to, że programy skryningowe są w stanie wykryć skoliozę w młodszym wieku, z niższym wynikiem krzywizny w skali Cobba oraz, że brak jest silnych dowodów na zmniejszenie liczby przeprowadzanych operacji dzięki prowadzonym programom przesiewowym. W publikacji zwraca się uwagę na duże ryzyko uzyskiwania wyników fałszywie pozytywnych/negatywnych w ramach skryningu w kierunku skoliozy. Sugeruje się prowadzenie przesiewu w kierunku skoliozy w grupach wysokiego ryzyka tj. u dziewcząt w wieku 12 lat.

Badanie radiologiczne jako istotne badanie dodatkowe jest związane z ekspozycją na promieniowanie w populacji dzieci/młodzieży poddanych dalszej diagnostyce –zwiększa ryzyko wystąpienia w przyszłości chorób nowotworowych, dlatego też wdrażane powinny być metody służące redukcji ich częstotliwości oraz zasada ochrony radiologicznej – ALARA.

Według opinii ekspertów klinicznych wady postawy stanowią poważne zagrożenie prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży. Pociągają one za sobą rozwój dysfunkcji narządu ruchu w wieku dorosłym, co prowadzi do ponoszenia przez budżet państwa związanych z tym kosztów (np. rehabilitacja, czasowa niezdolność do pracy, świadczenia rentowe).

Ponadto, zdaniem ekspertów klinicznych, do wzrostu liczby dzieci, u których występują wady postawy przyczynia się m.in. coraz niższa sprawność i odporność młodych osób, przeciążenie (zajęciami obowiązkowymi/dodatkowymi), siedzący tryb życia oraz ograniczenie aktywności ruchowej. Istotnym problemem jest także brak jednolitych programów dot. profilaktyki i korekcji wad postawy w skali krajowej oraz na obszarze poszczególnych.

Eksperci wskazują, że postępowanie terapeutyczne musi być zindywidualizowane, niewskazane jest realizowanie zajęć korekcyjnych w formie zajęć grupowych. Proces diagnostyczno-terapeutyczny nie powinien być realizowany przez osoby/ podmioty specjalizujące się wyłącznie w diagnostyce postawy ciała, bez odpowiedniego doświadczenia w praktyce zajęć korekcyjnych. Skuteczność ww. zajęć musi być systematycznie weryfikowana za pomocą badań diagnostycznych prowadzonych według tych samych standardów, co badania wstępne.

Prowadzone powinny być programy edukacyjne o prawidłowym odżywianiu i aktywności fizycznej, zapobiegające nadwadze i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Wzbożona powinna zostać także oferta pozalekcyjnych zajęć ruchowych. Zapewnione powinny zostać środki finansowe na prowadzenie gimnastyki korekcyjnej w szkołach.

Ponadto według ekspertów wymagane jest stałe weryfikowanie skuteczności programu poprzez systematyczne powtarzanie badań diagnostycznych prowadzonych wg standardów zgodnych z badaniem wstępnym.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.81.2018 „Badania przesiewowe wad postawy i kończyn dolnych u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym” realizowany przez: Gminę Osiecznica, Warszawa, czerwiec 2018, Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny” z marca 2018 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 141/2018 z dnia 18 czerwca 2018 roku o projekcie programu „Badania przesiewowe wad postawy i kończyn dolnych u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym” (gm. Osiecznica).