



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 189/2018 z dnia 13 września 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Trzymaj się prosto”
realizowanego przez: miasto Wrocław**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Trzymaj się prosto”.

Uzasadnienie

Negatywna opinia Prezesa Agencji spowodowana jest faktem, iż populacja docelowa programu nie jest zgodna z aktualnymi wytycznymi w przedmiotowym zakresie. Warto także 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. Natomiast interwencje w zakresie edukacji i działań korekcyjnych korespondują z aktualnymi rekomendacjami klinicznymi. Niemniej jednak wymagają one uszczegółowienia i dopracowania. Ponadto w projekcie nie wskazano, w jaki sposób prowadzona będzie ocena postawy ciała dzieci/młodzieży oraz jaki wynik badań przesiewowych zostanie uznany za nieprawidłowy. Reasumując powyższe kwestie uniemożliwiają wydanie pozytywnej opinii Prezesa Agencji.

Ponadto wiele elementów programu wymaga istotnego uzupełnienia i doprecyzowania.

Zaproponowane w projekcie cele programowe wymagają przeformułowania według zasady SMART. Mierniki efektywności powinny odnosić się do wszystkich celów programu i umożliwić jakościową i ilościową ocenę efektywności programu.

Monitorowanie i ewaluacja wymagają korekty, gdyż w obecnym kształcie nie spełniają swojego zadania. Warto pamiętać, że ewaluacja jest analizą danych, realizowaną w celu oceny efektów działań prowadzonych w ramach programu również w okresie długofalowym. Należy także podkreślić, że wyniki monitorowania i ewaluacji będą stanowić istotną część raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, zatem zasadnym jest prawidłowe opracowanie tych elementów programu.

W budżecie programu należy uwzględnić koszty monitorowania i ewaluacji programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wykrywania i zapobiegania wadom postawy wśród dzieci w wieku szkolnym. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 1 225 200 zł w latach 2018-2019 (2019-2020).

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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 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 i młodzieży w wieku szkolnym i 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 opisano sytuację epidemiologiczną w skali krajowej i lokalnej, jednak nie odniesiono się do map potrzeb zdrowotnych (MPZ) w przedmiotowym zakresie.

Zgodnie z MPZ w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa dolnośląskiego, w 2014 r. odnotowano 145 hospitalizacji z powodu rozpoznanych zakwalifikowanych jako choroby kręgosłupa (wśród dzieci). Liczba hospitalizacji wyniosła 29,69 na 100 tys. mieszkańców i była to 8. wartość wśród województw.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „zapobieganie pogłębianiu się i utrwalaniu wad postawy ciała u dzieci i młodzieży szkolnej Wrocławia poprzez wczesne ich wykrywanie, korygowanie, dbanie o prawidłową sylwetkę ciała oraz kształtowanie nawyku aktywności ruchowej”. Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie wytyczony (w odniesieniu do planowanego czasu), a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Natomiast ww. cel stanowi działania możliwe do podjęcia, a nie rezultaty, jakie zamierza się osiągnąć w wyniku ich realizacji. Zatem cel główny programu powinien zostać przeformułowany.

W treści projektu programu wskazano 8 celów szczegółowych, przy czym podobnie jak w przypadku założenia głównego 5 z nich zostało sformułowanych w postaci działań i wymaga przekonstruowania („ocena postawy ciała dzieci i młodzieży na podstawie badania lekarskiego i kwalifikacji do programu”, „udzielanie dzieciom i ich rodzicom konsultacji dotyczących zdiagnozowanych nieprawidłowości w postawie ciała oraz instruktazu ćwiczeń fizycznych do systematycznego wykonywania w warunkach domowych”, „wzmocnienie mięśni odpowiedzialnych za utrzymanie prawidłowej postawy ciała”, „kształtowanie u dzieci i młodzieży nawyku prawidłowej postawy ciała podczas zajęć lekcyjnych oraz w warunkach domowych” oraz „motywowanie dzieci i młodzieży szkolnej do aktywnego spędzania czasu wolnego oraz udziału w zajęciach sportowo-rekreacyjnych”).

Należy wskazać, że dobrze sformułowany cel powinien być zgodny z koncepcją SMART, według której powinien on być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Założenia programu nie są w pełni zgodne z regułą SMART i wymagają korekty.

W ocenianym projekcie określono 14 mierników efektywności, a 13 z nich ma charakter ilościowy. Wskaźniki te mogą zostać wykorzystane do oceny zgłaszalności, jednak nie umożliwią one obiektywnego i precyzyjnego zmierzenia stopnia realizacji wyznaczonych celów. Charakter ilościowo-jakościowy prezentuje jedynie miernik „liczba rozpoznanych wad postawy u dzieci i młodzieży, zgłaszających się do Programu”. Ponadto przedstawione mierniki nie odnoszą się do wszystkich wyznaczonych celów. Nie wskazano miernika odnoszącego się do zmniejszenia absencji na lekcjach wychowania fizycznego, wzrostu poziomu wiedzy wśród uczniów, rodziców/opiekunów, nauczycieli czy motywowania do aktywnego spędzania czasu wolnego.

Należy zaznaczyć, że mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, a także powinny być wyrażone w odpowiednich jednostkach miary. Wartości wskaźników powinny być określane przed i po realizacji programu,

ponieważ dopiero zmiana uzyskana w zakresie tych wartości, stanowi o wadze osiągniętego efektu programu. Podsumowując element programu dotyczący mierników efektywności wymaga doprecyzowania.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dzieci i młodzież w wieku 4-15 lat. Liczbę osób we wskazanym przedziale wiekowym, zameldowanych na terenie Wrocławia, oszacowano na 68 988, co jest zbliżone do danych GUS za 2017 r. (66 418 osób). W projekcie przyjęto, że w każdym roku szkolnym planuje się objąć działaniami diagnostyczno-korekcyjnymi 4 200 dzieci. Jednakże nie uzasadniono wyboru wskazanej liczebności populacji docelowej. Jednocześnie z zapisów projektu wynika, że podczas trzech kolejnych edycji programu działaniami może być objętych ok. 25 000 dzieci i młodzieży. Nie sprecyzowano jednak, w jaki sposób została oszacowana liczebność populacji docelowej (25 000 osób). Warto zaznaczyć, że przedstawiony kosztorys realizacji zadań w ramach ocenianego programu uwzględnia 4 200 uczestników rocznie. Kwestie dotyczące liczebności populacji wymagają doprecyzowania.

Zgodnie z wytycznymi w przedmiotowym zakresie przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania wad postawy zalecane jest dwukrotnie u dziewczynek – w 10 i w 12 r. oraz jednokrotnie u chłopców – w 13 lub w 14 r.ż. (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015). Natomiast 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).

Zatem wiek populacji wskazanej w projekcie nie pokrywa się z ww. rekomendacjami i wymaga weryfikacji.

W projekcie przedstawiono kryteria włączenia i wykluczenia uczestników z programu. Przy czym nie wskazano, jakie wyniki badań będą podstawą do zakwalifikowania uczestników do dalszych etapów programu, co stanowi istotne ograniczenie projektu.

Interwencja

W ramach programu przewidziano następujące interwencje:

- działania o charakterze informacyjno-edukacyjnym skierowane do dzieci/młodzieży, ich rodziców oraz nauczycieli/wychowawców, które zostaną zakończone badaniami kwalifikującymi do gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej;
- zajęcia korekcyjne (6-tygodniowy cykl, składający się z 6 godzin zajęć na salach gimnastycznych oraz 6 godzin zajęć na basenie);
- badania kontrolne.

Działania informacyjno-edukacyjne zostaną skierowane do dzieci/młodzieży, rodziców/opiekunów prawnych oraz nauczycieli/wychowawców. Wskazano zakres planowanej edukacji w odniesieniu do dzieci/młodzieży, natomiast nie odniesiono się w sposób szczegółowy do działań edukacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych oraz nauczycieli/wychowawców, co należy uzupełnić.

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. Rekomendacje Ministra Zdrowia (2009) wskazują, że nauczyciele/wychowawcy są jednymi z realizatorów działań profilaktycznych w środowisku nauczania i wychowani oraz określają ich zadania w tym zakresie.

W projekcie zaplanowano sprawdzenie wzrostu poziomu wiedzy dotyczącej wad postawy wśród dzieci oraz ich rodziców za pomocą badania ankietowego. Jednak ww. działania dotyczące edukacji zdrowotnej nie odnoszą się do powyższej kwestii.

W ramach badania kwalifikującego do gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej lekarz ortopeda ma ocenić postawę dziecka i określić nieprawidłowości w ustawieniu oraz omówić z rodzicami ewentualne wady w postawie dziecka. Kierując dziecko na gimnastykę korekcyjno-kompensacyjną lekarz ma wskazać ilość oraz rodzaj ćwiczeń oraz zalecenia dla fizjoterapeuty. W projekcie nie sprecyzowano, w jaki sposób prowadzona będzie wspomniana ocena postawy ciała dzieci/młodzieży. Dzieci/młodzież z wadą postawy kwalifikującą do leczenia specjalistycznego (np. skolioza) skierowane zostaną na diagnostykę specjalistyczną w ramach NFZ.

Warto zaznaczyć, że zgodnie z rekomendacjami SOSORT 2016 (wydanymi w roku 2018), kliniczna ocena występowania skoliozy powinna obejmować co najmniej: badanie kąta rotacji tułowia, aspekty estetyczne oraz 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.

Należy zaznaczyć, że aktualne rekomendacje kliniczne dotyczące wad postawy nie są spójne co do zaleceń w zakresie zasadności przeprowadzania badań w populacji bezobjawowej.

Część wytycznych wskazuje na zasadność stosowania skryningu w kierunku skoliozy (Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment SOSORT 2018, SOSORT 2016, SOSORT 2014, American Academy of Orthopedic Surgeons AAOS, Scoliosis Research Society SRS, Pediatric Orthopedic Society of North America POSNA i)/ American Academy of Pediatrics AAP 2015).

Przeciwne podejście prezentują wytyczne UK National Screening Committee (UK NSC 2016), które nie rekomendują prowadzenia skryningu. 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 (AAFP 2018).

Dodatkowo należy zaznaczyć, że w przeglądzie systematycznym Montgomery 1990 wskazuje się na niską wartość predykcyjną wyniku dodatniego standardowego badania przesiewowego w kierunku wad postawy (ok. 5%), co oznacza, że 95% dzieci kierowanych jest w wyniku przesiewu na dalszą diagnostykę niepotrzebnie. Ponadto zgodnie z wynikami wspomnianego przeglądu, częstsze badania przesiewowe zwiększają o ok. 30% liczbę skierowań na dalszą diagnostykę, nie zmieniając liczby ostatecznych rozpoznań.

Dzieci, u których wykryta zostanie wada postawy, skierowane zostaną do dalszego etapu programu, w ramach którego realizowane są działania korekcyjne prowadzone na salach gimnastycznych oraz basenach kąpielowych. Założono, że do etapu tego skierowanych zostanie max. 3 000 osób (75% populacji poddanej przesiewowi). Cykl zajęć dla każdego uczestnika będzie prowadzony przez 6 tygodni. Składa się on łącznie z 6 godzin zajęć na sali gimnastycznej (1 godzina tygodniowo) oraz 6 godzin zajęć na basenie (1 godzina tygodniowo). Wskazano, że w pozostałe dni tygodnia ćwiczenia powinny być wykonywane w warunkach domowych (zaznaczono, że wykonanie pełnego zestawu ćwiczeń zajmuje ok. 20 minut). Z przedstawionych kosztów wynika, że zajęcia korekcyjno-kompensacyjne prowadzone będą w 10-osobowych grupach.

Odnosząc się do planowanych zajęć na basenie, należy wskazać, że nie ma 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, ale 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. Zajęcia ruchowe na basenie mogą mieć charakter profilaktyczny. Warto także podkreślić istotną rolę społeczną sportu. Zgodnie z aktualnymi rekomendacjami SOSORT 2016 pacjenci ze skoliozą powinni aktywnie uczestniczyć w zajęciach sportowych.

Eksperti kliniczni wskazują, 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 projekcie nie wskazano wprost, jaki zakres ćwiczeń będzie dostępny dla uczestników. Mając na uwadze odnalezione dowody naukowe (Negrini 2008) należy jednak stwierdzić, że nie jest możliwe dokładne określenie szczegółowego planu ćwiczeń z uwagi na fakt, że plan ten powinien być dopasowany indywidualnie do pacjenta. Należy wskazać, że powinno obowiązywać indywidualne podejście do każdego dziecka zmagającego się z problemem wad postawy. Podejście to powinno odznaczać się przede wszystkim zróżnicowanym doбором ćwiczeń i/lub ich odmiennym wykonywaniem. Ćwiczenia grupowe są dopuszczalne nawet w zaawansowanych przypadkach skolioz (wynika to głównie z przyczyn ekonomicznych), ale muszą być wykonywane w tzw. systemie stacyjnym. Jeśli dysponuje się odpowiednim sprzętem, na poszczególnych stanowiskach każdy z członków grupy powinien wykonywać indywidualnie dobrane ćwiczenia. Z treści projektu nie wynika czy w przypadku planowanej zajęć korekcyjnych powyższe warunki zostaną spełnione.

Odnalezione rekomendacje (NSF 201016, 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 plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu danej osoby, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności oraz ciągłości procesu rehabilitacji.

Ostatnim etapem realizacji programu będą badania kontrolne prowadzone po zakończeniu cyklu zajęć korekcyjnych. Przewidziano ponowne badanie postawy ciała przez lekarza ortopedę, jednak nie określono metod, na których będzie się opierało ww. badanie. Specjalista ma ocenić postępy dziecka i na ich podstawie ustalić dalsze postępowanie oraz przekazać rodzicom/opiekunom prawnym wskazania profilaktyczno-lecznicze uzasadniające dalszą opiekę ortopedyczną/rehabilitacyjną.

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.

Monitorowanie i ewaluacja

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie: liczby uczniów biorących udział w programie, liczby uczniów zgłaszających się na badania kontrolne po 6 tygodniach zajęć oraz liczby uczniów rezygnujących z kontynuowania udziału w programie. Ponadto w ramach mierników efektywności przedstawiono wskaźniki, które również mogą posłużyć ocenie zgłaszalności.

Ocena jakości świadczeń odbędzie się na podstawie ankiety satysfakcji wśród uczestników. Przy czym do projektu nie załączono wzoru kwestionariusza, zatem nie była możliwa weryfikacja treści dokumentu .

Ewaluacja będzie opierać się na podstawie wskazanych w projekcie mierników efektywności. Należy zaznaczyć, że zaproponowane mierniki nie umożliwią obiektywnego i precyzyjnego zmierzenia stopnia realizacji wszystkich wyznaczonych celów. Ponadto w ocenie efektywności mają zostać uwzględnione wskaźniki: liczba badań kwalifikacyjnych oraz kontrolnych, liczba dzieci z nieprawidłowościami w postawie ciała skierowanych na gimnastykę korekcyjno-kompensacyjną oraz basen, odsetek dzieci bez wad postawy, poziom wzrostu wiedzy dzieci i rodziców, dotyczącej wad postawy (badanie ankietowe) oraz analiza statystyczna i epidemiologiczna wyników badań kwalifikacyjnych i kontrolnych. Reasumując ewaluacja programu wymaga korekty, szczególnie w odniesieniu do zaproponowanych mierników efektywności.

Warunki realizacji

Wybór realizatorów programu ma się odbyć w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Przystawiono także wymagania wobec realizatorów względem kwalifikacji personelu, wyposażenia oraz warunków lokalowych. Realizator programu będzie musiał zapewnić odpowiednią bazę lokalowo-sprzętową (użyczoną lub wynajętą, gabinety do konsultacji lekarskich, sale do gimnastyki korekcyjnej, baseny kąpielowe) oraz zespół specjalistów z odpowiednimi

kwalifikacjami i doświadczeniem zawodowym (m.in. lekarze ortopedzi, fizjoterapeuci, instruktorzy pływania).

W treści projektu zawarto schemat organizacyjny programu.

Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnej. Należy zaznaczyć, że przewidziane działania informacyjne powinny być dostosowane do specyfiki populacji docelowej oraz pozwolić na uzyskanie jak największej zgłaszalności do programu.

Odniesiono się także do sposobu zakończenia udziału w programie.

W treści projektu występują rozbieżności dotyczące okresu realizacji programu. Wskazuje się na lata 2018-2019 oraz 2019-2020. Wspomina się także o „trzech kolejnych edycjach programu”, a jednocześnie zaznacza, że „program ma charakter wieloletni, będzie realizowany w edycjach 2-letnich”. Powyższe zapisy należy uściślić.

Koszt całkowity programu oszacowano na 1 225 200 zł. Koszt jednostkowy udziału dziecka w programie ma wynieść 196,20 zł. W budżecie należy także uwzględnić koszty monitorowania i ewaluacji programu.

Program finansowany będzie z budżetu miasta Wrocław (1 036 200 zł) oraz z dopłat rodziców (189 000 zł). Przy czym zaznaczono, że z dopłat będą zwolnieni rodzice/opiekunowie prawni dzieci z rodzin wielodzietnych, posiadających uprawnienia Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej do korzystania z programu „Dwa plus trzy i jeszcze więcej” (oszacowano, że ok. 25% dzieci korzystających z planowanych zajęć będzie zwolnionych z dopłat – 750 osób). Jednakże należy podkreślić, że wprowadzenie dopłat dla rodziców może stanowić barierę w dostępie do programu i zniechęcać do udziału w programie, skoro planowane interwencje są dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych.

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 posługiwaniu 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 dodatniego 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 młodszy 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.

Eksperti 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. Wzbogacona 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 ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.155.2018 „Trzymaj się prosto” realizowany przez miasto Wrocław, Warszawa, sierpień 2018, Aneksu „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny” z marca 2018 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 250/2018 z dnia 10 września 2018 roku o projekcie programu „Program promocji zdrowia i zapobiegania wadom postawy u dzieci i młodzieży szkolnej »Trzymaj się prosto«, okres realizacji: 2019-2020” (m. Wrocław).