



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 13/2020 z dnia 28 lutego 2020 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program
przeciwdziałania wadom postawy u dzieci w Gminie Walce na lata
2020-2022”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program przeciwdziałania wadom postawy u dzieci w Gminie Walce na lata 2020-2022”.

Uzasadnienie

Negatywna opinia Prezesa Agencji spowodowana jest faktem, iż projekt został przygotowany w sposób zbyt ogólny i nieprecyzyjny. W treści projektu istnieją liczne rozbieżności w zapisach m.in. dotyczące populacji. Treść programu nie wskazuje jakie narzędzia i skale zostaną wykorzystane podczas oceny stanu dziecka, a zatem niemożliwe jest jednoznaczne określenie czy wykrywanie wad postawy zostanie przeprowadzone zgodnie z aktualnymi wytycznymi klinicznymi. W przypadku dzieci zakwalifikowanych do gimnastyki korekcyjnej nie określono liczby spotkań, w których będą mogły one uczestniczyć. Wymieniono także inne aktywności fizyczne, jednak nie opisano kto będzie mógł z nich korzystać ani na jakich warunkach. Wady postawy ciała stanowią istotny problem zdrowotny we współczesnym świecie i wszelkie działania zwiększające ogólną aktywność fizyczną dzieci i młodzieży są zalecane, jednak powyższe kwestie oraz pozostałe uwagi dotyczące poszczególnych elementów programu uniemożliwiają wydanie pozytywnej opinii Prezesa Agencji dla projektu w obecnym brzmieniu.

Poniżej przedstawiono najważniejsze uwagi dotyczące poszczególnych elementów programu:

- Cel główny został sformułowany nieprawidłowo, gdyż nie jest on oczekiwanym i docelowym stanem po realizacji programu, do którego należy dążyć podczas trwania programu.
- Cele szczegółowe nie są sformułowane poprawnie, gdyż powinny odnosić się do skutków zastosowania danych interwencji oraz stanowić uzupełnienie celu głównego.
- Przedstawione w projekcie mierniki efektywności nie umożliwiają przeprowadzenia obiektywnej i precyzyjnej oceny stopnia realizacji celów.
- Populacja docelowa nie jest zdefiniowana w sposób jasny i przejrzysty. Ponadto nie przedstawiono listy kryteriów kwalifikacji (włączenia) oraz wykluczenia dla



poszczególnych interwencji. Wybór określonej populacji nie został uzasadniony w oparciu o piśmiennictwo.

- Projekt nie zawiera poprawnego opisu interwencji (działań), jakie będą realizowane w ramach programu. Podane są jedynie ogólne stwierdzenia. Brak jest szczegółowego przedstawienia zarówno opisu planowanych interwencji o charakterze diagnostycznym (m.in. testy i skale diagnostyczne, obiektywne kryteria kwalifikacji; szczegółowo zaplanowane ścieżki terapeutyczne – forma terapii, dawkowanie: czas trwania spotkania, całkowita liczba spotkań) jak i działań edukacyjnych (m.in. pomiaru przyrostu wiedzy). Każda z interwencji powinna być przedstawiona w sposób jasny i szczegółowy.
- W projekcie brak jest opisu czy i w jakim zakresie planowane interwencje mieszczą się w katalogu świadczeń gwarantowanych oraz w jaki sposób są z nimi spójne merytorycznie i/lub organizacyjnie.
- Interwencje w projekcie nie zostały przygotowane w oparciu o dowody naukowe lub rekomendacje, wytyczne, np. lekarskich towarzystw naukowych.
- Monitorowanie i ewaluacja nie zostały zaplanowane właściwie, przez co prowadzenie bieżącej oceny oraz dokonanie oceny efektów po zakończeniu działań będzie utrudnione.
- Uwagi do budżetu?

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt PPZ gminy Walce dot. wczesnego wykrywania wad postawy skierowany do dzieci uczęszczających do szkoły podstawowej. Planowany koszt całkowity realizacji programu oszacowano na ok. 40 000 zł rocznie. Okres realizacji programu to lata 2020-2022.

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 2019 r., poz. 1373) 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 problemu zdrowotnego jakim są wady postawy wśród dzieci w wieku szkolnym. W treści projektu w sposób ogólny odniesiono się do przyczyn, profilaktyki i badań przesiewowych w zakresie nieprawidłowej postawy ciała.

Projekt programu częściowo wpisuje się w następujący priorytet zdrowotny: „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 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

W projekcie nie zamieszczono wykazu piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

Wnioskodawca odniósł się w sposób zdawkowy do sytuacji epidemiologicznej przedstawiając dane krajowe (powołując się na Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka oraz badania epidemiologiczne). Nie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych, sytuacji regionalnej ani lokalnej.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych (MPZ), w 2016 roku w województwie opolskim odnotowano 0,02 tys. hospitalizacji dzieci z powodu rozpoznanych, zakwalifikowanych jako choroby kręgosłupa,

co stanowiło 6,27% wszystkich hospitalizacji dzieci z powodu rozpoznania, które zakwalifikowano do grupy choroby układu kostno-mięśniowego

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „wczesne wykrywanie i niwelowanie wad postawy ciała u dzieci i młodzieży”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Cel powinien być sformułowany tak, aby był to oczekiwany i docelowy stan po realizacji programu polityki zdrowotnej. Zawarty w projekcie cel główny został sformułowany nieprawidłowo – w postaci działania.

W treści projektu wskazano 6 celów szczegółowych:

- (1) „zapobieganie powstawaniu wad postawy”
- (2) „zapobieganie pogłębianiu się wad postawy”
- (3) „kształtowanie nawyków prawidłowej postawy ciała u dzieci”
- (4) „zwiększanie aktywności fizycznej wśród dzieci”
- (5) „szerzenie edukacji zdrowotnej w zakresie chorób kręgosłupa, nadwagi, płaskostopia”
- (6) „zwiększenie dostępności do ćwiczeń leczniczych”

Realizacja pierwszego celu szczegółowego wydaje się utrudniona ze względu na przesiewowy charakter programu oraz brak szczegółowego odniesienia do działań edukacyjnych. Cele szczegółowe 2, 3, 4 zostały sformułowane na dużym poziomie ogólności. W związku z powyższym utrudniony będzie prawidłowy dobór mierników efektywności. Piąty cel szczegółowy został sformułowany niepoprawnie – w postaci działania. Z kolei szósty cel szczegółowy nie odnosi się do efektu zdrowotnego.

W projekcie programu zaproponowano jeden miernik efektywności: „odsetek dzieci zakwalifikowanych do grup ryzyka w podziale na rodzaje schorzeń”. Dodatkowo wskazano, że „w okresie między badaniami część dzieci objęta zostanie obserwacją, podczas której prowadzony będzie bilans zdrowia. Dzięki niemu będzie można zmierzyć dalszy rozwój wady i określić potrzebę dalszego leczenia. Coroczne wyniki badań lekarskich będą porównywane z badaniami lat ubiegłych w celu zmierzenia skuteczności i przydatności programu”. Należy zaznaczyć, że mierniki powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Przedstawiony przez wnioskodawcę wskaźnik nie spełnia funkcji miernika efektywności. Z kolei zaproponowany w projekcie bilans jest działaniem zasadnym, jednak w kontekście zmierzenia efektów powinien być przeprowadzony u wszystkich włączonych do PPZ dzieci. Należy jednak podkreślić, że nie wskazano jakie konkretnie parametry będą sprawdzane podczas ww. bilansu oraz jakie będą wykorzystywane testy i skale. Biorąc pod uwagę powyższe, nie przedstawiono żadnego, w pełni poprawnie sformułowanego miernika efektywności.

Populacja docelowa

Działania realizowane w ramach programu skierowane będą do dzieci uczęszczających do szkół podstawowych z terenu gminy Walce. Istnieją jednak rozbieżności w zapisach projektu dot. populacji: „badania będą dotyczyły całej populacji dzieci uczęszczającej do szkół podstawowych”, „realizatorzy programu przy współpracy z gronem pedagogicznym, rodzicami uczniów, higienistkami szkolnymi, lekarzem ortopedą i rehabilitantami będą co roku poddawać badaniom okresowym jak największą liczbę dzieci w wieku 6-7 lat” oraz „w ramach programu każdy uczeń szkół podstawowych klas 1-3 będzie mógł skorzystać z bezpłatnych badań w kierunku wykrycia wady postawy” oraz wskazuje się także na grupę dzieci wyłącznie z klas pierwszych. W związku z powyższym nie jest jasne do jakiej populacji adresowane będą zaplanowane interwencje. Dodatkowo w punkcie dot. populacji docelowej wskazuje się na udział 50 dzieci rocznie, zaś w przedstawionej tabeli zawarto liczbę osób w klasach 1-3 z podziałem na lata (2019/2020, 2020/2021, 2021/2022) oraz liczbę dzieci przebadanych. Jednak powyższe kwestie również pozostają niejasne.

Nie określono kryteriów włączenia do programu. Wnioskodawca wskazał jedynie, że „kryterium formalnym udziału w programie będzie podpisanie przez rodzica/opiekuna prawnego świadomej zgody na uczestnictwo w zaproponowanej akcji profilaktycznej”. Dodatkowo w PPZ nie będą mogły wziąć udziału dzieci, u których występują przeciwwskazania do przeprowadzenia zaplanowanych działań. Nie wskazano jednak szczegółów w tym zakresie.

Interwencja

W ramach PPZ zaplanowano realizację następujących interwencji:

- badanie przesiewowe (ocena postawy ciała, chodu i równowagi);
- grupowe i indywidualizowane zajęcia korekcyjne.

W projekcie nie sprecyzowano jakie działania zostaną wykonane w ramach zaproponowanych interwencji.

Za kwalifikację dziecka do gimnastyki korekcyjnej odpowiedzialny ma być lekarz, który w wyniku badań przesiewowych przydzieli uczestników do grup ćwiczeniowych z uwzględnieniem rodzaju schorzenia. Określono, że dokonana zostanie ocena postawy ciała, chodu i równowagi. Nie zaproponowano jednak konkretnych narzędzi i skal, które będą wykorzystywane podczas oceny stanu dziecka. Dodatkowo nie wskazano wartości parametrów narzędzi i skal, przy których uczestnik zostanie włączony do danej ścieżki terapeutycznej.

Należy także 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. W przeglądzie Sabirin 2010 stwierdzono również, że nie ma silnych dowodów na to, że programy skryningowe są w stanie wykryć skoliozę w młodszym wieku, z niższym wynikiem krzywizny w skali Cobba.

Należy podkreślić, 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). Przeciwnie 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).

SOSORT 2016 wskazuje, że 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.

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 wychowania oraz określają ich zadania w tym zakresie.

Należy również podkreślić, iż zgodnie z aktualnymi rekomendacjami SOSORT 2016 pacjenci ze skoliozą powinni aktywnie uczestniczyć w zajęciach sportowych. Odnalezione rekomendacje (NSF 2010, 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. Plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu danej osoby, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności oraz ciągłości procesu rehabilitacji.

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.

Reasumując, działania zaplanowane w ramach projektu częściowo wpisują się w zalecenia kliniczne w przedmiotowym zakresie. Jednak zostały one opisane zbyt ogólnie i nieprecyzyjnie, a ponadto istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt zakłada przeprowadzenie monitorowania i ewaluacji programu, jednak nie zostały one zaplanowane poprawnie. Należy pamiętać, że monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania bieżących danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie trwa do momentu zakończenia realizacji PPZ. Po zakończeniu PPZ przeprowadzana jest ewaluacja, które jest analizą danych z PPZ, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań. W ramach ewaluacji porównywany jest stan sprzed wprowadzenia działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej wszystkich zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Zawarte w projekcie zapisy nie umożliwią realizacji wymienionych wyżej zadań w wystarczającym stopniu.

Ocena zgłaszalności do programu ma być dokonywana na podstawie analizy bazy danych dzieci poddanych badaniu w danym roku szkolnym oraz listy obecności na zajęciach korekcyjnych. Jest to rozwiązanie, które utrudni przeprowadzenie obiektywnej analizy realizacji programu. W ramach oceny zgłaszalności należy monitorować co najmniej: liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie, liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów), a także liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu. Ponadto treść programu należy uzupełnić o opis tworzenia raportów okresowych, np. półrocznych lub rocznych.

Ocena jakości świadczeń w projekcie jest prowadzona w oparciu o ankietę satysfakcji. Nie wskazano jednak czy ankietę będzie udostępniona wszystkim rodzicom/opiekunom prawnym. Zapis gwarantujący równy dostęp do ankiety satysfakcji dla wszystkich rodziców/opiekunów prawnych należy zamieścić w treści poprawionego projektu.

Ewaluacja nie została zaplanowana poprawnie. W zakresie ewaluacji należy odnieść się do efektów zdrowotnych uzyskanych i utrzymujących się po zakończeniu programu polityki zdrowotnej, m. in. na podstawie wcześniej określonych mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej. Należy podkreślić, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu. W projekcie nie zaplanowano przeprowadzenia analizy stanu aktywności fizycznej wśród dzieci wraz z identyfikacją czynników ją obniżających.

Warunki realizacji

W projekcie nie wskazano sposobu wyboru realizatora. Należy podkreślić, że zgodnie z zapisami ustawowymi realizator powinien być wybrany w drodze konkursu ofert.

W projekcie programu nie przedstawiono kosztu jednostkowego na jednego pacjenta. Nie przedstawiono też kosztów pojedynczych świadczeń. Określono natomiast koszty poszczególnych etapów PPZ.

Koszt całkowity został oszacowany na 40 000 zł rocznie. Program ma zostać sfinansowany w całości ze środków gminy Walce.

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 ścięgno-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 opracowaniu uwzględniono wytyczne i rekomendacje następujących organizacji:

- USPSTF 2018 – U.S. Preventive Services Task Force
- AAFP 2018 – American Academy of Family Physicians
- UK NSC 2016 – UK National Screening Committee
- AAOS 2015 – American Academy of Orthopedic Surgeons
- SRS 2015 – Scoliosis Research Society
- POSNA 2015 – Pediatric Orthopedic Society of North America
- AAP 2015 – American Academy of Pediatrics

USPSTF 2018 w swoich zaktualizowanych rekomendacjach 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. Zgodnie z ww. rekomendacjami USPSTF 2018 dokładność testu przesiewowego była najwyższa (czułość 93,8%, swoistość 99,2%), gdy zastosowano trzy odrębne metody (np. test zgięciowy, pomiar z wykorzystaniem skoliometru i topografia Moiré). Czuość była natomiast niższa, gdy programy badań przesiewowych wykorzystywały tylko jedną lub dwie metody (np. 71,1% dla testu zgięciowego oraz pomiarów z wykorzystaniem skoliometru czy 84,4% dla samego testu zgięciowego). W wyniku skryningu przeprowadzonego z zastosowaniem trzech różnych metod w postaci testu zgięciowego, pomiaru z wykorzystaniem skoliometru i topografii Moiré zauważalny był niski poziom wyników fałszywie ujemnych (6,2%) i najniższy poziom wyników fałszywie dodatnich (0,8%). W przypadku zastosowania tylko jednego testu wyników fałszywie ujemnych i fałszywie dodatnich było zdecydowanie więcej (np. test zgięciowy – 15,6% wyników fałszywie ujemnych i 4,8% wyników fałszywie dodatnich). Dodatkowo badania przeprowadzone za pomocą trzech ww. metod cechowały się najwyższą wartością predykcyjną dodatnią – 81% (95% CI, 80.3% to 81.7%). Wartość predykcyjna dodatnia w przypadku zastosowania dwóch metod (np. test zgięciowy, pomiar z wykorzystaniem skoliometru) wahała się od 29,3% (95% CI, 20.3% to 39.8%) do 54,1% (95% CI, 40.8% to 66.9%), natomiast w przypadku zastosowania tylko jednej metody wynosiła od 5% (95% CI, 3.4% to 7.0%) do 17,3 (95% CI, 11.7% to 24.2%).

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. Wzrogacona 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.

PREZES

dr n. med. Roman Topór-Mądry

/dokument podpisany elektronicznie/

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 2019 r., poz. 1373), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.202.2019 „Program przeciwdziałania wadom postawy u dzieci w gminie Walce na lata 2020-2022” realizowany przez: gminę Walce, Warszawa, luty 2020; Aneksu „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny” z marca 2018 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 39/2020 z dnia 17 lutego 2020 roku o projekcie programu „Program przeciwdziałania wadom postawy u dzieci w gminie Walce na lata 2020-2022”.