



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 60/2023 z dnia 9 października 2023 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Badanie wad postawy uczniów klas II-VIII szkół podstawowych
i szkół ponadpodstawowych z Powiatu Złotoryjskiego oraz
wdrożenie postępowania usprawniającego wykrytych wad
na lata 2023-2027”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Badanie wad postawy uczniów klas II-VIII szkół podstawowych i szkół ponadpodstawowych z Powiatu Złotoryjskiego oraz wdrożenie postępowania usprawniającego wykrytych wad na lata 2023-2027”.

Uzasadnienie

Świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zakładają przeprowadzenie kompleksowej oceny stanu zdrowia dziecka w okresie wzrastania, obejmującej m.in. diagnostykę wad postawy. Wykonanie badania przesiewowego w kierunku wykrywania wad postawy znajduje się w obowiązkach pielęgniarki lub higienistki szkolnej. Jest ono wykonywane pięciokrotnie – w okresach szczególnie istotnych w rozwoju dziecka.

Negatywna opinia w odniesieniu do projektu programu polityki zdrowotnej wynika przede wszystkim z faktu, że brak jest dowodów na lepszą identyfikację wad postawy u dzieci i młodzieży wskutek zwiększenia częstości wykonywania badania przesiewowego. Na taki wniosek wskazują odnalezione wytyczne kliniczne oraz rekomendacje towarzystw naukowych. Należy zarazem podkreślić, że zgodnie z danymi z badań naukowych wartość predykcyjna badań przesiewowych w populacji ogólnej jest niska, a zatem wysoki odsetek osób uzyskujących wynik dodatni w takim badaniu dotyczy osób w rzeczywistości zdrowych.

Na opinię negatywną wpłynęły również liczne uchybienia obecne w projekcie, wśród których najbardziej poważnymi są: brak oszacowania całkowitego budżetu programu, niepoprawnie sformułowany cel główny i wskaźniki efektywności interwencji, brak celów szczegółowych, a także niejasności w zapisach dotyczących szacunków populacji docelowej.

Wytyczne i rekomendacje oraz eksperci wskazują, że podstawową rolę w profilaktyce wad postawy odgrywa regularna aktywność ruchowa dzieci i młodzieży. Działania skoncentrowane na tym aspekcie powinny stanowić główny element programu profilaktyki wad postawy. W programach polityki zdrowotnej należy stosować rozwiązania, które będą sprzyjały samodzielnemu podejmowaniu regularnej aktywności ruchowej, w tym także po zakończeniu realizacji programu, gdyż zapewni to trwałość uzyskanych efektów. Celem programu powinno być przede wszystkim wytworzenie i utrwalenie właściwych nawyków w zakresie aktywności fizycznej.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci z klas II-VIII szkół podstawowych oraz szkół ponadpodstawowych z terenu powiatu złotoryjskiego. Zaplanowano badanie przesiewowe w kierunku wad postawy, działania informacyjno-edukacyjne, oraz zajęcia terapeutyczne (grupowe i indywidualne). Program ma być realizowany w latach 2023-2027, w dokumencie nie oszacowano całkowitego kosztu jego realizacji.

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 2022 r., poz. 2561 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

Projekt programu odnosi się do problemu zdrowotnego wad postawy u dzieci w wieku szkolnym. Przedstawiono informacje na temat postawy ciała, typów wad postawy i ich diagnostyki, wpływu środowiska na powstawanie wad postawy u dzieci oraz zagrożeń zdrowotnych z tym związanych w tej populacji.

Projekt programu nie zawiera wykazu piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowano opis problemu zdrowotnego, co wymaga uzupełnienia.

Sytuację epidemiologiczną korespondującą z przedmiotowym problemem zdrowotnym przedstawiono w oparciu o dane europejskie i ogólnopolskie. W dokumencie odniesiono się do nieaktualnych Map Potrzeb Zdrowotnych.

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazuje się m.in., że w Polsce w 2019 roku było rehabilitowanych 3,34 miliona pacjentów w ramach NFZ. Wśród nich 10% pacjentów stanowiły osoby w wieku 0-17 lat, 51,9% w wieku 18-64 lata i 38,1% w wieku od 65 lat wzwyż. 76,6 % wszystkich rehabilitowanych pacjentów nie miało wydanego orzeczenia o niepełnosprawności, 5% było niepełnosprawnych w stopniu lekkim, 11,2% w stopniu umiarkowanym, 5,5% w stopniu znacznym oraz 1,7% stanowiły osoby z niepełnosprawnościami do 16. roku życia. Warto nadmienić, że MPZ nie odnosi się do problemu wad postawy u dzieci i młodzieży w województwie dolnośląskim.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu sformułowano w postaci 4 osobnych założeń:

- (1) „skuteczna identyfikacja dzieci zagrożonych wadami postawy, która doprowadzi do podjęcia działań w kierunku korekty wady, a w przypadku zmian chorobowych podjęcia leczenia specjalistycznego w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia lub innego organizowanego indywidualnie przez samych rodziców”;
- (2) „edukacja w zakresie profilaktyki schorzeń kręgosłupa w postaci spotkań z rodzicami, omówienia wyników badań, uświadomienia zagrożeń i konsekwencji rozpoznanych wad jak również zwrócenie uwagi na czynniki wpływające na rozwój wad (np. częste zwolnienia z zajęć WF dzieci przez rodziców) jak również przekazanie wiedzy i umiejętności w zakresie kształtowania prawidłowych postaw uczniów, wzmocnienie ich aktywności ruchowej co może skutkować nie tylko zmniejszeniem problemu wad postawy, ale też wpływać na problemy takie jak otyłość i jej powikłania, a w późniejszym życiu: problemy kardiologiczne, zaburzenia lipidowe, osteoporoza i inne, oraz na sferę rozwoju psychicznego”;
- (3) „pokazanie różnych form terapii, które mogą być kontynuowane po zakończeniu działań w ramach programu”;

- (4) „uzyskanie efektu w postaci wzrostu świadomości u rodziców, dzieci i dyrektorów szkół z zagrożeń zdrowotnych jakie niosą za sobą wady postawy”.

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Zaproponowane brzmienie celu głównego zawiera istotne uchybienia. W pierwszej kolejności należy wskazać, że składa się on z kilku założeń, co jest podejściem niepoprawnym, a ponadto założenia nr 1, 2 i 3 zapisano jako działania, natomiast nr 4 wzrost świadomości jest pojęciem niemierzalnym. Podkreślenia wymaga, że poprawnie sformułowany cel powinien skupiać się na poprawie stanu zdrowia uczestników programu, która została osiągnięta jako skutek zrealizowanych interwencji.

W opisie programu przedstawiono podpunkt odnoszący się łącznie do celów szczegółowych oraz mierników efektywności, wymieniając:

- (1) „określenie liczby uczniów faktycznie biorących udział w programie i jej zdiagnozowanie”;
- (2) „podzielenie zdiagnozowanej populacji na 3 podstawowe grupy w zależności od stopnia zagrożenia progresją wady”;
- (3) „organizację i przeprowadzenie inicjującego cyklu zajęć terapeutycznych dla wytypowanych dzieci”;
- (4) „wypracowanie praktycznych schematów ćwiczeń do wykorzystania podczas ćwiczeń domowych”;
- (5) „ocenę skuteczności i efektywności programu przez: ankiety skierowane do rodziców oceniające część edukacyjną; porównanie u poszczególnych dzieci wyników badań komputerowych z lat ubiegłych (jeżeli takie były przeprowadzane w latach poprzednich); porównanie statystyczne wyników badań z badaniami przeprowadzonymi w podobnych programach w latach poprzednich; wykonanie badań kontrolnych w VI klasie w trakcie którego zebrane będą informacje w formie wywiadu, a wyniki badań zostaną opracowane dla ustalenia ilości uczestników, u których dysfunkcje stwierdzone w badaniu w V klasie szkoły podstawowej mają tendencje do progresji, regresji czy są stabilne”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości. W związku z tym należy stwierdzić, że w dokumencie nie zostały sformułowane cele szczegółowe programu. Mierniki efektywności 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. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. W ocenianym dokumencie ww. wskaźniki nie spełniają funkcji miernika. Mając powyższe na uwadze należy stwierdzić, że sformułowano je nieprawidłowo w postaci działania (nr 1-4) albo odrębnych założeń (nr 5).

Podsumowując, element projektu dotyczący celów i mierników efektywności programu wymaga korekty.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do dzieci z klas II-VIII szkół podstawowych oraz uczniów szkół ponadpodstawowych z terenu powiatu złotoryjskiego. W dokumencie podano dane statystycznie dotyczące liczby dzieci w powiecie z roczników 2008-2020, jednak nie odwołano się do źródła tych danych. W dokumencie zaznaczono, że corocznie badaniami przesiewowymi i badaniami kontrolnymi

objętych będzie około 2 000 dzieci. Z danych GUS wynika, że w powiat złotoryjski zamieszkuje 4 606 dzieci w wieku 7-17 lat. Mając powyższe na uwadze niezbędne jest określenie wielkości populacji docelowej oraz wskazanie, jaka jej część jest możliwa do włączenia do programu przy posiadanych zasobach oraz przy zachowaniu równego dla wszystkich uczestników dostępu do działań oferowanych w ramach programu.

W dokumencie nie określono ani kryteriów włączenia ani wykluczenia z programu, co wymaga uzupełnienia.

Interwencja

W programie planowane jest przeprowadzenie badań przesiewowych, działań informacyjno-edukacyjnych oraz zajęć terapeutycznych (grupowe i indywidualne).

Badania przesiewowe

Do jego przeprowadzenia zostanie wykorzystana tradycyjna metoda badania fizykalnego z testem zgięciowym Adamsa, jednocześnie badanie będzie zweryfikowane przez komputerową ocenę wad postawy z wykorzystaniem metody DIERSIO (ujęcie wykrytej wady w parametry matematyczne). Po badaniu realizator zobowiązuje się do przekazania rodzicom lub opiekunom dziecka wyników badań wraz opisem i zaleceniami do dalszego postępowania.

W dokumencie założono podział zdiagnozowanej populacji na trzy grupy: dzieci z postawą prawidłową lub z nieznacznymi wadami w płaszczyźnie strzałkowej i wadami kończyn dolnych; dzieci ze zdiagnozowaną wadą postawy wymagającą podjęcia specjalistycznych działań terapeutycznych; dzieci wymagające skierowania do specjalistycznej konsultacji lekarskiej oraz wizyty fizjoterapeutycznej w ramach kontraktu z NFZ i realizatora programu (dzieci z: chorobą Scheuermanna II, skoliozą idiopatyczną, zaburzeniami statyki miednicy oraz z wadami kończyn dolnych i występującymi dolegliwościami bólowymi).

Przegląd systematyczny Montgomery 1990 wskazuje się na niską wartość predykcijną 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, 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.

Wytyczne kliniczne dotyczące wad postawy różnią się co do zaleceń w zakresie zasadności przeprowadzania badań w populacji bezobjawowej. 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 podzielone zostało przez American Academy of Family Physicians z 2018 r. (AAFP 2018). Zgodnie z rekomendacjami USPSTF 2018 dokładność testu przesiewowego była najwyższa (czułość 93,8%, swoistość 99,2%), gdy zastosowano trzy odrębne metody (test zgięciowy, pomiar z wykorzystaniem skoliometru i topografia Moiré). Czuość była natomiast niższa, gdy programy badań przesiewowych wykorzystywały tylko jedną lub dwie metody.

Zajęcia terapeutyczne (przeznaczone dla grupy II i III)

Zajęcia terapeutyczne grupowe – realizowane w formie cyklu co najmniej 22 zajęć korekcyjnych (grupy po 12 osób; 2 razy w tygodniu; po 45 minut). Ćwiczenia mają być wykonywane w systemie stacyjnym, umożliwiającym indywidualne dostosowanie do wady stwierdzonej u uczestnika programu pod kątem doboru ćwiczeń lub ich sposobu wykonywania.

Zajęcia terapeutyczne indywidualne – realizowane w cyklu co najmniej 3 spotkań (minimum 1 raz w miesiącu; po 45 minut). Zajęcia będą prowadzone z wykorzystaniem metod m.in.: FED, Lahnert-Schorth, PNF w skoliozach, prof. Dobosiewicz lub innych stosowanych w leczeniu skolioz. Uczestnicy otrzymają przygotowane w trakcie trwania instruktażu zestawy ćwiczeń dostosowane do ich potrzeb. Raz w miesiącu przewidziana jest wizyta kontrolna, podczas której zostaną zmodyfikowane ćwiczenia.

Po zakończeniu całego cyklu terapeuta przygotuje dla każdego dziecka zestaw ćwiczeń domowych oraz przekaże dziecku i jego opiekunom wskazówki i zalecenia do ewentualnego kontynuowania terapii oraz informację o konieczności przeprowadzenia ponownej kontrolnej konsultacji u lekarza specjalisty.

Zgodnie z aktualnymi rekomendacjami SOSORT 2016 pacjenci ze skoliozą powinni aktywnie uczestniczyć w zajęciach sportowych. W ślad za opinią ekspercką (Konsultant wojewódzki w dziedzinie pediatrii, 2016) należy zaznaczyć, że postępowanie terapeutyczne musi być zindywidualizowane, niewskazane jest realizowanie zajęć korekcyjnych w formie zajęć grupowych. W praktyce wiąże się to bowiem z niejednorodnością takich grup w zakresie rozpoznania możliwości motorycznych dzieci, co w konsekwencji uniemożliwia skuteczne oddziaływanie na organizm dziecka.

Odnalezione rekomendacje (NSF 2017, VHA-DoD 2010) zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Warto dodać, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji (Konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej, 2010).

Działania edukacyjno-informacyjne

W dokumencie nie podano szczegółowych informacji na temat zakresu akcji edukacyjnej, a także liczby i czasu trwania spotkań z rodzicami i nauczycielami. Powyższe wymaga stosownego uzupełnienia.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu będzie prowadzona na podstawie analizy *obiektywnej wartości zainteresowania ze strony rodziców prowadzonym programem, wyrażonej stosunkiem ilości dzieci, których rodzice nie wyrazili zgody na uczestnictwo w programie do całej populacji objętej programem.* Należy podkreślić, że proponowany wskaźnik jest niewystarczający i zapisy w tym zakresie powinny być rozszerzone przynajmniej o monitorowanie *liczby osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej; liczby osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów); liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie wraz z analizą przyczyn tych decyzji.*

Ocena jakości świadczeń w programie dokonana zostanie na podstawie analizy ankiet satysfakcji skierowanych do uczestników programu, jednak nie załączono wzoru takiej ankiety co wymaga uzupełnienia.

Ewaluacja będzie opierała się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu. Z uwagi na wcześniej opisane nieprawidłowości w programie przeprowadzenie kompleksowej ewaluacji programu nie będzie możliwe.

Warunki realizacji

W zakresie zapisów projektu dotyczących etapów i podejmowanych w nich działań, a także kwalifikacji personelu oraz warunków lokalowych i akcji informacyjnej należy wskazać, że są one niewystarczające i powinny być rozszerzone. W dokumencie powinny być przedstawione wszystkie etapy programu i harmonogram działań. Ponadto należy zauważyć, że sposoby zapraszania do programu i działania informacyjne, powinny być dostosowane do specyfiki określonej populacji. W związku z tym istotnym jest aby uwzględnić wszystkie możliwe ścieżki dotarcia do potencjalnie zainteresowanych osób.

Realizator zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z przepisami ustawy.

W projekcie programu podano koszty jednostkowe dotyczące: badania przesiewowego, oraz przeprowadzenia 1 godziny zajęć w formie: grupowych stacyjnych zajęć korekcyjnych; grupowych zajęć na pływalni oraz indywidualnych ćwiczeń korekcyjnych.

W dokumencie nie oszacowano budżetu całkowitego na realizację projektu, a także nie odniesiono się do kosztów monitorowania i ewaluacji co jest działaniem nieprawidłowym i wymaga uzupełnienia.

W projekcie jako źródła finansowania wskazano: Gminy z Powiatu Złotoryjskiego, Powiat Złotoryjski; Szpital Powiatowy im. A. Wolańczyka sp. z o.o. w Złotoryi; środki Unii Europejskiej

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Wady postawy ciała stanowią istotny problem zdrowotny. Postawa ciała jest nawykiem ruchowym kształtującym się na określonym podłożu morfologicznym i funkcjonalnym, związanym z codzienną aktywnością. Jest wyrazem stanu fizycznego i psychicznego jednostki. Stanowi wskaźnik mechanicznej wydolności zmysłu kinetycznego, równowagi mięśniowej oraz koordynacji nerwowo-mięśniowej.

Alternatywne świadczenia

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427) zawiera zapisy dotyczące kompleksowej oceny stanu zdrowia obejmujące diagnostykę wad postawy. Zgodnie z przepisami powinna być ona 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 i VII klasie szkoły podstawowej, a także w I klasie ponadpodstawowej. Na wszystkich wymienionych etapach edukacji, w zakresie profilaktycznego badania lekarskiego przeprowadzane jest badanie przedmiotowe m.in. ze szczególnym uwzględnieniem oceny rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (BMI, ang. body mass index) oraz oceny układu ruchu wraz z wykrywaniem zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa. Ponadto konieczne jest podsumowanie badania, z określeniem poziomu i tempa rozwoju fizycznego ucznia, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), przystosowania szkolnego, kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego. 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 VII klasie szkoły podstawowej, a także I klasie szkoły ponadpodstawowej – test przesiewowy do wykrywania nadmiernej kifozy piersiowej.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

Wady postawy ciała stanowią w czasach współczesnych istotny problem zdrowotny. Tematyka dotycząca testów przesiewowych we wskazanym problemie zdrowotnym budzi jednak wiele kontrowersji, a badania przeprowadzone dotychczas zarówno popierają, jak i odradzają prowadzenie screeningu w omawianym zakresie.

- *U.S. Preventive Services Task Force (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 *American Academy of Family Physicians (AAFP 2018)*. Rekomendacje negatywne dotyczące prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wydało również *UK National Screening Committee (UK NSC 2016)*. Głównymi powodami prezentowanego przez UK NSC

stanowiska jest brak wspólnego konsensusu lekarzy w ocenie zasadności 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 szkodliwa. W wytycznych wskazuje się, że 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 *American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS)*, *Scoliosis Research Society (SRS)*, *Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA)* oraz *American Academy of Pediatrics (AAP)*. Choć AAOS, SRS, POSNA i AAP zgadzają się, że poparcie dla badań przesiewowych ma w omawianym przypadku ograniczenia, w swoim stanowisku twierdzą, że potencjalne korzyści dla pacjentów ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią ich deformacji, mogą być znaczące. AAOS, SRS, POSNA i AAP w swoim wspólnym stanowisku 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).
- 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 medycyna oparta na dowodach naukowych (EBM, ang. *evidence-based medicine*), 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.
- Specyficzna fizjoterapia (z ang. *physiotherapeutic scoliosis-specific exercises – PSSE*) jest rekomendowana jako pierwszy krok w procesie leczenia skoliozy idiopatycznej, aby zapobiec lub ograniczyć postęp deformacji oraz możliwości gorsetowania (SOSORT 2016). Zaleca się, aby PSSE była zgodna z konsensusem SOSORT oraz oparta na autokorekcji postawy w 3D, treningu podstawowych czynności życia codziennego (z ang. *activities of daily living, ADL*), stabilizacji prawidłowej postawy oraz edukacji pacjenta. Rekomenduje się, aby PSSE była zindywidualizowana pod względem potrzeb pacjenta, występującego skrzywienia oraz etapu leczenia. PSSE powinna być zawsze zindywidualizowana, nawet gdy prowadzona jest w małych grupach. Poziom trudności

PSSE powinien być stopniowo zwiększany w zależności od możliwości pacjenta. Nauka PSSE powinna być przeprowadzana indywidualnie (w relacji 1:1) w celu zapewnienia zindywidualizowanej opieki, tak żeby regularne PSSE mogło być stosowane przez pacjenta w domu lub w małych grupach (SOSORT 2016).

- 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).
- SOSORT kładzie 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 dziecku i rodzicom charakteru choroby, jej przewidywanego przebiegu, potencjalnych konsekwencji braku leczenia itd. W uzasadnionych przypadkach warto uzupełnić leczenie o konsultację psychoterapeutyczną (SOSORT 2014).

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych

- Odnalezione dane 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.
- Z badania *Fong 2010* wynika, że wykonywanie samego testu zgięciowego jest niewystarczające, jest to metoda raczej subiektywna i zależna od doświadczenia i kompetencji badającego. Ze względu na niski 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.

Podsumowanie 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 w konsekwencji prowadzi do ponoszenia przez budżet państwa związanych z tym kosztów (rehabilitacja, czasowa niezdolność do pracy spowodowana np. zespołami bólowymi kręgosłupa o podłożu przeciążeniowym, świadczenia rentowe).
- Postępowanie terapeutyczne musi być zindywidualizowane, nie wskazane jest realizowanie zajęć korekcyjnych w formie zajęć grupowych. Proces diagnostyczno-terapeutyczny nie powinien być realizowany przez osoby lub podmioty specjalizujące się wyłącznie w diagnostyce postawy ciała, nie posiadające odpowiedniego doświadczenia w praktycznej realizacji zajęć korekcyjnych. Skuteczność zajęć korekcyjnych 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.

- Wymagane jest stałe weryfikowanie skuteczności programu poprzez systematyczne powtarzanie badań diagnostycznych prowadzonych według 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 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: nr: OT.431.58.2023 „Badanie wad postawy uczniów klas II-VIII szkół podstawowych i szkół ponadpodstawowych z Powiatu Złotoryjskiego oraz wdrożenie postępowania usprawniającego wykrytych wad na lata 2023-2027” oraz opinii Rady Przejrzystości nr 161/2023 z dnia 2 października 2023 roku o projekcie programu „Badanie wad postawy uczniów klas II-VIII szkół podstawowych i szkół ponadpodstawowych z Powiatu Złotoryjskiego oraz wdrożenie postępowania usprawniającego wykrytych wad na lata 2023-2027”.