



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 80/2025 z dnia 20 sierpnia 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program profilaktyki wad postawy wśród dzieci klas III szkół
podstawowych w Gminie Trzebownik w latach 2025-2029”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program profilaktyki wad postawy wśród dzieci klas III szkół podstawowych w Gminie Trzebownik w latach 2025-2029”, **pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.**

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest prawidłowa postawa ciała oraz występowanie wad postawy u dzieci i młodzieży. Oceniany program, dzięki swoim założeniom, może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Należy zauważyć, że podobny projekt pn. Program badań postawy ciała i równowagi statycznej dzieci szkół podstawowych gminy Trzebownik” był w 2019 r. oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał negatywną opinię (nr 124/2019 z 22 sierpnia 2019 r.). Większość zgłoszonych wówczas uwag została uwzględniona w obecnie ocenianym projekcie.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące uwzględnienia wieku populacji docelowej zgodnego z zalecanymi w rekomendacjach oraz zawarcia w testach wiedzy pytań z pełnego zakresu planowanych działań. Należy także w ramach programu zabezpieczyć ryzyko podwójnego finansowania świadczeń.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący problematyki prawidłowej postawy ciała oraz występowania wad postawy u dzieci i młodzieży. Populację docelową programu stanowić będą uczniowie klas III szkół podstawowych w gminie Trzebownik w zakresie badań przesiewowych, a także ich rodzice/opiekunowie prawni, nauczyciele (wychowawcy) oraz pielęgniarki/higienistki szkolne w zakresie działań edukacyjnych. Program ma być realizowany w latach 2025-2029, a na jego przeprowadzenie zaplanowano 421 070 zł.

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 2024 r., poz. 146 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

W opiniowanym dokumencie przedstawiono informacje dotyczące występowania wad postawy u dzieci i młodzieży. W projekcie przedstawiono definicję wady postawy, omówiono najczęstsze nieprawidłowości w obrębie kręgosłupa (plecy okrągłe, wklęsłe, wklęsło-okrągłe, płaskie, skoliozy oraz postawę skoliotyczną), wskazując ich charakterystykę, przyczyny i możliwe następstwa zdrowotne. Wskazano również na wady kończyn dolnych (kolana koślawe, kolana szpotawe, stopa płaska, płasko-koślawą oraz stopa wydrążoną), podkreślając ich wpływ na zaburzenia statyki ciała i funkcjonowania narządu ruchu.

Oceniany projekt zawiera referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

W projekcie programu przedstawiono sytuację epidemiologiczną korespondującą z wybranym problemem zdrowotnym. Odniesiono się do danych światowych, europejskich, krajowych, regionalnych i lokalnych.

Według raportu Global Burden of Disease na świecie około 1,71 miliarda osób żyje z chorobami mięśniowo-szkieletowymi, w tym m.in. z bólem kręgosłupa, chorobą zwyrodnieniową stawów czy reumatoidalnym zapaleniem stawów. W Europie skala problemu wśród dzieci w wieku szkolnym jest również wysoka. Badania skandynawskie wykazały, że bóle kręgosłupa dotyczą od 11,6% jedenastolatków do 50,4% piętnastolatków, a w Bośni i Hercegowinie bóle kręgosłupa stwierdzono u 70,9% młodzieży w wieku 16 lat. W Polsce zniekształcenia kręgosłupa oraz wady stóp i kolan należą do najczęstszych problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży. Według różnych źródeł występują one u 50–60% uczniów, a dane Instytutu Matki i Dziecka wskazują, że aż 90% dzieci ma wady postawy, stóp i kolan. Zaburzenia układu ruchu diagnozuje się u 10–80% dzieci w wieku szkolnym, co stawia je przed innymi problemami zdrowotnymi, takimi jak wady wzroku czy nadwaga. Według danych NFZ za 2024 r., w Polsce zarejestrowano 396 266 pacjentów z rozpoznaniem lordozy, kifozy (M40) i skoliozy (M41), w tym 23 342 w województwie podkarpackim oraz 1 078 w powiecie rzeszowskim, do którego należy gmina Trzebownisko.

Należy podkreślić, że zgodnie z aktualną Mapą Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026 w województwie podkarpackim wskazano, że „na podstawie rankingu DALY ból dolnego odcinka kręgosłupa uplasował się na trzecim miejscu. W latach 1999-2019 zaobserwowano wzrost wartości DALY dla tego problemu zdrowotnego, podczas gdy dla choroby niedokrwiennej serca oraz udarów odnotowano spadek”. W aktualnej MPZ wskazano również, że „w latach 2020-2028 prognozuje się dalszy wzrost wartości wskaźników chorobowości (o 6%) i zapadalności (o 5%)”. Warto zaznaczyć, że w projekcie także odniesiono się do wyzwań systemu opieki zdrowotnej i rekomendowanych kierunków działań na terenie województwa podkarpackiego w przedmiotowym zakresie.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „podniesienie w trakcie trwania programu poziomu wiedzy do poziomu wysokiego w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących wad postawy wśród, co najmniej 80% uczestników działań edukacyjnych - min. 80% poprawnych odpowiedzi w post-test, wzrost wiedzy o co najmniej 30%”.

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.

Cel główny wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami edukacyjnymi. W projekcie przewidziano również przeprowadzenie pre- i post-testów, które pozwolą na porównanie poziomu wiedzy przed i po przeprowadzeniu edukacji. Do projektu dołączono wzory

testów wiedzy dla wszystkich grup uczestniczących w działaniach edukacyjnych. Co do zasady, testy odzwierciedlają zakres zaplanowanych działań edukacyjnych i nie budzą istotnych zastrzeżeń. Należy jednak zaznaczyć, że test dla dzieci koncentruje się głównie na profilaktyce wad postawy, podczas gdy program edukacyjny obejmuje również zagadnienia związane ze zdrowym stylem życia w szerszym kontekście, przez co nie obejmuje on pełnego zakresu planowanych treści, co należy uzupełnić.

W projekcie zaproponowano 2 cele szczegółowe:

- (1) „*podniesienie wiedzy z zakresu wykonywania testów przesiewowych w kierunku wad postawy u co najmniej 80% pielęgniarek i higienistek szkolnych, które realizują świadczenia w zakresie testów przesiewowych wad postawy w miejscu nauczania względem wszystkich pielęgniarek i higienistek szkolnych, które rozpoczęły udział w Interwencji nr 1, Działaniu 1 (min. 80% poprawnych odpowiedzi w post-teście, wzrost wiedzy o co najmniej 30%)*” oraz
- (2) „*osiągnięcie autokorekcji postawy ciała w pozycjach funkcjonalnych, czyli w siadzie i w staniu, o co najmniej 30% w okresie trwania Programu w danym roku szkolnym wśród około 50% uczniów klas III szkół podstawowych względem wszystkich uczniów u których stwierdzono skoliozę lub postawę wadliwą*”.

Cele szczegółowe zostały sformułowane w sposób prawidłowy. W projekcie przewidziano przeprowadzenie pre- i post-testów, które pozwolą na porównanie poziomu wiedzy przed i po przeprowadzeniu edukacji. Należy jednak zaznaczyć, że test dla pielęgniarek w znacznym stopniu akcentuje problematykę otyłości, podczas gdy w planie szkolenia nacisk położony jest przede wszystkim na tematykę postawy ciała. Cel szczegółowy nr 2 również wydaje się możliwe do realizacji za pomocą zaplanowanych w projekcie interwencji. Ponadto warto wskazać, że w treści projektu przedstawiono uzasadnienie dla przyjętych wartości docelowych celów szczegółowych.

W projekcie zaplanowano 3 mierniki efektywności:

- (1) „*odsetek osób (rodziców/opiekunów prawnych, wychowawców oraz dzieci klas III szkół podstawowych), u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych, dotyczących wad postawy względem pretestu*”,
- (2) „*odsetek pielęgniarek i higienistek szkolnych objętych Interwencją nr 1, Działaniem 1 u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy z zakresu zasad wykonywania testów przesiewowych w kierunku wad postawy względem pre-testu*”, oraz
- (3) „*odsetek dzieci klas III szkół podstawowych z rozpoznaną skoliozą lub postawą wadliwą, u których osiągnięto autokorekcję postawy ciała w pozycjach funkcjonalnych, czyli w siadzie i w staniu o 30% względem liczby dzieci, w momencie rozpoczęcia udziału w działaniu (Interwencja 3, Działanie 1)*”.

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.

Przedstawione mierniki zostały zaplanowane prawidłowo.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowić będą uczniowie klas III szkół podstawowych w gminie Trzebownik w zakresie badań przesiewowych, a także ich rodzice/opiekunowie prawni, nauczyciele (wychowawcy) oraz pielęgniarki/higienistki szkolne w zakresie działań edukacyjnych. W projekcie wskazano na 4-letni okres realizacji PPZ, tj. rok szkolny 2025/2026 – 366 uczniów, rok szkolny 2026/2027 – 320 uczniów, rok szkolny 2027/2028 – 345 uczniów oraz rok szkolny 2028/2029 – 345

uczniów. Łącznie w całym okresie realizacji programu udział weźmie 1 376 uczniów klas III szkół podstawowych.

W projekcie oszacowano również liczbę osób, które zostaną włączone do poszczególnych interwencji, tj. w zakresie działań edukacyjnych dla: rodziców/opiekunów prawnych w jednym roku szkolnym od 320 do 366 osób, a we wszystkich latach realizacji PPZ – 1 376; dzieci z klas III szkoły podstawowej w jednym roku szkolnym od 320 do 366 osób, a we wszystkich latach realizacji PPZ – 1 376; nauczycieli (wychowawców) klas III szkoły podstawowej w jednym roku szkolnym od 17 do 20 osób, a we wszystkich latach realizacji PPZ – 73; pielęgniarek i higienistek szkolnych w jednym roku szkolnym i jednocześnie we wszystkich latach realizacji PPZ – 10 osób (wyłącznie w I etapie realizacji).

W zakresie badań przesiewowych przewidywana liczba uczestników w poszczególnych interwencjach to: „*badania przesiewowe wykonywane przez pielęgniarki/higienistki*” w jednym roku szkolnym od 320 do 366 osób, a we wszystkich latach realizacji PPZ – 1 376; „*pogłębiona diagnostyka postawy ciała wykonywana przez fizjoterapeutów*” w jednym roku szkolnym od 96 do 110 osób, a we wszystkich latach realizacji PPZ – 414. W zakresie wsparcia specjalistycznego przewidziano: „*fizjoterapię dzieci ze skoliozą lub postawą wadliwą*” w jednym roku szkolnym od 96 do 103 osób, a we wszystkich latach realizacji PPZ – 407. Z kolei w przypadku warsztatów edukacyjno-sportowych (półkolonii) wskazano, że w jednym roku szkolnym będzie to 10 osób, a we wszystkich latach realizacji PPZ – 40.

Zgodnie z rekomendacjami oraz wytycznymi klinicznymi, jeżeli przeprowadzany jest skryning w kierunku wykrycia skoliozy 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. Mając na uwadze powyższe, należy odpowiednio dobrać wiek dzieci do zaplanowanych w programie interwencji, na zwrócono uwagę również w poprzedniej opinii.

W projekcie programu poprawnie zaplanowano kryteria włączenia i wyłączenia. Należy mieć także na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielają u danego pacjenta świadczeń finansowanych z środków Narodowego Funduszu Zdrowia, co należy uzupełnić.

Interwencja

W projekcie programu zaplanowano działania edukacyjne, badanie przesiewowe, wsparcie specjalistyczne, a także warsztaty edukacyjno-sportowe (półkolonie).

Działania edukacyjne

W ramach działań edukacyjnych zostaną przeprowadzone zajęcia dotyczące wad postawy w 4 grupach. W grupie dzieci z klas III szkoły podstawowej, ich rodziców/opiekunów prawnych, nauczycieli (wychowawców), a także pielęgniarek i higienistek szkolnych.

Edukacja pielęgniarek i higienistek szkolnych

W grupie pielęgniarek i higienistek szkolnych realizujących obowiązkowe badania przesiewowe w szkołach podstawowych na terenie gminy Trzebownik zaplanowano przeprowadzenie jednorazowego szkolenia specjalistycznego z udziałem fizjoterapeutów posiadających doświadczenie w badaniu postawy ciała dzieci i młodzieży. Szkolenie obejmie 8 godzin edukacji i będzie ukierunkowane na zdobycie przez uczestników pogłębionej wiedzy i umiejętności w zakresie wykonywania oraz interpretacji testów przesiewowych mających na celu identyfikację zaburzeń narządu ruchu. W ramach szkolenia przewidziane są również warsztaty praktyczne przeprowadzania badań przy użyciu narzędzi pomiarowych oraz ćwiczenia w analizie wyników. Tematyka działań edukacyjnych zostanie szczegółowo opracowana przez realizatora. W celu pomiaru przyrostu wiedzy uczestników przeprowadzone zostaną pre- i post-testy, które pozwolą na obiektywną ocenę efektywności interwencji. Testy zostaną opracowane przez realizatora programu zgodnie z zakresem tematycznym szkolenia. Działanie edukacyjne będzie skierowane do pielęgniarek i higienistek szkolnych współpracujących ze szkołami podstawowymi na terenie gminy Trzebownik, a planowana liczba uczestników wynosi 10 osób.

Edukacja dzieci z klas III szkoły podstawowej

W grupie uczniów zajęcia będą poruszały takie tematy jak: podstawowe pojęcia dotyczące wad postawy, przyczyny powstawania wad postawy, skutki nieleczonych wad, a także znaczenie profilaktyki w zapobieganiu nieprawidłowościom w postawie ciała. Celem działań będzie zwiększenie poziomu wiedzy na temat zdrowego stylu życia, ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowej postawy ciała w kontekście zagrożenia wystąpieniem wad postawy u dzieci. W celu oceny efektywności przeprowadzonej edukacji realizator opracuje zestaw pytań weryfikujących wiedzę uczestników przed rozpoczęciem zajęć (pre-test) oraz po ich zakończeniu (post-test). Scenariusz zajęć zostanie opracowany przez realizatora programu z uwzględnieniem metod aktywizujących, w tym pracy w grupach. Działania edukacyjne będą skierowane do uczniów klas III szkół podstawowych w gminie Trzebownik – w pierwszym etapie realizacji programu obejmą one 366 uczniów, co odpowiada 20 klasom (20 grupom). W ramach interwencji planuje się przeprowadzenie cyklu zajęć edukacyjnych obejmujących 6 spotkań, realizowanych z częstotliwością raz w miesiącu. Szacowana liczba godzin edukacji wynosi 6 godzin dydaktycznych (1 godzina = 45 minut).

Edukacja nauczycieli (wychowawców) klas III szkoły podstawowej

W grupie nauczycieli (wychowawców) zajęcia będą obejmowały tematykę związaną z wadami postawy u dzieci. Działania edukacyjne będą prowadzone w formie on-line z wykorzystaniem platformy edukacyjnej dostępnej w aplikacji gminy Trzebownik. Po uzupełnieniu dokumentów rekrutacyjnych każdy wychowawca otrzyma unikalny kod do logowania. Po zalogowaniu do aplikacji i wybraniu programu polityki zdrowotnej uczestnik wypełni test wiedzy (pre-test) weryfikujący poziom wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych związanych z wadami postawy. Następnie uzyska dostęp do serii nagrań edukacyjnych, które będzie mógł odtworzyć dowolną liczbę razy, w dogodnym dla siebie czasie, z możliwością powrotu do materiału w dowolnym momencie. Po zakończeniu edukacji uczestnik ponownie wypełni test wiedzy (post-test). Każdy nauczyciel, który zakończy udział w programie, zachowa bezterminowy dostęp do nagrań edukacyjnych. Weryfikacja realizacji testów wiedzy w aplikacji będzie prowadzona przez gminę Trzebownik. W przypadku niskiej zgłaszalności do pre- lub post-testów istnieje możliwość przekazania nauczycielom testów w formie papierowej w szkołach. Działania edukacyjne będą skierowane do wychowawców klas III szkół podstawowych w gminie Trzebownik. W I etapie programu planuje się udział 20 wychowawców, w II etapie – 17 wychowawców, a w III i IV etapie – średnio po 18 wychowawców. Szacowana liczba nagrań edukacyjnych wynosi 12 (każde o długości 12–15 minut).

Edukacja rodziców/opiekunów prawnych dzieci klas III szkoły podstawowej

W grupie rodziców zajęcia będą poruszały takie tematy jak: cechy prawidłowej i wadliwej postawy ciała, czynniki wpływające na wady postawy oraz główne przyczyny ich rozwoju, pierwsze symptomy wad postawy u dzieci i sposoby ich rozpoznawania. Działania edukacyjne będą realizowane w formie on-line, z wykorzystaniem platformy edukacyjnej dostępnej w aplikacji dedykowanej mieszkańcom gminy Trzebownik. Po uzupełnieniu dokumentów rekrutacyjnych każdy rodzic otrzyma unikalny kod do logowania. Po zalogowaniu do aplikacji i wybraniu właściwego programu polityki zdrowotnej uczestnik wypełni test wiedzy (pre-test) weryfikujący poziom wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących wad postawy. Następnie uzyska dostęp do serii nagrań edukacyjnych, które będzie mógł odtwarzać dowolną liczbę razy, w dogodnym dla siebie czasie, z możliwością powrotu do treści w dowolnym momencie. Po zakończeniu edukacji rodzic ponownie wypełni ten sam test wiedzy (post-test). Każdy uczestnik, który zakończy udział w programie, zachowa bezterminowy dostęp do nagrań edukacyjnych. Za weryfikację realizacji testów wiedzy w aplikacji odpowiada gmina Trzebownik. W przypadku niskiej zgłaszalności do pre- lub post-testów istnieje możliwość przekazania rodzicom testów wiedzy w formie papierowej, np. podczas zebrań szkolnych. Działania edukacyjne będą skierowane do rodziców uczniów klas III szkół podstawowych w gminie Trzebownik – co najmniej po jednym rodzicu/opiekunie prawnym na jednego ucznia, czyli 366 osób w pierwszym roku realizacji programu. W kolejnych latach liczba rodziców objętych działaniami edukacyjnymi będzie zgodna z danymi

zawartymi w rozdziale „Populacja docelowa”. Szacowana liczba nagrań edukacyjnych wynosi 12 (o długości 12–15 minut każde).

Badanie przesiewowe

W ramach interwencji zaplanowano realizację obowiązkowych badań przesiewowych wśród wszystkich uczniów klas III szkół podstawowych na terenie gminy Trzebownik, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości przeprowadzenie pogłębionej diagnostyki postawy ciała. Pierwszym elementem interwencji będą badania przesiewowe wykonywane przez pielęgniarki i higienistki szkolne. Badania te będą przeprowadzane w gabinetach pielęgniarki/higienistki szkolnej w poszczególnych szkołach, w oparciu o obowiązujące wytyczne kliniczne, a następnie powtórzone pod koniec danego roku szkolnego w celu oceny ewentualnych zmian w postawie ciała.

Drugim elementem interwencji będzie pogłębiona diagnostyka postawy ciała wykonywana przez fizjoterapeutów w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w badaniach przesiewowych. Celem tego etapu będzie szczegółowa ocena rodzaju i nasilenia wykrytych zaburzeń postawy, odróżnienie wyników prawdziwie dodatnich od fałszywie dodatnich oraz określenie, które dzieci wymagają wyłącznie fizjoterapii, a które dodatkowo powinny zostać skierowane na diagnostykę obrazową. Dzięki temu możliwe będzie ograniczenie liczby niepotrzebnie wykonywanych badań RTG. Diagnostyka obejmie m.in. ocenę postawy ciała metodą punktową Kasperczyka, pomiar długości nóg, pomiary z użyciem inklinometru, skoliometru i goniometru oraz szereg testów funkcjonalnych.

W przypadku wskazań do diagnostyki obrazowej rodzic otrzyma pisemne zalecenie konsultacji u lekarza POZ. Badania będą realizowane w gabinetach pielęgniarki/higienistki szkolnej na terenie szkół podstawowych w gminie Trzebownik.

Wsparcie specjalistyczne (Specyficzne Metody Fizjoterapeutyczne)

W ramach interwencji przewidziano realizację indywidualnej fizjoterapii ukierunkowanej na skoliozę oraz postawę skoliotyczną u uczniów klas III szkół podstawowych na terenie gminy Trzebownik. W programie wskazano, że proces postępowania obejmuje badanie przesiewowe przeprowadzane przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w celu oceny ryzyka występowania skoliozy. W przypadku gdy dziecko uzyska wynik dodatni zostanie ono skierowane na diagnostykę fizjoterapeutyczną (Interwencja 2). Jeśli wynik diagnostyki będzie prawdziwie dodatni, dziecko zostanie skierowane do lekarza POZ, który oceni konieczność wykonania diagnostyki obrazowej (RTG) lub konsultacji specjalistycznej. W przypadku gdy skolioza zostanie potwierdzona (kąt Cobba 10°–20°) dziecko włączone zostanie do terapii z zastosowaniem Specyficznych Metod Fizjoterapeutycznych. Jeżeli wynik diagnostyki wskaże postawę skoliotyczną lub wadliwą bez konieczności dalszej diagnostyki obrazowej, dziecko również zostanie objęte fizjoterapią w mniejszym wymiarze.

Dzieci z potwierdzoną skoliozą będą uczestniczyć w pięciu indywidualnych sesjach terapeutycznych trwających 45 minut każda, prowadzonych przez fizjoterapeutę wyszkolonego w danej metodzie specyficznej. Dzieci z postawą wadliwą, niewymagającą diagnostyki obrazowej, będą objęte trzema indywidualnymi sesjami terapeutycznymi po 45 minut, ukierunkowanymi na korektę postawy i profilaktykę pogłębiania się wady. Każde dziecko będzie uczestniczyło w terapii wraz z rodzicem lub opiekunem prawnym. Pierwsze spotkanie obejmie instruktaż indywidualnie opracowanych ćwiczeń, drugie i trzecie w przypadku terapii krótszej lub kolejne w terapii pięciosesyjnej będą miały na celu kontrolę efektów, korektę programu oraz ocenę skuteczności, a ostatnie spotkanie poświęcone będzie podsumowaniu wyników i przekazaniu dalszych zaleceń.

Warsztaty edukacyjno-sportowe (półkolonie)

Warsztaty będą uzupełnieniem wszystkich poprzedniej interwencji i działań. Zorganizowane będą w celu rekreacyjnym, regeneracji sił fizycznych i psychicznych, spełniające rolę wypoczynku połączanego z pogłębianiem wiedzy, rozwijaniem zainteresowań, uzdolnień i/lub kompetencji społecznych. Będą składały się z dwóch części, edukacyjnej i aktywizującej. Celem warsztatów będzie utrwalenie zdobytej wiedzy na temat profilaktyki wad postawy. Podkreślono, że warsztaty będą okazją do rozwijania nowych umiejętności, zawierania nowych przyjaźni oraz kształtowania umiejętności

pracy w grupie. Wskazano, że warsztaty będą odbywały się w czasie wakacji letnich, a czas trwania to 5 dni.

Interwencje zaplanowane w projekcie znajdują odzwierciedlenie w odnalezionych wytycznych, przy czym rekomendacje nie są jednoznaczne co do zasadności przeprowadzania badań przesiewowych w kierunku wykrycia skoliozy u dzieci i młodzieży. Najnowsze rekomendacje USPSTF (2025) wskazują, 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. Podobne stanowisko przedstawiono w wytycznych amerykańskich AAFP (2025).

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 prowadzona będzie m.in. na podstawie analizy: „liczby osób, które zgłosiły się do programu”, „liczby osób włączonych do programu”, „liczby osób włączonych do działań w poszczególnych interwencjach programu”, „liczby osób, które nie zostały objęte działaniami programu z powodów zdrowotnych lub innych (wraz z uzasadnieniem)”, „liczby osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji”, „liczby osób, które ukończyły program”, „liczby osób, które nie ukończyły działań rozpoczętych w ramach poszczególnych interwencji programu”, „liczby dzieci, które zostały skierowane do lekarza w celu potwierdzenia skoliozy”, „liczby dzieci, które wzięły udział w terapii postawy ciała” oraz „liczby dzieci, które wzięły udział w Olimpiadzie wiedzy o zdrowym stylu życia”. Przedstawione wskaźniki zostały zaplanowane prawidłowo.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie będzie prowadzona na podstawie analizy ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie budzi zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu obejmie analizę poziomu osiągnięcia wskaźników określonych w projekcie. Zaznaczono, że wykonana analiza odnosić się będzie do osiągniętych efektów w porównaniu z założonymi miernikami efektywności i przeprowadzona zostanie na zakończenie realizacji każdego z etapów i łącznie na zakończenie realizacji programu. Zaplanowane mierniki zostały przedstawione w sposób prawidłowy.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie programu.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu.

W dokumencie odniesiono się do warunków dotyczących personelu realizującego program, a także wskazano wymagania lokalowe i sprzętowe, jakie powinien spełniać realizator programu.

Realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W budżecie przedstawiono koszty jednostkowe, koszt kampanii informacyjnej oraz koszty monitorowania i ewaluacji.

Koszt całkowity programu oszacowano na 421 070 zł.

Program ma być finansowany ze środków własnych gminy Trzebownik.

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 postawy występują powszechnie, a chorobę przeciążeniową kręgosłupa (ok. 80-90% populacji osób dorosłych) można uznać za chorobę

cywilizacyjną. Fizyczna postawa człowieka jest nawykiem ruchowym kształtującym się na określonym podłożu morfologicznym i funkcjonalnym oraz związanym z codzienną działalnością danego osobnika. 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, wpływając tym samym na kondycję zdrowotną w dalszych latach życia. 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

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.) zawiera zapisy dotyczące kompleksowej oceny stanu zdrowia. 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). Ponadto wykonywane 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.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

Profilaktyka i korekcja wad postawy u dzieci

- USPSTF w swoich zaktualizowanych rekomendacjach (2025) 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 2025).
- Rekomendacje negatywne odnośnie prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wydało również *UK National Screening Committee* (UK NSC 2021). 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.
- Potencjalne korzyści dla pacjentów ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią ich deformacji, mogą być znaczące. Skryning w kierunku wykrycia skoliozy powinien być

przeprowadzony dwukrotnie u dziewcząt w wieku 10 i 12 lat, natomiast u chłopców 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).

- 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).
- Istotną rolę jest edukacja 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).
- 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).
- 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. 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 (SOSORT 2016).
- 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 powinien być stopniowo zwiększany w zależności od możliwości pacjenta, a nauka przeprowadzana indywidualnie (SOSORT 2016).
- Odnosząc się do kwestii bezpieczeństwa zgodnie z wytycznymi SOSORT 2011 o wyborze strategii leczniczej decydować powinno nie tylko jej zweryfikowanie zgodnie z zasadami EBM, ale także preferencje pacjenta i jego opiekunów oraz doświadczenie klinicysty w postępowaniu się określonym modelem postępowania.

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa

- Na podstawie badań włączonych do przeglądu systematycznego Negrini 2008 stwierdzono, że ćwiczenia prowadzone metodą Schroth, Lyon i SEAS są skuteczne w redukowaniu wskaźnika progresji skoliozy, co również potwierdzały wyniki prowadzone metodą Cobba. Dodatkowo stwierdzono, że ćwiczenia prowadzone ww. metodami są skuteczne w redukowaniu stosowania gorsetowania pacjentów. Autorzy przeglądu stwierdzili, że ćwiczenia fizyczne mogą być zalecane w celu zmniejszenia progresji skoliozy. Nie jest jednak możliwe dokładne określenie szczegółowego planu ćwiczeń z ich podziałem z uwagi na fakt, że plan ćwiczeń powinien być dopasowany indywidualnie do pacjenta.

- Autorzy przeglądu systematycznego Sabirin 2010 stwierdzili, że zachorowalność na skoliozę występuje częściej u dziewcząt w wieku 11-14 lat. Należy stwierdzić brak silnych dowodów na to, że programy skryningowe są w stanie wykryć skoliozę w młodszym wieku, z niższym wynikiem krzywizny w skali Cobba. Brak również silnych dowodów na zmniejszenie liczby przeprowadzanych operacji dzięki prowadzonym programom przesiewowym. Autorzy przeglądu zwrócili również uwagę na duże ryzyko uzyskiwania wyników fałszywie pozytywnych lub negatywnych w ramach prowadzonych badań przesiewowych dotyczących skoliozy. Zaproponowano prowadzenie badań przesiewowych w kierunku wykrywania skoliozy w grupach wysokiego ryzyka tj. u dziewcząt w wieku 12 lat.
- Autorzy przeglądu systematycznego Romano 2013 zwrócili uwagę na brak wysokiej jakości dowodów dotyczących skuteczności stosowania metod eksperymentalnych (m.in. metody SEAS) w leczeniu idiopatycznej skoliozy młodzieńczej. Autorzy przeglądu opierając się o wyniki niskiej jakości badania stwierdzili, że terapia eksperymentalna może być skuteczniejsza niż chociażby elektrostymulacja. Zaleca się przeprowadzenie wysokiej jakości badań w celu potwierdzenia ww. wniosków.

Podsumowanie opinii ekspertów

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). Do wzrostu liczby dzieci, u których występują wady postawy przyczynia się m.in. coraz niższa sprawność i odporność młodych organizmów, przeciążenie zarówno zajęciami obowiązkowymi, jak i dodatkowymi, siedzący tryb życia oraz ograniczenie aktywności ruchowej. Istotnym problemem jest także brak jednolitych programów dotyczących profilaktyki i korekcji wad postawy w skali krajowej oraz na obszarze poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego. 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. Diagnostyka powinna obejmować dzieci w wieku przedszkolnym, w przedziale wiekowym 3-6 lat, szczególnej opieki i nadzoru wymagają dzieci i młodzież w okresie pokwitaniowego skoku wzrostowego: dziewczęta 11-14 lat, chłopcy 12-15. Diagnostyka powinna być prowadzona w oparciu o tanie, nieinwazyjne narzędzia i metody diagnostyczne. Obecnie rekomendowanym standardem są m.in. fotorejestracja oraz ocena kąta rotacji tułowia prowadzona za pomocą skoliometru Bunnella.

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

ZASTĘPCA PREZESA

Anna Kowalczyk

/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 2024 r., poz. 146 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr OT.431.69.2025, „Program profilaktyki wad postawy wśród dzieci klas III szkół podstawowych w Gminie Trzebowno w latach 2025-2029” realizowany przez: gminę Trzebowno; data ukończenia opracowania: sierpień 2025 oraz opinii Rady Przejrzystości nr 152/2025 z dnia 18 sierpnia 2025 roku o projekcie programu: „Program profilaktyki wad postawy wśród dzieci klas III szkół podstawowych w Gminie Trzebowno w latach 2025-2029”.