



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 78/2015 z dnia 30 marca 2015 r.
o projekcie programu gminy Kleszczów „Profilaktyka chorób układu
mięśniowo-szkieletowego”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej gminy Kleszczów „Profilaktyka chorób układu mięśniowo-szkieletowego”.

Uzasadnienie

Program zawiera uzasadnione naukowo interwencje. Zaplanowany sposób jej przeprowadzenia wskazuje, że interwencja ta może mieć korzystny wpływ na zdrowie mieszkańców gminy. Formalnie program nie budzi zastrzeżeń. Został starannie przygotowany. Wskazać jednak należy, że program nie dotyczy dobrze zdefiniowanego i dobrze opisanego jednego problemu zdrowotnego, a ogółu chorób MSD, których zdefiniowano kilkadziesiąt. Wnioskodawca powinien skoncentrować się tylko na jednym rodzaju schorzenia i uzasadnić jego wybór w odniesieniu do mieszkańców Gminy Kleszczów. W projekcie programu zabrakło też kontekstu zdrowotnego. Nie jest możliwa ocena w jakim stopniu dane światowe i krajowe mają przełożenie na znaczenie tego problemu zdrowotnego w Gminie Kleszczów.

Przy programie obejmujących tak wiele problemów zdrowotnych kluczowe staje się pilnowanie, czy program swoim działaniem zmierza do osiągnięcia postawionego celu i pozwoli na osiągnięcie planowanych efektów, a do tego niezbędne jest poprawne określenie poszczególnych elementów, które odnoszą się do tych kwestii oraz poprawne zaplanowanie monitorowania i ewaluacji programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu Gminy Kleszczów z zakresu badania przesiewowego w kierunku wad postawy u 356 uczniów szkół podstawowych, oraz sfinansowania działań z zakresu rehabilitacji leczniczej dla dorosłej populacji (4550 osób) Gminy Kleszczów. Na program przeznaczono 1 000 000 mln. Do projektu dołączono kosztorys. Program realizowany ma być w latach 2015 – 2018.



Ocena projektu programu polityki zdrowotnej gminy Kleszczów

Znaczenie problemu zdrowotnego

Program dotyczy istotnego problemu zdrowotnego i społecznego w aspekcie osób dorosłych – profilaktyka chorób układu mięśniowo-szkieletowego – wpisuje się więc w priorytet zdrowotny „zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego”, należącego do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21.08.09 r. (Dz. U. 2009, Nr 137, poz. 1126). Natomiast w odniesieniu populacji dzieci – profilaktyki wad postawy wśród dzieci i młodzieży szkolnej. Wpisuje się, więc w priorytet zdrowotny – zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia oraz zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego – należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21.08.09 r. (Dz. U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

Stwierdzić jednak należy fakt, że program nie dotyczy dobrze zdefiniowanego i dobrze opisanego jednego problemu zdrowotnego. Dotyczy w zasadzie wszystkich chorób MSD, których zdefiniowano kilkadziesiąt. Wydaje się, że wnioskodawca powinien skoncentrować się tylko na jednym rodzaju schorzenia i uzasadnić jego wybór w odniesieniu do mieszkańców Gminy Kleszczów.

Populacji docelowa

Projekt zakłada zasadniczo dwa rodzaje interwencji, które skierowane są do dwóch różnych populacji. Pierwsza populacja to wszyscy uczniowie (356 dzieci) szkół podstawowych z terenu Gminy Kleszczów, która zostanie objęta interwencjami związanymi z wykrywaniem oraz leczeniem wad postawy. Drugą populację stanowią wszyscy dorośli mieszkańcy (4550 osób) u których przeprowadzi się działania z zakresu profilaktyki chorób układu mięśniowo-szkieletowego ze szczególnym uwzględnieniem stanów pourazowych i przeciążeniowych związanych m.in. z wykonywaną pracą. Podane przez wnioskodawcę dane dotyczące liczebności są zasadniczo zgodne z tymi opublikowanymi przez GUS4.

W przypadku dzieci kryteria udziału są jasno sprecyzowane – udziałem objęty zostanie każdy uczeń szkoły podstawowej. Jeżeli chodzi o dorosłych to nie do końca wiadomo czy świadczeniami rehabilitacyjnymi zostanie objęty każdy mieszkaniec Gminy Kleszczów, czy tylko mieszkańcy w stanach pourazowych i przeciążeniowych związanych m.in. z wykonywaną pracą. Zaznaczyć jednak trzeba, że wnioskodawca podkreśla, że dostępne środki finansowe pozwalają na włączenie do akcji całej populacji docelowej.

Interwencja

Projekt zakłada przeprowadzenie badania przesiewowego wad postawy u dzieci, a następnie w przypadku wykrycia ewentualnych skrzywień kręgosłupa (skolioza, lordoza, kyfoza) oraz patologii dotyczących kończyn (m.in. koślawość i szpotawość kolan, wady stóp) skierowane na zajęcia korekcyjne – również w ramach programu.

Wnioskodawca opisuje także szereg interwencji mających zastosowanie w rehabilitacji, które są świadczeniami gwarantowanymi z zakresu rehabilitacji medycznej. W związku z tym tą część programu traktować należy jako sfinansowanie świadczeń gwarantowanych

z zakresu rehabilitacji. Wnioskodawca tłumaczy to faktem, że w Gminie Kleszczów, żadna placówka nie ma podpisanego kontraktu z NFZ na świadczenia rehabilitacyjne. Najbliższe podmioty lecznicze zapewniające świadczenia finansowane ze środków publicznych znajdują w gminach ościennych (np. Sulmierzyce, Bełchatów, Radomsko) oddalonych o minimum 20 km od Kleszczowa. Zgodnie z informacjami zamieszczonymi na stronie NFZ5 w Kleszczowie nie ma placówki, która ma podpisany kontrakt na świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej. W projekcie brakuje informacji odnoszących się do powodów braku kontraktu na rok 2015. Wspomnieć należy także fakt, że w latach 2006 – 2013 (dane dostępne są od 2006 roku) kontrakt na świadczenie rehabilitacji medycznej miał podpisany Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kleszczowie przy ul. Osiedlowej 2. Niewątpliwie prowadzenie wspomnianych wyżej działań zwiększy dostępność do rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Kleszczów.

W przypadku wad postawy stwierdzić należy, że w Kleszczowie świadczenia pielęgniarki szkolnej realizowane są na podstawie kontaktu z NFZ przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kleszczowie przy ul. Osiedlowej 2. Wnioskodawca planuje realizację badań przesiewowych w zakresie identyfikacji wad postawy uczniów szkół podstawowych przeprowadzanych przez wykwalifikowany personel medyczny, mianowicie lekarzy ortopedów. Interwencja zaproponowana w opisie programu znajduje się w zestawie rutynowych badań wykonywanych w wieku szkolnym. Badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Powinny być one rutynowo wykonywane u dzieci w wieku 6 albo 7 lat, 10 lat, 12 lat, 13 lat i 16 lat. (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej; załącznik 1 i 4). Programy przesiewowego wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci przed spodziewanym skokiem pokwitaniowym, stanowiącym dodatkowy czynnik ryzyka, prawidłowo zaprojektowane i wspomagające, a nie dublujące świadczenia gwarantowane leżące w obowiązkach pielęgniarki lub higienistki szkolnej i lekarzy POZ, są powszechnie zalecane przez ekspertów, mimo braku twardych dowodów ich efektywności.

Rehabilitacja medyczna

Program skierowany jest do osób zarówno z przewlekłymi jak i pourazowymi schorzeniami narządów ruchu, układu kostnego i mięśniowego – populacji niejednorodnej pod względem problemu zdrowotnego, jak również potrzeb terapeutycznych. Działania programu uchodzą za ukierunkowane na zapobieganie wystąpieniu lub ograniczeniu postępowania niepełnosprawności, której narastająca skala i związane z nią konsekwencje, wymagają zaangażowania potencjału najbliższego otoczenia (rodziny) oraz zasobów społecznych. Stanowi to poważny problem społeczny zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym.

Z treści programu nie wynika dokładnie jednak co i w jakim zakresie będzie proponowane beneficjentom programu. Brakuje szczegółowych informacji na ten temat. Wnioskodawca dokładnie opisuje interwencje w zakresie rehabilitacji, nie wspomina jednak o dokładnych kryteriach włączenia i wyłączenia z programu. Z treści programu wynika, że każdy mieszkaniec będzie mógł skorzystać z programu. Zaznaczono jednak, że w szczególności program skierowany jest do osób w stanach pourazowych i przeciążeniowych związanych m.in. z wykonywaną pracą. W odniesieniu do wytycznych z zakresu MSD wynikających z niekorzystnych warunków pracy, zauważyć należy, że pracodawcy powinni współpracować ze specjalistami medycyny pracy. Umiejętnie zaplanowana i dostosowana do indywidualnych potrzeb rehabilitacja zawodowa może znacznie przyspieszyć powrót do pracy, wpłynąć

pozytywnie na produktywność, morale i utrzymanie wysokiej efektywności pracy. W projekcie brakuje informacji czy zaangażowany będzie specjalista z zakresu medycyny pracy. Większość odnalezionych przeglądów systematycznych podkreśla brak dobrze zaprojektowanych badań RCT na podstawie można by było wydawać jednoznaczne rekomendacje. Wtórne dowody naukowe wskazują jednak na potencjalną skuteczność następujących interwencji:

- zastosowanie ergonomicznych krzeseł u pracowników biurowych, szczególnie w długim okresie obserwacji
- zastosowanie ćwiczeń fizycznych na dolegliwości bólowe ramienia lub szyi związanych z pracą oraz, rekonwalescencję i funkcjonalność ruchową u pracowników powracających do pracy . zastosowanie ergonomicznych klawiatur w profilaktyce ZCN;
- zastosowanie ergonomicznych myszy przy zastosowaniu podłokietnika może redukować MSD szyi/barków ; wykazano korzystny efekt rozciągania w zapobieganiu MSD wynikających z niekorzystnych warunków pracy

Przy tak szerokiej grupie potencjalnych beneficjentów programu (chorzy z MSD), stwierdzić należy, że nie wyodrębniono żadnej pojedynczej strategii, która byłaby skuteczna dla wszystkich rodzajów prac przemysłowych w zapobieganiu MSD. Słabej jakości dowody naukowe wskazują na skuteczność zastosowania mechanicznych rozwiązań ergonomicznych. Projekt nie przewiduje jednak zastosowania interwencji ergonomicznych.

Wnioskodawca nie zaznaczył także jakie dokładnie dolegliwości bólowe (których części ciała?) podlegać będą ćwiczeniom fizycznym. Ćwiczenia fizyczne są zalecane w prewencji bólu dolnego odcinka pleców, w zapobieganiu nawrotom oraz w zapobieganiu zwolnieniom lekarskim z powodu LBP. Istnieją dowody, że nadzorowane ćwiczenia zwiększają efektywność terapii.

Wydaje się, że zaplanowana edukacja w zakresie zdrowego stylu życia (m.in. o prawidłowych zachowaniach zdrowotnych, aktywności fizycznej, ergonomii pracy, czynnikach zaostrzających objawy bólowe itd.) powinna przynieść efekty, ale będą one bardzo zróżnicowane w zależności od podstawowego zespołu chorobowego. Zakładając, że do planowanego programu zgłoszą się osoby, które dotychczas z powodu występujących dolegliwości nie zgłaszały się do lekarza planowane ćwiczenia powinny przynieść przynajmniej częściowe zmniejszenie dolegliwości, ale w założeniu te ćwiczenia powinny być zróżnicowane w zależności od podstawowego schorzenia.

Zgodnie z zasadą kompleksowości rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji. Rekomendowane jest zapewnienie ciągłości świadczeń rehabilitacyjnych, szczególnie w zakresie rehabilitacji medycznej.

Projekt przewiduje określenie zasad udzielania świadczeń pod względem czasu oraz miejsca, co jest istotne w przypadku osób niepełnosprawnych.

Wady postaw u dzieci

Projekt w swojej interwencji przewiduje także przeprowadzenie kampanii edukacyjnej wśród rodziców dzieci służącej omówieniu wyników badań oraz działań profilaktycznych. Jak podkreślają eksperci ważnym elementem programu jest akcja informacyjno-edukacyjna.

Niemniej, podjęcie działań edukacyjnych jednoznacznie determinuje określenie dodatkowej grupy docelowej jaką są rodzice, co nie zostało opisane w projekcie. Należy podkreślić, że planowane działania będą odbywały się w miejscu wskazanym przez dyrektora szkoły. Treść przedłożonego projektu nie zawiera informacji precyzujących kryteria dostępności, czyli udzielania porady informacyjno-edukacyjnej, pod względem czasu oraz miejsca. W związku z tym, że obok dzieci w wieku szkolnym grupą docelową są także rodzice, organizatorzy winni przewidzieć ograniczenia z tym związane i zaplanować interwencje edukacyjne, które będą dostępne dla rodziców lub opiekunów dzieci. Wnioskodawca nie zawarł informacji, kto będzie odpowiedzialny za przeprowadzenie działań edukacyjnych. Właściwie zaplanowana kampania umożliwi zrównoważenie dostępności oferowanych świadczeń. W przypadku przedmiotowego projektu, może mieć to kluczowe znaczenie w zakresie interwencji skierowanej do rodziców. Przewidziane jest uzyskanie zgody na przeprowadzenie badania lekarskiego.

Zgodnie z opiniami ekspertów do realizacji programów powinni być włączeni, obok lekarzy POZ – rehabilitanci, nauczyciele wychowania fizycznego, lekarze szkolni, lekarze rodzinni, pielęgniarki szkolne, pracownicy przedszkoli, czyli wszyscy, którzy mają do czynienia z dziećmi i młodzieżą. Zajęcia korekcyjne dla zakwalifikowanych dzieci będą prowadzone przez nauczyciela posiadającego tytuł magistra wychowania fizycznego, z właściwym przygotowaniem pedagogicznym. Warto także zaznaczyć, że poważne wady postawy będą objęte dodatkową konsultacją medyczną i leczeniem w ośrodkach specjalistycznych.

Cele i efekty programu

Cel główny został poprawnie zdefiniowany, cele szczegółowe wymagałyby weryfikacji, gdyż definiują częściowo działania, które są planowane w programie, tj. działania edukacyjne, przekazywanie informacji. Działanie, czy interwencja nie powinna być celem sama w sobie. Znaczenie celu ma to, co zostanie dzięki tej interwencji osiągnięte.

Efekty programu definiują częściowo działania zaplanowane w programie. Przeprowadzenie zajęć informacyjno-edukacyjnych jest interwencją zaplanowaną w programie, więc nie powinno być jednocześnie uznane jako efekt tego programu. Efektem jest to, co cel

Zaproponowane mierniki efektywności mogą nie zmierzyć zakładanych efektów. Liczebność, czy nawet odsetek uczestników programu nie zmierzy systematycznego i częstego uczestnictwa. Nie określono mierników, które będą sprawdzać równość dostępu do zabiegów usprawniających oraz przeciwdziałanie występowaniu niepełnej sprawności.

Monitorowanie i ewaluacja

Wskazać należy, że nie określono szczegółowo jak będzie przebiegać monitorowanie i w jakim okresie będzie przeprowadzona ewaluacja. Uzupełnienia wymaga określenie tych brakujących elementów. Ewaluacja programu powinna być spójna z oceną efektywności programu, a z opisu to nie wynika.

Warunki realizacji

Projekt zawiera budżet całkowity w wysokości 1 000 000 złotych. Przedstawiono dokładne informacje co będzie zawierać się w poszczególnych kosztach, oraz rozbito koszty na 4 zasadnicze grupy: organizacyjne, realizacji, ogólne, kampanii informacyjno-promocyjnej. Wydaje się jednak, że ze względu na bardzo duży zakres proponowanych działań (szczególnie w aspekcie rehabilitacji medycznej) wnioskodawca powinien dodatkowo przedstawić dokładne koszty realizacji programu (m. in. wynagrodzenia szeregu osób prowadzących program zarówno w odniesieniu do części rehabilitacji, oraz badania przesiewowego w kierunku wad postawy)

Wskazano szczegółowo wskaźniki monitorowania, oraz ewaluacji. Stwierdzić należy, że są one dobrane w sposób prawidłowy. Ponadto realizator programu zostanie wyłoniony na podstawie otwartego konkursu ofert.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Choroby układu mięśniowo-szkieletowego:

Zaburzenia w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego (MSD) należą w Europie do najczęstszych problemów zdrowotnych związanych z pracą. Z danych Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EASHW3) wynika, że są one najbardziej rozpowszechnionymi dolegliwościami w 27 krajach UE. 1/4 europejskich pracowników narzeka na bóle pleców, a niewiele mniej - 23% - na bóle mięśni. 60% zatrudnionych, przez przynajmniej 1/4 czasu pracy, wykonuje powtarzalne ruchy dłoni i ramion, 46% pracuje w niewygodnej i męczącej pozycji, a ponad 1/3 przenosi lub przesuwa ciężkie przedmioty. Dolegliwości mięśniowo-szkieletowe często poprzedzają rozpoznanie konkretnych zaburzeń układu ruchu - tzw. zespołów przeciążeniowych. Zespoły te, powodując ograniczenie sprawności układu ruchu, stanowią obecnie jeden z poważniejszych problemów w opiece medycznej nad pracownikami. Z biomechanicznego punktu widzenia są one skutkiem obciążeń fizycznych przekraczających wytrzymałość i wydolność czynnościową elementów narządu ruchu.

Najczęstszym objawem zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego spowodowanych przez wykonywaną pracę jest ból, rzadziej pracownicy skarżą się na uczucie sztywności mięśni lub parestezje (mrowienie, drętwienie). Dolegliwości te są odpowiedzią na nadmierne obciążenie układu ruchu podczas wykonywania pracy i zazwyczaj po jej zaprzestaniu ustępują¹. W przypadku, gdy obciążenie jest nadmierne lub utrzymuje się długi czas, może dojść do pojawienia się lub narastania zmian zwyrodnieniowo-wytwórczych struktur układu mięśniowo-szkieletowego, stanowiących istotę zespołów przeciążeniowych. Do najczęściej stwierdzanych zespołów przeciążeniowych należą: zespół cieśni kanału nadgarstka, zespół de Quervaina (zapalenie pochewki mięśni: długiego odwodziciela i krótkiego prostownika kciuka), zapalenie nadkłykcia przyśrodkowego i bocznego kości ramiennej (tzw. łokieć tenisisty i golfisty), zespół stożka rotatorów, zespoły bólowe odcinka lędźwiowego i szyjnego kręgosłupa.

Do najczęściej wskazywanych czynników ryzyka wystąpienia MSD związanych z miejscem pracy zalicza się:

- duże tempo pracy i powtarzalne schematy ruchowe;
- podnoszenie ciężkich przedmiotów i wykonywanie czynności wymagających dużej siły rąk;
- dynamiczne i statyczne wymuszone pozycje ciała, częste zginanie i skręty tułowia;
- punktowy nacisk mechaniczny;
- wibracje całego ciała lub poszczególnych jego części;
- działanie niskich temperatur na całe ciało lub poszczególne jego części;
- zbyt krótki czas przeznaczony na odpoczynek i regenerację

Zespoły bólowe kręgosłupa są jedną z najczęstszych przypadłości człowieka i choć nie stanowią zagrożenia życia, to są istotnym problemem współczesnej medycyny. Szacuje się, że współczynnik zachorowalności jest wyższy niż w przypadku choroby niedokrwiennej serca i nadciśnienia tętniczego. Ponadto dolegliwości mięśniowo – szkieletowe są istotną przyczyną absencji w pracy.

Zespoły bólowe kręgosłupa to niejednorodna pod względem przyczyn grupa chorób. Biorąc pod uwagę fakt, że przyczyną dolegliwości bólowych są zarówno zmiany degeneracyjne jak i zaburzenia czynnościowe, sensownym wydaje się również używanie określenia „choroba przeciążeniowa kręgosłupa”.

Negatywne bodźce emocjonalne, a zwłaszcza przewlekły stres, oddziałują niekorzystnie na cały organizm, w tym na narządy ruchu, powodując w zasadzie identyczny obraz kliniczny, jak przeciążenia statyczne. Najbardziej charakterystycznym skutkiem psychogennym jest podwyższone napięcie spoczynkowe mięśni. W miarę rozwoju efektu psychogenego pacjent traci zdolność dowolnego sterowania napięciem mięśniowym. Coraz łatwiej przychodzi napinanie mięśni, zaś coraz trudniej ich rozluźnianie. Pod wpływem długotrwałego działania bodźców stresujących, stopniowo narasta spoczynkowe napięcie mięśni, które zmniejsza stymulujące znaczenie dla układu krwionośnego, co pogarsza krążenie krwi w całym organizmie. Nieaktywne mięśnie tracą także zdolność sytmulowania układu dokrewnego, co przekłada się na funkcjonowanie narządów wewnętrznych. Ponadto należy wspomnieć o zjawisku kumulowania się skutków emocji, które jest znamienne dla ludzi i odgrywa ważną rolę w powstawaniu chorób. Człowiek potrafi za pomocą swojej woli pohamować tendencję do rozładowywania skutków emocji psychicznych oraz przeżytego stresu. Dodatkowo z wymogów życia społecznego wpływa potrzeba harmonijnego współżycia z innymi ludźmi, a nie wszystkie kultury zapewniają możliwość społecznie akceptowalnego odreagowania nagromadzonych przewlekłych bodźców. Wskutek czego u wielu osób pomimo pozornego wyciszenia zewnętrznego, dochodzi do powstawania licznych schorzeń, właśnie na skutek kumulowania efektów stresu zarówno w narządach wewnętrznych, jak i w układzie mięśniowym.

Wady postawy u dzieci:

Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci i młodzieży wchodzą w zakres rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych – zapobieganie najczęstszymi problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia oraz zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego. Do najczęstszych wad postawy należą: plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy wklęsło-okrągłe, plecy płaskie, boczne skrzywienie kręgosłupa – skoliozy, wady statyczne kończyn dolnych. W zależności od wielkości oraz lokalizacji, skrzywienie kręgosłupa wpływa na funkcjonowanie układu oddechowego, zmiany w układzie sercowo-naczyniowym. Chorzy ze skoliozą w życiu dorosłym cierpią na dolegliwości bólowe kręgosłupa, ponadto istotny wpływ na jakość życia mają odczucia estetyczne oraz akceptacja własnego wyglądu.

Alternatywne świadczenia

Osobom niepełnosprawnym przysługują świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej (w tym rehabilitacja lecznicza) - finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczenia

opieki społecznej (w tym rehabilitacja społeczna i zawodowa) finansowane ze środków wydzielonych z PFRON.

Kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad postawy, powinna być wykonywana u dzieci w momencie rozpoczynania nauki szkolnej (6-7 lat), a następnie w wieku 10 lat, 12, 13 i 16 lat. Zadanie to wpisane jest w obowiązki pielęgniarki lub higienistki szkolnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Ocena technologii medycznej

Choroby układu mięśniowo-szkieletowego:

Podsumowanie opinii ekspertów klinicznych:

- Programy w ramach monitorowania skutków powinny uwzględniać skalę jakości życia, dodatkowo ocena powinna być prowadzona po 5-10 latach,
- Zaletą Projektów jest kompleksowe podejście do problemu zdrowotnego,
- Zespoły bólowe kręgosłupa stanowią problem społeczny, który jest trudny do rozwiązania bez wyraźnego ukazywania społeczeństwu subiektywnych czynników ryzyka (w rozumieniu przyczyny i autoprofilaktyki),
- Program powinien zostać poszerzony i swoimi podstawowymi działaniami objąć pracowników innych grup zawodowych również narażonych na problemy zdrowotne z kręgosłupem.

Podsumowanie wytycznych, rekomendacji i dowodów naukowych:

- Osoby odpowiedzialne za ochronę zdrowia powinny edukować ludzi z zakresu zapobiegania zespołom bólowym kręgosłupa oraz dbania o zdrowie plecy poprzez współpracę z instytucjami i firmami. Szczególny nacisk powinien być położony na samoopiekę i odpowiedzialność pacjenta oraz ergonomiczne środowisko pracy;
- Pracodawcy powinni także modyfikować środowisko pracy, aby osobom cierpiącym z powodu bólu pleców umożliwić jak najszybszy powrót do pracy i zminimalizować ryzyko przedłużającej się niedyspozycji;
- Edukacja jest rekomendowana, jako strategia, która powinna być stosowana u całej populacji w codziennym życiu. Istnieją dowody na efektywność kosztową edukacji, jako interwencji w fizjoprofilaktyce i leczeniu bólów kręgosłupa.
- Tradycyjne informowanie dotyczące biomechaniki, technik podnoszenia czy optymalnej postury nie jest zalecane w LBP;
- Broszury informacyjne dla pacjentów powinny przede wszystkim zawierać informacje, które wpłyną na redukcję lęku i niepokoju i będą promować samoleczenie. Broszury takie są bardziej skutecznie niż te zawierające informacje dotyczące anatomii, ergonomii oraz konkretnych ćwiczeń fizycznych. Szczególnie poleca się umieszczanie następujących informacji:
 - Brak poważnej choroby jest bardzo prawdopodobny, kiedy nie występują „czerwone flagi”,

- Ból nie jest równoznaczny z obecnością uszkodzenia,
- Prognozy w leczeniu dolnego odcinka pleców są dobre, większość pacjentów wraca do zdrowia po 2-4 tygodniach,
- Odpoczynek w łóżku nie jest polecany i powinien być ograniczony maksymalnie do dwóch dni,
- Niezbyt nasilona aktywność fizyczna nie tylko nie pogłębią bólu kręgosłupa i nie powoduje dodatkowych uszkodzeń, ale przyspiesza proces powracania do zdrowia,
- Stopniowy powrót do pracy i aktywności prowadzi do lepszych krótkotrwałych i długotrwałych efektów;
- Konkretnie informacje i porady mogą być pomocne w odniesieniu do powodujących ból aktywności, takich jak siedzenie, dźwiganie, wstawanie z łóżka;
- Organizacje zrzeszające pielęgniarzy oraz pracodawcy powinni prowadzić szkolenia dotyczące zagrożeń w miejscu pracy. Jednym z takich zagrożeń jest ból w dolnym odcinku pleców. Edukacja i zarazem zwiększanie świadomości w tym zakresie jest skutecznym sposobem walki z zagrożeniami w miejscu pracy;
- Szkolenie w pracy z zakresu metod ręcznego przemieszczania przedmiotów, jest nieskuteczną interwencją w zakresie zapobiegania bólowi dolnej części pleców, jeśli jest samodzielną interwencją;
- Pasy lędźwiowe nie są polecane w prewencji LBP;
- Wkładki ortopedyczne do obuwia nie są polecane w prewencji LBP;
- Istnieją silne dowody, że techniczne środki ergonomiczne mogą redukować przeciążenie pleców oraz kończyn górnych bez utraty produktywności oraz umiarkowane dowody, że środki te mogą redukować występowanie zaburzeń mięśniowo-szkieletowych;
- Ćwiczenia fizyczne są zalecane w prewencji bólu dolnego odcinka pleców, w zapobieganiu nawrotom oraz w zapobieganiu zwolnieniom lekarskim z powodu LBP. Istnieją dowody, że nadzorowane ćwiczenia zwiększają efektywność terapii. Brakuje dowodów żeby zalecić konkretne ćwiczenia fizyczne;
- Terapia manualna (manipulacyjna) jest zalecana w ostrym i przewlekłym bólu kręgosłupa, ale brak jest jednoznacznych dowodów na efektywność tej interwencji. Pod względem skuteczności nie różni się od innych terapii fizjoterapeutycznych. Terapia manipulacyjna nie jest rekomendowana jako interwencja profilaktyczna. Zajęcia terapii manualnej powinny obejmować maksymalnie 9 sesji przez okres nie dłuższy niż 12 tygodni.
- Masaż leczniczy, jako pojedyncza interwencja nie jest efektywny kosztowo. Nie jest zalecany w ostrym bólu dolnej części kręgosłupa.
- Trening fizyczny może także zredukować ból pleców, szyi i ramion. Jednak, aby szkolenie było efektywne, trening fizyczny powinien być powtarzany min. 3 razy w tygodniu;
- Multidyscyplinarne interwencje w miejscu pracy mogą być polecane w celu zredukowania pewnych aspektów LBP, jakkolwiek nie jest możliwe zalecenie dokładnego zakresu tych interwencji;

- Terapie łączące interwencje psychologiczne i fizyczne powinny trwać maksymalnie 100 godzin przez okres 8 tygodni.
- Podstawowym postępowaniem u pacjentów, u których objawy bólowe nie są nasilone powinna być samoopieka i terapia stosowana w domu. Pacjent przede wszystkim nie powinien leżeć w łóżku, za to powinien utrzymywać aktywność fizyczną (siła zalecenia: I). U osób stosujących domowe leczenie poprawa stanu zdrowia następuje średnio po 2-4 tygodniach. Jakkolwiek u $\frac{3}{4}$ osób, u których nastąpiło cofnięcie objawów, nawrót nastąpi w ciągu następnych 12 miesięcy. Domowe leczenie obejmuje stosowanie ciepłych lub zimnych kompresów w zależności od preferencji pacjenta, stosowanie leków przeciwbólowych oraz ćwiczeń fizycznych, które nie powodują przeciążenia kręgosłupa (ćwiczenia niewymagające dźwigania, skręcania tułowia, zginania). Pacjent powinien przede wszystkim zwracać uwagę na swoją posturę

Podsumowanie opinii eksperckich z zakresu zapobiegania i profilaktyki chorób mięśniowo – szkieletowych:

- programy profilaktyczne z zakresu MSD odgrywają bardzo istotną rolę w polityce zdrowotnej pod warunkiem, że są ukierunkowane na eliminację udokumentowanych czynników ryzyka.
- stosowane interwencje (np. rehabilitacja, leczenie uzdrowiskowe, fizykoterapia) powinny być opisane w sposób szczegółowy, oraz zgodne z aktualnymi badaniami naukowymi
- podstawą programów profilaktycznych z zakresu MSD powinien być element edukacyjny (z zakresu zdrowego stylu życia), który powinien być dostosowany do głównego schorzenia, jakim objęty będzie program. Szczegółowe zagadnienia powinny być ustalone przez Konsultantów Wojewódzkich z zakresu neurologii, ortopedii, reumatologii i rehabilitacji
- programy profilaktyczne z zakresu MSD powinny być finansowane ze środków publicznych, ponieważ stanowią istotny problem społeczny ze względu na zdolność do pracy (niezdolność) obciążającą ZUS, NFZ, służbę zdrowia, niezależnie od wpływu na życie osobiste chorego związane z cierpieniem i utratą zdolności zarobkowania.
- w związku z faktem, że problem MSD jest bardzo wszechstronny, programy z tego zakresu muszą być realizowane (lub co najmniej koordynowane) przez ośrodki naukowe.
- jako wskaźniki monitorowania oraz oceny efektów PZ z zakresu MSD podano następujące wskaźniki: spadek ilości wizyt u lekarza i absencji w pracy, wpływ na zmniejszenie ilości rent, liczba uczestników pozytywnie oceniających szkolenie (w przypadku programów edukacyjnych), liczba pacjentów z wykrytymi nieprawidłowościami w stanie zdrowia dotyczącymi układu ruchu skierowanych do POZ, liczba osób uczestniczących w grupowych zajęciach ruchowych.
- należy pamiętać, że przeciążenie układu ruchu może towarzyszyć zarówno ciężkiej, jak i lekkiej pracy fizycznej - w tym pracy biurowej (powszechnie uważanej za bardzo lekką). Ponadto powszechnie występują bóle odcinka lędźwiowo-krzyżowego są one często związane ze stresem w miejscu pracy.

- PZ z zakresu MSD wynikających z niekorzystnego środowiska pracy w pierwszej kolejności powinny być ukierunkowane jedną grupę zawodową (najlepiej najliczniejszą i w miarę jednolitą np. pracownicy fizyczni pracujący w określonym narażeniu lub pracownicy biurowi), a następnie powinna zostać nawiązana współpraca z pracodawcami. Kolejny etap powinien zawierać następujące działania: rozpoznanie zagrożeń w konkretnych miejscach pracy (specjaliści z zakresu medycyny pracy w tym np. ergonomii), badania pracowników przez lekarza i/lub psychologa, opracowanie zaleceń naprawczych, szkolenia dla pracodawców i opracowanie dla nich materiałów informacyjnych.

Podsumowanie wytycznych z zakresu zapobiegania i profilaktyki chorób mięśniowo – szkieletowych.

- pracodawcy powinni współpracować ze specjalistami medycyny pracy. Umiejętnie zaplanowana i dostosowana do indywidualnych potrzeb rehabilitacja zawodowa może znacznie przyspieszyć powrót do pracy, wpłynąć pozytywnie na produktywność, morale i utrzymanie wysokiej efektywności pracy.
- pracodawca powinien wysłuchać skarg pracowników i wziąć je pod uwagę. gdy pracownik skarży się na złą organizację pracy lub, gdy wynik oceny warunków psychospołecznych jest niezadowolający, pracodawca jest zobowiązany do zastosowania odpowiednich środków zaradczych, najlepiej przy udziale samych pracowników.
- szybki powrót do pracy zapobiega przewlekłym bólom pleców.
- wyposażenie miejsca pracy powinno dawać się regulować zależnie od indywidualnych potrzeb pracownika.
- zaleca się unikać ręcznego przenoszenia przedmiotów, należy stosować (w miarę możliwości) odpowiedni sprzęt.
- należy wdrożyć regularnie uaktualniane regulaminy bhp dotyczące wszystkich aspektów codziennej pracy.
- należy pamiętać, że problem MSD dotyczy pracowników w każdym wieku.
- odpowiednie zaprojektowanie stanowisk pracy wspomaga proces rehabilitacji. Proste zmiany w zakresie organizacji pracy, takie jak wprowadzenie elastycznego czasu pracy, pozwolą zapobiegać pogorszeniu stanu zdrowia pracowników z MSD i pomogą im w powrocie do pracy.
- psychologiczne wymagania pracy powinny być zgodne z możliwościami pracownika - możliwości pracownika są określone głównie poprzez jego doświadczenie, zdolności i umiejętności, które z kolei zależą od poziomu wykształcenia i przeszkolenia zawodowego, a także stażu pracy.
- odpowiednio wcześnie należy zasugerować przełożonemu dostosowanie warunków pracy do twojego stanu zdrowia, oraz zaangażować rodzinę w kontynuowanie pracy i proces rehabilitacji.
- należy robić sobie przerwy przy wykonywaniu powtarzalnych lub czasochłonnych zadań i pracy w niewygodnej pozycji.

- lekarze ogólni powinni doskonalić swoją wiedzę w zakresie medycyny pracy i wspierać wdrażanie systemu stopniowego powrotu do pracy.
- lekarze ogólni powinni wspierać stabilne zatrudnienie pracowników cierpiących na MSD i kierować ich do odpowiednich specjalistów tak szybko, jak to możliwe.
- główną zasadą rehabilitacji chorych na RZS i ZZSK jest kompleksowość postępowania, tj. łączenie fizykoterapii, kinezyterapii, zaopatrzenia ortopedycznego, edukacji oraz zaspokajania potrzeb psychosocjalnych.
- rehabilitacja ma równoważne znaczenie względem farmakoterapii, obie te metody powinny być łączone.
- program rehabilitacji powinien być indywidualnie dostosowywany do potrzeb danego pacjenta.
- postępowaniem z wyboru w obu jednostkach chorobowych jest rehabilitacja z użyciem krioterapii (krioterapia ogólna i miejscowa, ćwiczenia w odciążeniu stawów, ćwiczenia indywidualne, ćwiczenia przyrządowe). W przypadku nieskuteczności rehabilitacji z użyciem krioterapii lub przy obecnych przeciwwskazaniach do tej formy leczenia, należy zastosować tradycyjną rehabilitację (ćwiczenia w odciążeniu stawów w basenie, ćwiczenia indywidualne, ćwiczenia przyrządowe, elektroterapia, magnetoterapia).
- kompleksowa rehabilitacja bez względu na stosowane metody powinna być uzupełniona o elementy szkolenia w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem.
- rehabilitacja bez względu na metodę jest dobrym środkiem poprawiającym ocenę aktualnej zdolności do pracy oraz ocenę własnych możliwości w stosunku do fizycznych wymagań wykonywanego zawodu. W związku z czym, rehabilitacja ta jest zalecana szczególnie osobom aktywnym zawodowo, z przewlekłymi chorobami narządu ruchu, w celu utrzymania ich w zatrudnieniu.

Podsumowanie odnalezionych wtórnych dowodów naukowych z zakresu zapobiegania i profilaktyki chorób mięśniowo – szkieletowych:

- nie odnotowano opartych na dowodach naukowych programów ćwiczeń fizycznych dla zawodowych muzyków orkiestrowych. Zaleca się przystosowanie programów ćwiczeń innych grup pracowniczych również dla grupy muzyków.
- nie wykazano stałego związku między innymi niż karcynogenne czynnikami a MSD, wynikającymi z niekorzystnych warunków pracy strażaków. Nie ma wystarczających dowodów epidemiologicznych na związek między pracą przy komputerze a MSD, w szczególności zespołu cieśni nadgarstka. Nie udokumentowano także skutecznych interwencji w zapobieganiu MSD wśród osób korzystających z komputera.
- brak jest rzetelnych badań epidemiologicznych występowania MSD wśród pracowników branży gastronomicznej.
- wtórne dowody naukowe wykazały tendencję zmniejszenia objawów ze strony układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników, wykonujących prace siedzące przez dłuższy czas, w przypadku skuteczności zastosowania ergonomicznych krzeseł.

- wykazano korzystny wpływ ćwiczeń fizycznych na ból, rekonwalescencję, funkcjonalność ruchową i zwolnienia chorobowe, oraz na dolegliwości ramienia lub szyi związanych z pracą, w porównaniu z masażem, przerwami od pracy za komputerem.
- niska jakość dowodów naukowych (brak RCT) wykazała, że ergonomiczne interwencje nie zmniejszały bólu w krótkim okresie obserwacji, ale miały korzystny wpływ na zmniejszenie bólu w długotrwałej obserwacji.
- na podstawie umiarkowanych dowodów naukowych zaleca się stosowanie podłokietników u pracowników korzystających w dużej ilości z komputera.
- osoby cierpiące na ZCN mogą odnosić korzyści ze stosowania ergonomicznych klawiatur w porównaniu do klawiatur tradycyjnych, ponadto korzystanie z ergonomicznych myszy przy zastosowaniu podłokietnika może redukować MSD szyi/barków.
- wykazano korzystny efekt rozciągania w zapobieganiu MSD wynikających z niekorzystnych warunków pracy.
- nie wyodrębniono żadnej pojedynczej strategii, która byłaby skuteczna dla wszystkich rodzajów prac przemysłowych w zapobieganiu MSD. Słabej jakości dowody naukowe wskazują na skuteczność zastosowania mechanicznych rozwiązań ergonomicznych.
- brak jest wystarczających dowodów z randomizowanych badań klinicznych określających, czy ergonomiczne wyposażenie lub prawidłowa pozycja wpływają korzystnie lub szkodliwie na proces leczenia ZCN.
- narażenie zawodowe na nadmierne wibracje, zwiększoną siłę działającą na dłoń i powtarzalność ruchów zwiększają ryzyko wystąpienia ZCN. Należy wdrożyć w miejscu pracy odpowiednie strategie przeciwdziałające występowaniu ZCN.
- brakuje przekonujących dowodów, że ciężka praca fizyczna, niska wydolność, wiek oraz niski status wykształcenia są czynnikami ryzyka niezdolności do pracy w kontekście RZS.
- wykazano, że 60% publicznych środków finansowych w warunkach hiszpańskich przekazywanych na refundację zabiegów fizjoterapeutycznych w leczeniu NP, BP i SP w placówkach prywatnych, wydawanych jest na interwencje nieskuteczne, zabiegi które nie mają wystarczających dowodów na skuteczność bądź jej brak.
- szacuje się, że w Unii Europejskiej bezpośrednio koszty MSD dochodzą do 2% PKB. Koszty związane z bólem pleców europejskiej siły roboczej to ponad 12 mld € rocznie, natomiast RZS to ok. 45 mld € rocznie. Ponadto szacuje się, że w Wielkiej Brytanii, "MSD i choroby stawów" kosztowały NHS 186 mln funtów w 2008 roku, podczas gdy koszty opieki zdrowotnej związane z reumatoidalnym zapaleniem stawów wynosiły 560 milionów funtów rocznie, dochodząc do 1,8 mld funtów przy uwzględnieniu utraty zatrudnienia czy zwolnienia chorobowego. Również w Wielkiej Brytanii, zostało obliczone, że w roku 1998 koszty opieki zdrowotnej, opieki nieformalnej i straty produkcyjne z powodu bólu pleców wyniosły 10,67 miliardów funtów. W Holandii, roczny koszt szkód wynikających z długotrwałego obciążenia związanego z pracą to 2,1 mld €, podczas gdy roczne koszty RZS zostały oszacowane na 1,6 mld € w Irlandii i 2 mld € w Hiszpanii.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, świadczenia gwarantowane z tego zakresu obejmują m. in. rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego, świadczenia psychologa, terapię zajęciową oraz edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samo opieki i samo pielęgnacji w warunkach domowych.

Niepełnosprawność jest jednym z poważniejszych zjawisk i problemów współczesnej cywilizacji. Znaczenie tego problemu wynika z rozmiarów i powszechności jego występowania w populacji, a także z konsekwencji jakie wywołuje w sensie indywidualnym i społecznym.

Niezależnie od jednostki chorobowej: wytyczne podkreślają, że skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ciągłość.

Zgodnie z zasadą kompleksowości rehabilitacja rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji.

W szeroko pojmowanym procesie rehabilitacji wyróżnia się rehabilitację medyczną, społeczną i zawodową. Na rehabilitację medyczną (fizjoterapię) składają się: kinezyterapia, fizykoterapia, masaż leczniczy

Wytyczne są zgodne, że rehabilitacja nie może być uważana za osobną formę albo etap terapii, lecz musi być zintegrowana ze świadczeniami profilaktyki wtórnej, gdyż stanowi jeden z jej aspektów. Rehabilitacja medyczna daje szansę nauczenia i zachęcenia pozytywnych zachowań zdrowotnych oraz zwiększenia stosowania się do zalecanej farmakoterapii.

Wytyczne podkreślają, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ (y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych.

Działania te wpisują się w światową jak i regionalne strategie działań na rzecz osób niepełnosprawnych skierowanych m.in. na wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych, przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu poprzez zwiększenie dostępu do dóbr i usług umożliwiających im pełne uczestnictwo w życiu społecznym, kulturalnym oraz integrację osób niepełnosprawnych ze środowiskiem, realizujących zapisy Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych.

Prowadzenie przez samorządy programów zdrowotnych obejmujących kompleksową terapię i rehabilitację niepełnosprawnych, wydaje się uzasadnione wobec ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Programy zdrowotne poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji. Niepełnosprawność jest pojęciem określającym, długotrwały stan, w którym występują pewne ograniczenia w prawidłowym funkcjonowaniu człowieka.

Pojęcie to odnosi się do populacji zróżnicowanych pod kątem rodzaju (kategorii) niepełnosprawności, okresu życia, w którym ona wystąpiła, przyczyny, czy stopnia niepełnosprawności, a tym samym populacji o różnych wymaganiach terapeutycznych, jak również edukacyjnych, czy społecznych, do realizacji, których możliwe jest zastosowanie różnorodnych interwencji.

Wady postawy u dzieci:

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy, mające na celu wczesne wykrywanie tych wad i kierowanie dzieci do leczenia, zanim się one utrwalą, znajdują się w zestawie rutynowych badań wykonywanych tradycyjnie w wieku szkolnym. Badania takie zawsze wspierane były przez ortopedów i pediatrów. Także eksperci proszeni o opinię wyrazili gorące poparcie dla tego typu programów zdrowotnych (dodatkowe uwagi – patrz 3.1.), a jeden zadeklarował nawet „zbieżność interesów” (przez analogię do „konfliktu interesów”) z celami programów, których celem jest poprawa wydolności ruchowej i zdrowotności najmłodszej części społeczeństwa.

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne w środowisku nauczania i wychowania oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych, i powinny być rutynowo wykonywane u dzieci w wieku 6 albo 7 lat, 10 lat, 12 lat, 13 lat i 16 lat. Efektywność tych rutynowych badań, jak również praktyczna możliwość skorzystania z dalszej diagnostyki i ćwiczeń korekcyjnych dzieci z dodatnim wynikiem badania przesiewowego, nie są znane.

Choć badaniom przesiewowym w kierunku wad postawy, zwłaszcza skolioz, poświęcono tysiące publikacji, brak dobrych metodologicznie badań poświadczających efektywność skriningu. Odnalezione dane wskazują, że wartość predykcyjna wyniku dodatkiego standardowego badania przesiewowego jest wyjątkowo niska (5%), co oznacza, że 95% dzieci kierowanych jest w wyniku przesiewu na dalszą diagnostykę niepotrzebnie. Z badania Montgomery1990 wynika, że częstsze badania przesiewowe (protokół konwencjonalny vs. nieswoisty) 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 (Montgomery1990). 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 autorzy sugerują nie wykluczać tego badania 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.

Oceniając wartość badań przesiewowych, należy wziąć pod uwagę wysiłek organizacyjny oraz koszty badań i dalszej diagnostyki/leczenia, ale także potencjalne działania niepożądane, wiążące się z niepotrzebnymi badaniami lekarskimi i błędnymi rozpoznaniem, oraz niekorzystny efekt psychologiczny związany z koniecznością noszenia gorsetu (w części przypadków niepotrzebnego – gdy zniekształcenie kręgosłupa nie ma tendencji do powiększania się, a rzadko samoistnie ustępuje, niezależnie od leczenia).

Obecnie dostępne dowody efektywności klinicznej zarówno badań przesiewowych, jak i wczesnego leczenia za pomocą programów ćwiczeń, nie pozwalają ani zdecydowanie zalecić, ani zniechęcać do takiego postępowania.

W wyniku tej sytuacji amerykański USPSTF wydał rekomendację negatywną dla badań przesiewowych w kierunku skoliozy, co nie zyskało akceptacji środowisk medycznych (zalecenia SOSORT z 2005 r., wytyczne włoskie z 2005 r., stanowisko SRS/AAOS z 2007 r.). Ciekawe światło na efektywność kliniczną rzucają dane z badania kosztowej efektywności Montgomery 1990, wykazujące, że badania wykonywane narzędziami zwiększającymi wartość predykcyjną (badanie fotogrametryczne Moire'a) obniżają zarówno działania niekorzystne (zmniejszając liczbę rozpoznań fałszywie dodatnich), jak i w efekcie długofalowe koszty programu. Efektywność przesiewu zwiększa wykonywanie go przez doświadczonych, wyspecjalizowanych pracowników medycznych (Nussinovitch 2002). Efektywność programu ćwiczeń zwiększa jego indywidualne dobranie dla konkretnych chorych i prowadzenie pod systematyczną kontrolą specjalistów bądź w warunkach placówki specjalistycznej (Kotwicki 2009, Negrini 2008). Efektywność programu ćwiczeń zwiększa także wprowadzenie do niego nauki autokorekcji postawy (Kowalski 2001). Skuteczność autokorekcji potwierdza badanie Anwajler 2006.

Nieliczne analizy ekonomiczne wykazały, że choć koszt samych badań przesiewowych jest niewielki, rośnie znacznie, gdy przeliczy się go na jeden przypadek ostatecznie rozpoznany i skierowany do leczenia oraz na jeden przypadek skutecznie leczonej skoliozy (SRS/AAOS, Montgomery 1990). Efektywność kosztową programu można zwiększyć, dobierając bardziej efektywne narzędzia przesiewowe (Montgomery 1990).

Poza samą wartością badań przesiewowych, programy samorządowe mogą oferować wartość dodatkową w postaci organizowania dalszej diagnostyki lub ćwiczeń korekcyjnych. Istotnym elementem dodanym może też być edukacja: uświadamianie dzieciom i rodzicom czynników sprzyjających wadom postawy, propagowanie znaczenia prawidłowej postawy, nieprzeciążania dziecięcych tornistrów, zachęcania do większej aktywności fizycznej dzieci. Kolejną wartością dodaną może być organizowanie rehabilitacyjnych ćwiczeń korekcyjnych w dogodnym dla dzieci miejscu i czasie.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że programy przesiewowego wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci przed spodziewanym skokiem pokwitaniowym, stanowiącym dodatkowy czynnik ryzyka, prawidłowo zaprojektowane i wspomagające, a nie dublujące świadczenia gwarantowane leżące w obowiązkach pielęgniarki lub higienistki szkolnej i lekarzy POZ, są powszechnie zalecane przez ekspertów, mimo braku twardych dowodów ich efektywności. Podobnie ma się sprawa z programami ćwiczeń korekcyjnych, które mogą być skuteczne pod warunkiem indywidualnego doboru zestawu ćwiczeń oraz systematycznego ich nadzorowania i dostosowywania. Niezależnie od programów skierowanych na problem zdrowotny wad postawy u dzieci i młodzieży, należy zwrócić uwagę zarówno samorządów, jak i władz szkolnych i innych organizacji zajmujących się dziećmi i młodzieżą na potrzebę działań skierowanych na zwiększenie aktywności fizycznej młodego pokolenia, które mogą 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.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: AOTMiT-OT-441-49/2015, „Profilaktyka chorób układu mięśniowo-szkieletowego” realizowany przez: Gminę Kleszczów, Warszawa, marzec 2015 oraz Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy zdrowotne w zakresie zapobiegania chorobom mięśniowo-szkieletowym oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, sierpień 2014, „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, maj 2012, „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, sierpień 2011.