



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 101/2017 z dnia 17 maja 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program Zdrowego
Kręgosłupa” Regionalny Program Zdrowotny Województwa
Śląskiego na lata 2017-2021 w zakresie wczesnego wykrywania
deformacji kręgosłupa u dzieci w wieku szkolnym oraz edukacja
w zakresie ergonomii w codziennym życiu dziecka”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program Zdrowego Kręgosłupa” Regionalny Program Zdrowotny Województwa Śląskiego na lata 2017-2021 w zakresie wczesnego wykrywania deformacji kręgosłupa u dzieci w wieku szkolnym oraz edukacja w zakresie ergonomii w codziennym życiu dziecka” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy wykrywania wad postawy oraz edukacji z zakresu utrzymania prawidłowej postawy ciała u dzieci. Program może częściowo stanowić uzupełnienie świadczeń gwarantowanych, jednak w celu zapewnienia wysokiej jakości realizowanych działań, konieczne jest dopracowanie niektórych jego elementów.

Cele programowe powinny być określone zgodnie z regułą SMART. Mierniki efektywności należy uzupełnić o mierniki jakościowe.

Populacja docelowa została określona poprawnie. Wątpliwości budzą jednak oszacowania liczby osób uczestniczących w poszczególnych etapach programu. Warto wskazać dla tej części uzasadnienie.

Interwencje programowe pozostają zgodne z wytycznymi. Należy mieć nas uwadze, że w zakresie badań przesiewowych, konieczne jest określenie mechanizmów, które pozwolą na uniknięcie podwójnego finansowania tych samych świadczeń. Natomiast w zakresie edukacji i szkoleń konieczne jest szczegółowe opisanie zakresu tematycznego oraz sposobu realizacji tych działań.

Projekt zawiera informacje o ścieżce postępowania (w ramach NFZ) z dzieckiem, u którego wykryto wadę postawy. Niemniej jednak warto, aby zakończenie udziału w programie wiązało się z przekazaniem zaleceń do ćwiczeń, które dziecko może wykonywać samodzielnie w domu. Również w zakresie edukacji zdrowotnej rodziców element ten powinien zostać uwzględniony.

Monitorowanie programu nie budzi większych zastrzeżeń. Ewaluację należy poprawić i uzupełnić o wskaźniki jakościowe.

Budżet programowy zawiera błędy w kalkulacjach oraz zawiera oszacowania kosztów zakupu sprzętu, który nie został uwzględniony w innych częściach projektu. Konieczne jest jego poprawienie i doprecyzowanie.

Przedmiot opinii



Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wad postawy. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 34 987 420,91 PLN , zaś okres realizacji to lata 2017-2021.

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 wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu odnosi się do wad postawy wśród dzieci w wieku szkolnym. W treści projektu zwrócono uwagę na najczęściej występujące wady postawy, oraz przyczyny ich powstawania. Ponadto rozrózniono oraz stosownie zdefiniowano nawykową nieprawidłową postawę.

Opiniowany projekt wpisuje się w następujące priorytety: „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 kostnowątkowego”, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

W projekcie przedstawiono wskaźniki epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym, odnosząc się zarówno do danych ogólnoswiatowych, krajowych, jak i sytuacji regionalnej. Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych opublikowanymi przez Ministerstwo Zdrowia w dniu 2.01.2017 r. w 2014 roku w Województwie Śląskim odnotowano 219 hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako choroby kręgosłupa, co stanowiło 0,54% wszystkich hospitalizacji z powodu przeanalizowanych rozpoznań. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 28,40.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „poprawa stanu zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 7-15 lat, poprzez prowadzenie działań profilaktycznych obejmujących edukację zachowań ergonomicznych w życiu całej rodziny oraz zwiększenie dostępu do wczesnej diagnostyki nieprawidłowości w obrębie postawy ciała oraz deformacji kręgosłupa w województwie śląskim do 2021 roku”. Cel główny powinien zostać sformułowany w sposób szczegółowy, tak aby był on mierzalny, realistyczny oraz terminowy. Główne założenie ocenianego projektu zostało uzupełnione 6 celami szczegółowymi. W treści projektu programu poprawnie przedstawiono mierniki efektywności, które odnoszą się w swoim zakresie do wszystkich działań zaplanowanych w ramach programu. Mają one jednak charakter głównie ilościowy i nie pociągają za sobą możliwości określenia wpływu ww. działań prowadzonych w ramach programu na stan zdrowia uczestników. Istotnym jest również, aby wartości mierników były określane przed i po realizacji programu.

Populacja docelowa

Populację docelową ocenianego projektu stanowią dzieci i młodzież w wieku od 7 do 15 lat. Zgodnie z danymi GUS liczba dzieci w ww. przedziale wiekowym mieszkających na terenie województwa śląskiego wynosi 372 275. Dane te pokrywają się zatem z liczebnością wskazaną w treści projektu.

Należy podkreślić, że ostateczne oszacowanie populacji, która poddana zostanie badaniom przesiewowym (uwzględnione w kosztach) budzi pewne wątpliwości. Mimo że w treści projektu programu zaznaczono, iż przez okres 2017-2021 zaplanowano objąć programem całą możliwą do włączenia grupę osób z regionu, założenie to spełnione zostanie tylko w przypadku roku 2017 (100% osób w przedziale wiekowym 7-15 lat). W kolejnych latach przewidziano objąć badaniami 46%

populacji we wskazanym przedziale wiekowym, w roku 2019 – 27%, w roku 2020 – 20%, natomiast w roku 2021 – 17%. Kwestia ta wymaga zatem doprecyzowania.

Ponadto, w projekcie zaznaczono, że wsparciem edukacyjnym objęci zostaną również rodzice/opiekunowie prawni dzieci i młodzieży. Wsparcie szkoleniowe w zakresie poprawności prowadzenia badania przesiewowego kierowane będzie do pielęgniarek (711) oraz higienistek szkolnych (103). Zgodnie z informacjami zamieszczonymi w treści projektu programu wsparciem pośrednio objęci będą również nauczyciele szkół podstawowych i gimnazjów (w województwie zatrudnionych jest 22 446 nauczycieli). Planowane szkolenia będą skierowane również do fizjoterapeutów prowadzących w szkołach zajęcia korekcyjne, lekarzy specjalistów z poradni rehabilitacji lub wad postawy w celu przekazania najnowszej wiedzy na temat diagnostyki i leczenia deformacji kręgosłupa. W projekcie nie wskazano uzasadnienia dla tak przyjętej liczby uczestników edukacji i szkoleń.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano prowadzenie następujących działań:

1. Moduł I: badania przesiewowe postawy ciała nakierowane na wykrywanie wszelkich nieprawidłowości w obrębie postawy ciała ze szczególnym uwzględnieniem deformacji kręgosłupa (tj. skolioza i choroba Scheuermanna).
2. Moduł II: diagnostyka w przypadku podejrzenia wady postawy lub deformacji kręgosłupa. Skierowanie do diagnostyki różnicowej otrzymają te osoby, u których w ramach badań przesiewowych stwierdzono podejrzenie wystąpienia wady postawy lub deformacji kręgosłupa.
3. Moduł III: działania edukacyjne i szkoleniowe.

Ad. 1.

W treści projektu zaznaczono, że w czasie trwania programu (okres 5 lat) każdego roku dzieci/młodzież w przedziale wiekowym 7-15 lat będą poddawane badaniom przesiewowym (zatem każde dziecko w wieku od 7 do 14 lat zostanie poddane przesiewowi więcej niż raz).

Warto podkreślić, że odnalezione wytyczne nie są zgodne co do zasadności prowadzenia przesiewu w kierunku wad postawy. Zgodnie z wytycznymi U.S. Preventive Services Task Force (stanowisko wydane w roku 2004, podtrzymane w latach 2009 oraz 2014) skryning w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wśród młodzieży bez objawów choroby nie jest rekomendowany. USPSTF nie znalazło dobrych dowodów popierających tezę, że skryning młodzieży bez objawów choroby wykrywa skoliozę idiopatyczną na wcześniejszym stadium niż metody wykrywania choroby nieuwzględniające prowadzenia skryningu. Rekomendacje negatywne odnośnie prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wydało również UK National Screening Committee (UK NSC 2016).

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 (2015 r.) dochodzą do konkluzji, że jeżeli skryning w kierunku wykrycia skoliozy jest zalecany dziewczęta powinny być poddane badaniom dwukrotnie – w wieku 10 i 12 lat, natomiast chłopcy jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat.

Wytyczne 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).

Warto także zaznaczyć, że kompleksowa ocena stanu zdrowia obejmująca diagnostykę wad postawy znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

i zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, powinna być przeprowadzana u dzieci w ramach testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne m.in. w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w I klasie szkoły podstawowej), w III i V klasie szkoły podstawowej oraz w I klasie gimnazjum. W treści programu nie wskazano, czy działania zostały zaplanowane tak, aby możliwe było uniknięcie podwójnego finansowania danych świadczeń.

Należy podkreślić, że w treści projektu programu nie sprecyzowano jakie narzędzia posłużą ocenie stanu danego uczestnika, wymieniono jedynie dostępne metody diagnostyczne. Konieczne jest także doprecyzowanie, zgodnie z jakimi normami uczestnicy kwalifikowani będą do kolejnych etapów.

Ad.2.

W przypadku podejrzenia wady postawy w badaniu przesiewowym dziecko będzie kierowane do lekarza specjalisty z poradni rehabilitacji lub wad postawy celem diagnostyki różnicowej RTG.

Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami, w przypadku dodatniego wyniku testu przesiewowego pielęgniarka musi skierować dziecko do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, przekazując zarazem informację o rodzaju stwierdzonej nieprawidłowości, zadaniem lekarza jest natomiast potwierdzenie bądź też wykluczenie występowania zaburzenia (ORE 2014).

Zgodnie z opinią eksperta, dołączoną do projektu programu, założenia modułu II budzą pewne zastrzeżenia. Punktem końcowym tego etapu jest bowiem skierowanie do poradni specjalistycznej. W treści projektu programu nie określono natomiast trybu wydawania skierowania (w systemie ubezpieczenia zdrowotnego czy poza nim), jak również trybu wystawienia skierowania w przypadku kierowania do lekarza specjalisty działającego w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Kwestia ta wymaga zatem sprecyzowania.

Należy podkreślić, iż w przypadku skolioz badanie radiologiczne uchodzi za najważniejsze badanie dodatkowe. Ekspozycja na promieniowanie wśród populacji dzieci i młodzieży poddanych dalszej diagnostyce w kierunku wskazanego schorzenia zwiększa jednak ryzyko wystąpienia w przyszłości chorób nowotworowych, dlatego też wdrażane powinny być metody służące redukcji ich częstotliwości.

Ad. 3

W treści projektu programu zaznaczono, że szkolenia edukacyjne poświęcone tematyce zachowań ergonomicznych obejmować będą co najmniej jedną z wymienionych grup: dzieci, rodzice/opiekunowie, nauczyciele. Nie sprecyzowano zatem do kogo skierowane będą planowane działania.

Wskazany zakres tematyczny obejmować ma: edukację poprawnej pozycji ciała w trakcie siedzenia i stania, prawidłowe podnoszenie plecaka, noszenie i pakowanie plecaka/tornistra, właściwe przyjmowanie pozycji siedzącej z zachowaniem fizjologicznych krzywizn kręgosłupa. Ponadto, dzieci i młodzież poznawać będą podstawowe zagadnienia z zakresu anatomii i fizjologii kręgosłupa w aspekcie prawidłowej postawy ciała i możliwych nieprawidłowości w jej obrębie. Jako że program obejmuje swym zakresem populację w wieku 7-15 lat zasadnym wydaje się sprecyzowanie zagadnień kierowanych do dzieci oraz tych kierowanych do młodzieży.

Rodzice/opiekunowie edukowani będą w zakresie propagowania aktywności fizycznej, nauki poprawnego siedzenia umiejętności korekcji dziecka w trakcie wykonywania czynności dnia codziennego. Rodzice oraz opiekunowie poznawać będą również zasady pakowania plecaka (ze szczególnym uwzględnieniem dzieci w młodszym wieku szkolnym). Zostaną oni także poinstruowani o objawach, które powinny zwrócić ich szczególną uwagę i ewentualnych konsekwencjach ich zaniebywania. Zakres planowanych działań (m.in. zdrowy styl życia, prawidłowy sposób siedzenia, kontrolowanie zawartości tornistrów) jest zgodny z odnalezionymi rekomendacjami (ORE 201423).

W treści projektu programu nie sprecyzowano także kto będzie odpowiedzialny za prowadzenie ww. działań, nie odniesiono się również do ich częstotliwości.

Biorąc po uwagę odnalezione wytyczne zasadnym jest prowadzenie działań edukacyjnych obejmujących swym zakresem zarówno dzieci/młodzież, jak i rodziców oraz opiekunów prawnych uczestników programu. Ponadto, cel główny programu przewiduje „prowadzenie działań profilaktycznych obejmujących edukację zachowań ergonomicznych w życiu całej rodziny”. Planowane działania edukacyjne nie powinny być zatem ograniczone do jednej z ww. grup.

Zgodnie z rekomendacjami powstałymi na zlecenie Ministra Zdrowia (2009) nauczyciele/wychowawcy są jednymi z realizatorów działań profilaktycznych w środowisku nauczania i wychowania. Ich działania w zakresie profilaktyki wad postawy powinny obejmować: współdziałanie w realizacji programu profilaktyki, szczególnie w zakresie działań prozdrowotnych; dbanie o właściwą postawę ciała ucznia podczas lekcji; dbanie o ergonomiczne warunki pracy ucznia podczas lekcji (m.in. właściwa odległość od tablicy, dobór miejsca pracy do warunków fizycznych dziecka); systematyczne prowadzenie gimnastyki śródlekcyjnej, a także współpracę z rodzicami, innymi nauczycielami oraz pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania w realizacji działań profilaktycznych. Uwzględnienie ww. grupy osób w działaniach edukacyjnych należy uznać za działanie prawidłowe.

Ponadto, projekt zakłada prowadzenie szkoleń przeznaczonych dla pielęgniarek szkolnych i higienistek, w zakresie prawidłowego przeprowadzania badań przesiewowych. Dla ww. kadry (liczącej 814 osób) przewidziano przeprowadzenie 3 godzin wykładów (w 8 grupach) oraz 3 godzin warsztatów (w 80 grupach).

Działania szkoleniowe skierowane będą również do lekarzy specjalistów z poradni rehabilitacji lub wad postawy oraz fizjoterapeutów (ok. 100 osób) w celu przekazania najnowszej wiedzy na temat diagnostyki i leczenia deformacji kręgosłupa. Zaplanowano 3 godziny wykładów (1 grupa) oraz 3 godziny warsztatów (w 10 grupach). W projekcie nie odniesiono się do osób odpowiedzialnych za prowadzenie ww. szkoleń, nie precyzuje ich zakresu tematycznego oraz częstotliwości spotkań. Moduł III wymaga zatem uzupełnienia.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie programu w sposób poprawny odniesiono się do monitorowania programu, w tym oceny zgłaszalności i jakości udzielanych świadczeń. Warto jednak rozszerzyć ocenę zgłaszalności o dokładną liczbę uczestników poszczególnych działań zaplanowanych w ramach programu, z uwzględnieniem wieku dzieci/młodzieży oraz schorzenia, z którym się borykają.

Ocena efektywności programu nie została przygotowana w sposób prawidłowy. Zaznaczono, że zostanie ona dokonana na podstawie analizy wartości mierników efektywności założonych w programie. Wskaźniki te mają jednak charakter głównie ilościowy, a nie jakościowy, przez co określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną uczestników może być utrudnione. Konieczne jest zatem uzupełnienie tej części, mając na uwadze, że proces ewaluacji jest długofalowy i obejmuje całościową ocenę wpływu programu na zdrowie społeczeństwa.

Warunki realizacji

Projekt programu zawiera harmonogram prowadzonych działań. Wskazano także sposób wyboru realizatora w otwartym konkursie ofert. Wymieniono także warunki realizacji programu i zaplanowano akcję informacyjną. W projekcie określono ścieżkę postępowania z uczestnikiem programu po zakończeniu przez niego udziału.

W projekcie określono zarówno koszty jednostkowe, jak i całkowite zaplanowanych działań. Należy wskazać, że w projekcie występuje jednak błąd. Koszt ścieżki II w roku 2021 nie powinien wynosić 1 062 985,17 zł lecz 102 990 zł (3 433 osób x 30 zł). Wskazany koszt został zatem zawyżony o 959 995 zł. Łączny koszt realizacji badań przesiewowych i diagnostycznych wyniesie 27 310 492,23 zł. Zgodnie z danymi wskazanymi w treści projektu programu koszt ten powinien jednak wynieść 26 351 007,6 zł. Kwestia ta wymaga zatem sprecyzowania.

W projekcie zaplanowano także zakup skoliometrów oraz pulsometrów dla 2 091 jednostek oświatowych. Na zakup sprzętu dla każdej ze szkół przeznaczono 1 200 zł, co daje łączny koszt

2 509 200 zł. Należy zaznaczyć, że w innych częściach projektu programu wnioskodawca nie odnosi się do wykorzystania pulsometrów.

W kosztach uwzględniono także działania ewaluacyjne, które wykonywane będą na 10% populacji przez fizjoterapeutę (15 zł) – 434 074,05 zł, jednak koszty te powinny zostać przedstawione bardziej szczegółowo.

Całkowity koszt realizacji programu wyniesie 34 987 420,91 zł (31 806 746,28 zł – realizacja działań zaplanowanych w programie, 10% - koszty pośrednie). Mając na uwadze ww. nieścisłości w oszacowaniu kosztów należy jednak zaznaczyć, że kwota ta jest zawyżona a budżet wymaga korekty.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Do najczęstszych wad postawy należą: plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy wklęsło-okrągłe, plecy płaskie, boczne skrzywienia kręgosłupa – skoliozy, wady statyczne kończyn dolnych.

Plecy okrągłe to nadmierne wygięcie kręgosłupa ku tyłowi. Charakteryzują się osłabieniem mięśni, wysunięciem do przodu głowy i barków, przykurczem mięśni klatki piersiowej, upośledzeniem funkcji oddechowej klatki piersiowej.

Plecy wklęsłe to pogłębienie lordozy lędźwiowej, co często jest uwarunkowane wiekiem, ustawieniem miednicy, napięciem i długością mięśni stabilizujących stawy biodrowe.

Plecy wklęsło-okrągłe charakteryzują się zwiększoną lordozą lędźwiową i kifożą piersiową, co prowadzi do pochylecia głowy ku przodowi, spłaszczenia klatki piersiowej, rozciągnięcia prostownika grzbietu odcinka piersiowego oraz jego skrócenia w odcinku lędźwiowym, przykurczy mięśni obręczy barkowej i klatki piersiowej, przesunięcia narządów jamy brzusznej ku przodowi i pod ich naporem rozciągnięcia mięśni brzucha.

Plecy płaskie charakteryzują się spłaszczeniem lub brakiem fizjologicznych wygięć kręgosłupa, co powoduje osłabienie funkcji amortyzacyjnej kręgosłupa, przeciążenia prowadzące do zmian zwyrodnieniowych, upośledzenie pojemności i ruchomości klatki piersiowej, większą skłonność do powstawania bocznych skrzywień kręgosłupa.

Skolioza idiopatyczna jest typem skoliozy strukturalnej (skolioza utrwalona), której cechami charakterystycznymi są: deformacja kręgosłupa w trzech płaszczyznach (czołowej, strzałkowej i poprzecznej), kąt skrzywienia mierzony sposobem Cobba na zdjęciu RTG wykonanym w pozycji stojącej w projekcji przednio-tylnej wynosi co najmniej 10°, powstaje w wieku rozwojowym, ma tendencję do pogłębiania się w okresach szybkiego wzrostu kręgosłupa, zaś progresja dotyczy głównie dziewcząt.

Alternatywne świadczenia

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdują się na 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 (Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – Dz.U z 2013 r. poz. 1248).

Ocena technologii medycznej

Zaproponowana w projekcie programu zdrowotnego interwencja ma na celu wczesne wykrywanie wad postawy i kierowanie dzieci do leczenia, zanim wady te się utrwalą. Działania te są szeroko popierane w opiniach ekspertów z zakresu ortopedii i rehabilitacji.

Podkreślić należy brak dobrych metodologicznie badań poświadczających efektywność skringingu. Odnalezione dane wskazują, że wartość predykcyjna wyniku dodatniego standardowego badania przesiewowego jest wyjątkowo niska (5%), co oznacza, że 95% dzieci jest niepotrzebnie kierowanych w wyniku przesiewu na dalszą diagnostykę.

Zgodnie z wytycznymi U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF; stanowisko wydane w roku 2004, podtrzymane w latach 2009 oraz 2014) skryning w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wśród młodzieży bez objawów choroby nie jest rekomendowany. USPSTF nie znalazło dobrych dowodów popierających tezę, że skryning młodzieży bez objawów choroby wykrywa skoliozę idiopatyczną na wcześniejszym stadium niż metody wykrywania choroby nieuwzględniające prowadzenia skryningu. Precyzja najbardziej popularnego testu (testu Adamsa z użyciem lub bez użycia skoliometru) służącego wykryciu młodzieży ze skoliozą idiopatyczną, charakteryzuje się natomiast zmiennością, istnieją też dowody mówiące o niedostatecznej obserwacji młodzieży ze skoliozą idiopatyczną wykrytej przez populacyjne programy przesiewowe.

USPSTF znalazło dowody mówiące, że terapia skoliozy idiopatycznej podczas lat młodzieńczych prowadzi do korzyści zdrowotnych (zmniejszenie bólu, dysfunkcji) jedynie w przypadku małego odsetka osób. Większość przypadków wykrytych poprzez przeprowadzone testy przesiewowe nie rozwiną się do klinicznie istotnej formy skoliozy. Przypadki skoliozy wymagające agresywnej terapii, takiej jak operacja, prawdopodobnie zostaną wykryte bez konieczności przeprowadzenia skryningu.

Rekomendacje negatywne odnośnie prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wydało również UK National Screening Committee. Głównymi powodami prezentowanego przez UK NSC stanowiska jest brak wspólnego konsensusu odnośnie zgody lekarzy na zasadność dalszej terapii po przeprowadzeniu testu Adamsa (w wyniku powyższego część dzieci zostanie skierowana na dalsze badania, w momencie gdy nie wpłyną one na poprawę ich funkcjonowania, część natomiast nie zostanie skierowana na dalsze testy oraz terapię, która mogłaby okazać się dla nich korzystna). Kolejnym badaniem diagnostycznym w kierunku wykrycia skolioz jest badanie z wykorzystaniem promieniowania X, ekspozycja na wskazane promieniowanie może być natomiast szkodliwa. Niejasne jest również czy leczenie osób wykrytych podczas prowadzenia badań przesiewowych jest lepsze od oczekiwania na rozwinięcie symptomów.

Stanowisko przeciwne do rekomendacji przedstawionych powyżej prezentują Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Research Society (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatrics. Choć 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. Wytyczne te 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. Rekomendacje podkreślają, że 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.

Pomimo różnych rekomendacji i zaleceń, badania przesiewowe w kierunku wad postawy są silnie zalecane przez środowiska medyczne, zwłaszcza w populacji dzieci w wieku szkolnym, kiedy to prawidłowy rozwój organizmu jest najintensywniejszy.

Istotne jest z punktu widzenia zasadności finansowania udzielanych aktualnie świadczeń gwarantowanych, aby badania przesiewowe nie powiełały świadczeń już finansowanych, a stanowiły ich uzupełnienie. Dodatkową wartością samorządowych programów zdrowotnych jest organizowanie dalszej diagnostyki lub ćwiczeń korekcyjnych i rehabilitacji, która może być udzielana w miejscach łatwo dostępnych dla uczestników oraz w dogodnym dla nich czasie.

Kolejnym ważnym elementem jest edukacja zdrowotna mająca na celu uświadomienie dzieciom i rodzicom znaczenia czynników sprzyjających wadom postawy oraz budowania i wzmacniania znaczenia zachowania prawidłowej postawy. Istotne jest też nieprzeciążanie dziecięcych plecaków i tornistrów oraz zachęcanie dzieci do większej aktywności fizycznej dzieci.

Niezależnie od programów skierowanych na problem zdrowotny wad postawy u dzieci i młodzieży, należy zwrócić uwagę wszystkich, zarówno samorządów, jak i władz szkolnych i innych organizacji

zajmujących się dziećmi i młodzieżą, na potrzebę działań skierowanych na zwiększenie aktywności fizycznej młodego pokolenia. Działania te mogą skutkować nie tylko zmniejszeniem problemu wad postawy, ale też wpływać na problemy takie jak otyłość, zaburzenia lipidowe, osteoporoza i inne, oraz na istotny wpływ aktywności fizycznej na sferę rozwoju psychicznego.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.78.2017 „»Program Zdrowego Kręgosłupa« Regionalny Program Zdrowotny Województwa Śląskiego na lata 2017-2021 w zakresie wczesnego wykrywania deformacji kręgosłupa u dzieci w wieku szkolnym oraz edukacja w zakresie ergonomii w codziennym życiu dziecka” realizowany przez: Województwo Śląskie, Warszawa, maj 2017 oraz Aneksu „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny” ze stycznia 2017 r oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 117/2017 z dnia 15 maja 2017 roku o projekcie programu „»Program Zdrowego Kręgosłupa« Regionalny Program Zdrowotny Województwa Śląskiego na lata 2017 - 2021 w zakresie wczesnego wykrywania deformacji kręgosłupa u dzieci w wieku szkolnym oraz edukacja w zakresie ergonomii w codziennym życiu dziecka”