



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 212/2017 z dnia 24 sierpnia 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu wśród uczniów klas IV-VI
szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego na lata
2018-2020”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu wśród uczniów klas IV-VI szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego na lata 2018-2020”.

Uzasadnienie

Negatywna opinia Prezesa Agencji wynika przede wszystkim z faktu, że w projekcie nie wskazano jakie metody diagnostyczne zostaną wykorzystane w ramach badań przesiewowych. Ponadto należy zaznaczyć, że brak jest jednoznacznego stanowiska w wytycznych klinicznych co do zasadności wykonywania przesiewu w celu wykrycia wad postawy w populacji bezobjawowej. Część towarzystw odnosi się do tej interwencji pozytywnie. Niemniej jednak w projekcie zaplanowano udział dzieci w klasach IV-VI szkoły podstawowej, czy w wieku 10-12 lat, co nie do końca odpowiada zapisom wytycznych. Zgodnie z zaleceniami badania przesiewowe można oferować dziewczętom w wieku 10 i 12 lat oraz chłopcom w wieku 13 lub 14 lat. Ponadto w projekcie pojawia się wiele elementów, które wpływają na jakość projektu i również uniemożliwiają wydanie pozytywnej opinii i zostały opisane poniżej.

W zakresie celów programowych konieczne jest ustalenie definicji użytych pojęć, tak aby możliwe było odpowiednie kwalifikowanie stanów zdrowotnych danych pacjentów i późniejsze zmierzenie zanotowanej zmiany. Mierniki efektywności nie budzą większych zastrzeżeń.

W odniesieniu do populacji docelowej, konieczne jest doprecyzowanie przedstawionych oszacowań dot. liczby uczestników programu, jak również wskazanie precyzyjnych kryteriów kwalifikacji do poszczególnych etapów programu, tak aby nie pozostawiały one wątpliwości interpretacyjnych.

W zakresie zaplanowanych interwencji edukacja zdrowotna nie budzi większych zastrzeżeń. Należy jedynie dopracować szczegółowe informacje co do sposobu jej prowadzenia.

W kwestii badań przesiewowych nie wskazano jakie narzędzia diagnostyczne zostaną wykorzystane co uniemożliwia weryfikację tej części programu. Ponadto w zakresie zaplanowanych zajęć ruchowych również, nie wskazano jakie działania będą podejmowane w ramach interwencji. Warto dodać, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu danej osoby, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności oraz ciągłości procesu rehabilitacji.

Monitorowanie i ewaluacja wymagają doprecyzowania.

Budżet nie budzi zastrzeżeń.



Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wykrywania wad postawy u dzieci w wieku szkolnym. Budżet programu został oszacowany na 3 524 416,50 PLN, zaś okres realizacji to lata 2018-2020.

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 dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego jakim są wady postawy wśród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. W sposób szczegółowy przedstawiono zagadnienia związane z ww. problemem. 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 kostnowązowego”, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

W treści projektu programu przedstawiono wskaźniki epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym. Odniesiono się do danych ogólnoswiatowych, krajowych oraz sytuacji regionalnej.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w województwie lubelskim odnotowano 233 hospitalizacje z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako choroby kręgosłupa, co stanowiło 0,92% wszystkich hospitalizacji z powodu przeanalizowanych rozpoznań. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 59,96 i była to druga największa wartość wśród województw. Wskaźnik wojewódzki chorobowości związanej ze zniekształceniami kręgosłupa wyniósł 373,2/10 tys. deklaracji.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „profilaktyka wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu wśród uczniów klas IV-VI szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego poprzez przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotno-diagnostycznej dla co najmniej 15 060 uczniów w okresie do 2020 roku”. Należy stwierdzić, że ww. założenie jest możliwe do osiągnięcia, zawiera także czytelny przekaz oraz zostało osadzone w czasie. Warto jednak zaznaczyć, iż rozumienie zarówno pojęcia „wady postawy”, jak i „zaburzenia rozwoju ruchu” powinno zostać jasno zdefiniowane w kontekście przedstawionego celu głównego.

Główny cel ocenianego projektu został uzupełniony 4 założeniami szczegółowymi. Wśród przedstawionych celów odniesiono się także do podniesienia wiedzy wśród rodziców/opiekunów prawnych dzieci. Należy jednak zaznaczyć, że w części poświęconej interwencjom zaplanowano działania edukacyjne skierowane wyłącznie do uczniów. Ponadto w ramach celów szczegółowych należy zdefiniować pojęcie „warunków zdrowotnych”.

Cele programowe powinny być tworzone zgodnie z zasadą SMART, zgodnie z którą cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i określony w czasie.

W treści projektu poprawnie przedstawiono mierniki efektywności, które są spójne z postawionymi w projekcie celami. Warto je jednak doprecyzować uwzględniając m.in. rodzaj wad postawy wykryty w ramach badania przesiewowego. W miernikach efektywności odniesiono się również do „liczby osób, w tym osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które uzyskały wiedzę na temat wad postawy/zaburzeń rozwoju ruchu”. Jednak w innych częściach projektu programu –

również w ewaluacji – nie odniesiono się do ww. grup. Ponadto należy mieć na uwadze, aby wartości wskaźników powinny być określane przed i po realizacji programu.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do uczniów klas IV-VI szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego. W projekcie oszacowano ogólną liczbę uczniów ww. klas na 56 732 osoby (rok szkolny 2015/2016). W ciągu 3 lat realizacji działaniami w ramach programu objętych zostanie ok. 15 060 uczniów.

Zgodnie z danymi GUS w roku szkolnym 2016/2017 do klas IV-VI na terenie województwa lubelskiego uczęszcza 59 269 dzieci. Na podstawie danych CIE (Centrum Informatyczne Edukacji) w ramach weryfikacji założeń projektowych oszacowano także potencjalną liczbę uczestników (dzieci/młodzieży z klas IV-VI) w kolejnych latach realizacji programu. W roku szkolnym 2017/2018 będzie to ok. 66 309 osób, w roku 2018/2019 – 71 356 osób, natomiast w roku szkolnym 2019/2020 – 63 279 osób.

Należy podkreślić, że w treści projektu programu nie przedstawiono uzasadnienia dla wybranej przez wnioskodawcę liczebności populacji docelowej – 15 060 uczniów. Nie odniesiono się również do udziału w programie uczniów klas V szkół podstawowych, którym zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przysługuje kompleksowa ocena stanu zdrowia obejmująca diagnostykę wad postawy.

Wsparciem edukacyjnym mają zostać objęci wszyscy uczniowie. Należy jednak podkreślić, że w przedstawionym kosztorysie szczegółowym zaznaczono, iż spotkania edukacyjne będą obejmowały 15 180 osób. Weryfikacja oszacowań wskazała jednak, że wartość ta została podana błędnie. W projekcie planuje się stworzyć 502 grupy liczące po 30 osób – zatem łącznie działaniami objętych zostanie 15 060 osób. Należy zatem sprecyzować, że działania edukacyjne zostaną skierowane do wszystkich uczniów włączonych do udziału w programie, nie natomiast do wszystkich uczniów klas IV-VI szkół podstawowych.

Głównym kryterium kwalifikacji będzie pisemna zgoda opiekuna prawnego ucznia na udział w planowanych interwencjach. Ponadto wskazano, że do ostatniego z wymienionych etapów programu (obejmującego kinezyterapię) zakwalifikowane zostaną dzieci, u których zdiagnozowano wadę postawy wymagającą podjęcia działań praktycznych. Należy jednak zwrócić uwagę, że powyższy zapis jest mało precyzyjny. W projekcie nie przedstawiono jasnych kryteriów, na podstawie których u danego dziecka stwierdzana będzie postawa prawidłowa, wada postawy czy też zaburzenia rozwoju ruchu. Nie wskazano także jakie narzędzia posłużą ocenie stanu danego uczestnika.

Interwencja

W ramach programu planuje się przeprowadzenie:

- Edukacji zdrowotnej;
- Badań przesiewowych (w tym badania RTG);
- Zajęcia z kinezyterapii, w tym zestaw do samodzielnego wykonywania ćwiczeń (dla uczniów ze zdiagnozowaną wadą postawy);

Działania edukacyjne prowadzone mają być w formie grupowych warsztatów (przewidziano zorganizowanie 2 spotkań w grupach liczących maksymalnie 30 osób). W treści projektu nie sprecyzowano czy planowane zajęcia będą realizowane w ramach godzin wychowawczych czy też dodatkowych zajęć pozalekcyjnych. Zakres tematyczny będzie obejmował przyczyny powstawania wad postawy, sposoby służące ich zapobieganiu, omówione zostaną także cechy charakterystyczne danej wady. Po zakończeniu zajęć każdy uczestnik otrzyma skrypt zawierający treści omawiane na zajęciach. W projekcie programu podkreślono, że planowane jest sprawdzenie poziomu wiedzy przy zastosowaniu badań ankietowych przed wdrożeniem planowanych działań edukacyjnych oraz po ich realizacji. Powyższe działanie należy uznać za słuszne, pociągnie ono za sobą możliwość sprawdzenia czy poziom wiedzy uczestników zajęć rzeczywiście uległ zmianie.

Warto podkreślić, że 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. Zasadnym wydaje się zatem prowadzenie działań edukacyjnych obejmujących swym zakresem zarówno dzieci/młodzieży, jak i rodziców oraz opiekunów prawnych uczestników programu.

Kolejnym etapem programu jest przeprowadzenie badań przesiewowych. W projekcie nie wskazano jednak jakie badania zostaną wykonane. Brak podstawowych informacji w tym zakresie uniemożliwia przeprowadzenie weryfikacji zasadności i poprawności ich zaplanowania.

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 2014 (USPSTF) 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 przedstawionej 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 przeprowadzany, dziewczęta powinny być poddane badaniom dwukrotnie – w wieku 10 i 12 lat, natomiast chłopcy jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat.

W projekcie wskazano również, że u części uczestników w ramach potwierdzenia badania przesiewowego wykonywane będą badania RTG. W/w działanie potwierdzające nie jest obligatoryjne. Niemniej jednak w projekcie programu brak precyzyjnego zdefiniowania pojęć takich jak „wady postawy” czy „zaburzenia rozwoju ruchu”, na podstawie których uczestnicy będą kwalifikowani do kolejnych etapów programu.

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. W treści projektu programu brak odniesienia do powyższej kwestii. Po wykonaniu badania RTG opiekun prawny danego uczestnika zostanie poinformowany o wynikach oraz – w przypadku wykrytych zmian – o dalszym postępowaniu, w tym skierowaniu do leczenia w ramach środków publicznych.

Końcowym etapem prowadzonych działań diagnostycznych będzie podzielenie przebadanej populacji na dwie grupy: uczniów z postawą prawidłową, nie wymagającą podjęcia żadnych działań praktycznych oraz uczniów ze zdiagnozowaną wadą postawy wymagającą podjęcia działań praktycznych.

Działania praktyczne będą obejmowały kinezyterapię w formie zajęć ruchowych/korekcyjnych. Zaplanowano cykl 4 spotkań (trwających po 45 min), w grupach liczących max. 10 osób. Ponadto, uczestnicy programu otrzymają zestaw do samodzielnego wykonywania ćwiczeń (mata, piłka gimnastyczna, laska gimnastyczna/taśma rehabilitacyjna). Celem ww. interwencji jest praktyczna nauka ćwiczeń, które dany uczeń po zakończeniu udziału w programie będzie mógł wykonywać samodzielnie w warunkach domowych. Osobą odpowiedzialną za realizację omawianego etapu będzie mgr fizjoterapii/mgr rehabilitacji ruchowej.

Należy jednak zaznaczyć, że w treści projektu błędnie wskazano, że podstawą leczenia w skoliozach idiopatycznych jest kinezyterapia. Biorąc pod uwagę odnalezione rekomendacje w zakresie leczenia zachowawczego chorych ze skoliozą idiopatyczną zaleca się m.in.: obserwację, specyficzną fizjoterapię ambulatoryjną (ang. Physiotherapeutic Specific Exercises – PSE), stacjonarną intensywną rehabilitację (ang. Special Inpatient Rehabilitation – SIR).

Obecnie nie rekomenduje się jedynie uczestnictwa w zajęciach, których specyfika polega na wykonywaniu ćwiczeń mających na celu zwiększenie ruchomości stawowej (m.in. gimnastyka, balet) (SOSORT 2011). Należy podkreślić, że odnalezione rekomendacje (NSF 2010, VHA-DoD 2010) zalecają również, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Mając na uwadze powyższe, przewidziany w projekcie cykl zajęć może okazać się niewystarczający.

W treści projektu programu zaznaczono jedynie, że planowane są zajęcia ruchowe/korekcyjne, nie wskazano natomiast dokładnie jakie działania będą podejmowane w ramach zaplanowanych interwencji. Warto dodać, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu danej osoby, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności oraz ciągłości procesu rehabilitacji. Przed przystąpieniem do zajęć każdy uczeń powinien być zatem konsultowany przez lekarza/fizjoterapeutę, którego zadaniem byłoby ustalenie zakresu ćwiczeń indywidualnie dostosowanego do potrzeb zdrowotnych dziecka. W treści projektu programu brak odniesienia do powyższej kwestii.

Należy również zaznaczyć, że zaplanowane w projekcie działania mogą częściowo powielać świadczenia już finansowane ze środków publicznych. 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, a także w klasach I szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Zatem w odniesieniu do uczniów klas V istnieje ryzyko powielania danych świadczeń. W odniesieniu do zajęć korekcyjnych, zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. (Dz.U. 2013 poz. 1522) zabieg fizjoterapeutyczny w warunkach ambulatoryjnych obejmuje wskazaną w treści projektu programu kinezyterapię bez względu na wiek dziecka.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie odniesiono się do monitorowania i ewaluacji programu, jednak elementy te wymagają doprecyzowania.

W zakresie monitorowania należy uzupełnić wskaźniki dotyczące zgłaszalności do programu, gdyż jej ocena w oparciu wyłącznie o wypełnione oświadczenia może okazać się niewystarczająca. Warto zaznaczyć, że w przypadku rodziców/opiekunów prawnych, którzy nie wyrazili zgody na udział ich dziecka w programie, bądź przerwali uczestnictwo w przewidzianych działaniach, analizie mogą zostać poddane także przyczyny owego stanu rzeczy – wnioski mogą posłużyć ograniczeniu podobnych sytuacji w kolejnych latach trwania programu. Zasadnym jest także, aby ocena zgłaszalności uwzględniała także dokładną liczbę uczestników poszczególnych działań zaplanowanych w ramach programu, z uwzględnieniem wieku dzieci/młodzieży oraz schorzenia, z którym się borykają. Ocena jakości świadczeń w programie została zaplanowana poprawnie.

Zgodnie z treścią projektu ewaluacja będzie obejmowała „poziom frekwencji”, „badania ankietowe ex-ante i ex-post” oraz „ankiety poziomu satysfakcji”. W przypadku ewaluacji powielono wskaźniki wymienione wcześniej w ocenie zgłaszalności oraz jakości programu. W przedstawionej ewaluacji nie odniesiono się m.in. do liczby osób skierowanych do dalszej diagnostyki w ramach NFZ, wzrostu poziomu wiedzy opiekunów prawnych dzieci, zmniejszenia wydatków na ochronę zdrowia, wzrostu poziomu aktywności fizycznej uczniów czy też wyrobienia u uczestników umiejętności samooceny

i samokontroli. Jednak do wszystkich tych aspektów odniesiono się w ramach oczekiwanych efektów programu. Warto zatem uzupełnić ewaluację, mając na uwadze, że jest to proces mający na celu szeroką kompleksową ocenę wpływu zaplanowanych interwencji na zdrowie mieszkańców w długim okresie czasu.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu również określono w treści projektu.

W poddanym ocenie projekcie programu przedstawiono etapy jego realizacji oraz kwestie organizacyjne. W projekcie zaplanowano działania promujące program. Wskazano także sposób realizacji świadczeń, w tym zakończenia udziału w programie.

W projekcie określono zarówno koszty jednostkowe (234 zł – koszt na jednego uczestnika), jak i całkowite zaplanowanych działań wynoszące 3 524 416,50 zł. Wskazano, że projekt będzie współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020. Należy zaznaczyć, że zasadnym wydaje się przedstawienie harmonogramu planowanych działań wraz z ich wyceną uwzględniając podział na poszczególne lata realizacji programu. Poza tym budżet nie budzi zastrzeżeń.

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 kifoza 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

Podkreślić należy brak dobrych metodologicznie badań poświadczających efektywność skryningu. 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.

Zgodnie z wytycznymi (SOSORT 2012), w przypadku pacjentów ze skoliozą badanie radiologiczne kręgosłupa powinno być wykonywane w następujących odstępach czasowych: w przypadku pacjentów w wieku 0-5 lat, u których występuje wczesny początek skoliozy: co 6 miesięcy; w przypadku pacjentów w wieku 6-12 lat ze skoliozą dziecięcą: co 6 miesięcy; w przypadku pacjentów w wieku 13-18 lat z AIS, u których Risser wynosi 0-1: co 12 miesięcy; w przypadku pacjentów w wieku 13-18 lat z AIS, u których Risser wynosi 2-3: co 12 miesięcy; w przypadku pacjentów w wieku 13-18

lat z AIS, u których Risser wynosi 4-5: co 18 miesięcy. Aby zmniejszyć narażenie na promieniowanie wśród dzieci poddanych diagnostyce w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej zachowana powinna być podstawowa zasada ochrony radiologicznej - ALARA (As Low As Reasonably Achievable).

Wspomnieć należy, że dzieci i młodzież ze skoliozą idiopatyczną (SI) mogą aktywnie uczestniczyć zarówno w sporcie wyczynowym, jak i rekreacyjnym. Nie ma także przeciwwskazań do uczestnictwa w lekcjach wychowania fizycznego. Jeżeli rodzice, nauczyciele wychowania fizycznego lub trenerzy nie są pewni co do wpływu uprawiania danej dyscypliny sportu na układ ruchu dziecka ze skoliozą, warto przeprowadzić konsultację lekarsko-fizjoterapeutyczną, aby określić ewentualne przeciwwskazania do wykonywania niektórych czynności ruchowych (np. symetrycznych ćwiczeń wyprostnych u osób zagrożonych progresją skoliozy piersiowej). Uczestnictwo dziecka w zajęciach sportowych nie ma na celu leczenia skoliozy, ale podniesienie poziomu ogólnej sprawności fizycznej dziecka. Warto również podkreślić istotną rolę społeczną sportu.

Istotne jest z punktu widzenia zasadności finansowania udzielanych aktualnie świadczeń gwarantowanych, aby badania przesiewowe nie powieleły 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.441.211.2017 „Program profilaktyki wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu wśród uczniów klas IV-VI szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego na lata 2018-2020” realizowany przez: Województwo Lubelskie, Warszawa, sierpień 2017 oraz Aneksów „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny” ze stycznia 2017 r., „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” sierpień 2016. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 251/2017 z dnia 16 sierpnia 2017 roku o projekcie programu „Program profilaktyki wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu wśród uczniów klas IV-VI szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego na lata 2018-2020”