



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 130/2019 z dnia 12 września 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program
profilaktyczny dotyczący wczesnego wykrywania wad postawy
uczniów szkół podstawowych z terenu Gminy Tarnowo Podgórne”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyczny dotyczący wczesnego wykrywania wad postawy uczniów szkół podstawowych z terenu Gminy Tarnowo Podgórne”.

Uzasadnienie

Negatywna opinia Prezesa Agencji spowodowana jest faktem, iż projekt został opracowany w sposób zbyt ogólny i nieprecyzyjny. Ponadto, populacja docelowa programu nie jest w pełni zgodna z aktualnymi wytycznymi klinicznymi w przedmiotowym zakresie. Warto także zaznaczyć, że brak jest jednoznacznego stanowiska w rekomendacjach, co do zasadności wykonywania przesiewu w celu wykrycia wad postawy w populacji bezobjawowej. Jedynie część towarzystw odnosi się do tej interwencji pozytywnie. Należy także podkreślić, iż aktualnie opiniowany program był już przedmiotem oceny Agencji i uzyskał opinię negatywną. W obecnie ocenianym projekcie nie uwzględniono większości uprzednich uwag Prezesa Agencji. Tym samym powyższe kwestie oraz pozostałe uwagi dotyczące poszczególnych elementów programu uniemożliwiają wydanie pozytywnej opinii Prezesa Agencji.

Poniżej przedstawiono najważniejsze uwagi dotyczące poszczególnych elementów programu:

- Zaproponowane w projekcie cele programowe zostały w większości sformułowane w postaci działań, a nie rezultatów, jakie zamierza się osiągnąć w wyniku realizacji programu. Mierniki efektywności również nie zostały zdefiniowane poprawnie. Powinny się one odnosić do wszystkich celów programu, co umożliwi jakościową i ilościową ocenę efektywności programu.
- Odnosząc się do planowanych interwencji należy wskazać, że brak jest szczegółów odnoszących się do działań edukacyjnych dla dzieci i rodziców opiekunów prawnych oraz zajęć gimnastyki korekcyjnej. Ponadto istnieje ryzyko, że programem zostaną również objęte osoby, które mają już stwierdzoną wadę postawy i pozostają pod opieką poradni specjalistycznych.
- W projekcie zaplanowano monitorowanie i ewaluację programu, jednak nie przedstawiono oceny jakości świadczeń oraz nie określono poprawnych wskaźników ewaluacyjnych. Należy podkreślić, że wyniki monitorowania i ewaluacji mają stanowić istotną część raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, zatem zasadnym jest prawidłowe opracowanie tych elementów programu.



- W ramach budżetu nie oszacowano kosztów całkowitych realizacji programu oraz nie uwzględniono kosztów niektórych interwencji (m.in. działań edukacyjnych dla dzieci i rodziców) oraz monitorowania i ewaluacji programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wykrywania wad postawy wśród dzieci w wieku szkolnym. Budżet przeznaczony na realizację programu w 2019 r. został oszacowany na 58 150 zł, zaś okres realizacji zaplanowano na lata 2019-2023.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1373) 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 i częściowo wpisuje się w priorytet: „tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 20018 r. (Dz.U. z 2018 r., poz. 469).

W projekcie programu w sposób pobieżny odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w przedmiotowym zakresie.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych (MPZ), w 2016 roku w województwie wielkopolskim odnotowano 0,27 tys. hospitalizacji dzieci z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako choroby kręgosłupa, co stanowiło 11,05% wszystkich hospitalizacji dzieci z powodu rozpoznań, które zakwalifikowano do grupy choroby układu kostno-mięśniowego.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „skuteczna identyfikacja dzieci zagrożonych wadami postawy; wdrożenie indywidualnych programów terapeutycznych dla dzieci, u których stwierdzono wadę postawy; edukacja w zakresie profilaktyki wad postawy – spotkania z rodzicami, szkolenia dla nauczycieli prowadzących gimnastykę korekcyjną”. Należy zaznaczyć, że główne założenie programu składa się w istocie z 3 odrębnych celów, z których wszystkie stanowią działania, a nie rezultat, jaki zamierza się osiągnąć w wyniku realizacji programu. Cel główny nie odnosi się do efektu zdrowotnego. Ponadto nie określono konkretnych wartości docelowych, jakie zamierza się osiągnąć.

W treści projektu wskazano także 6 celów szczegółowych:

- (1) „określenie liczby dzieci z wadami postawy”,
- (2) „określenie rodzaju wad postawy”,
- (3) „opracowanie i wdrożenie indywidualnych zaleceń terapeutycznych”,
- (4) „rozpoznanie skali problemu w zakresie wad postawy”,
- (5) „zwiększenie świadomości zdrowotnej uczniów i ich rodziców/opiekunów prawnych”,
- (6) „działania edukacyjne dla nauczycieli podnoszące jakość pracy w zakresie zajęć korekcyjnych dla dzieci”.

Cele szczegółowe 1, 2, 3, 4 i 6 podobnie jak cel główny zostały przygotowane w formie działań, a nie rezultatów, jakie zamierza się osiągnąć w ramach realizacji programu oraz nie odnoszą się do efektu zdrowotnego. Natomiast cel 5 dotyczący zwiększenia świadomości zdrowotnej uczniów i ich rodziców jest trudno mierzalny ze względu na występowanie innych czynników, które mają wpływ na zwiększenie świadomości zdrowotnej. Dodatkowo przy braku zaplanowania finansowania działań edukacyjnych cel może okazać się niemożliwy do zrealizowania.

Należy pamiętać, że cel programu powinien być sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie, a zatem zgodny z koncepcją SMART.

Podsumowując, cele programu powinny zostać przekonstruowane.

W ocenianym projekcie określono 3 mierniki efektywności:

- (1) „liczba dzieci zakwalifikowanych do programu”,
- (2) „liczba dzieci uczestniczących w programie”,
- (3) „raporty opracowane przez realizatorów programu wg przygotowanego schematu”.

Należy podkreślić, zaproponowane mierniki nie zostały poprawnie sformułowane. Wskaźniki 1 oraz 2 nie spełniają funkcji miernika efektywności, natomiast mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania programu. Z kolei raporty opracowywane przez realizatorów mogą być przydatne w procesie oceny stopnia realizacji celów, jednak same w sobie nie stanowią miernika.

Należy zaznaczyć, że mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wszystkich wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, a także powinny być wyrażone w odpowiednich jednostkach miary. Wartości wskaźników powinny być określone przed i po realizacji programu, ponieważ dopiero zmiana uzyskana w zakresie tych wartości, stanowi o wadze osiągniętego efektu programu.

Reasumując, element programu dotyczący mierników efektywności wymaga uzupełnienia.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią uczniowie klas I i III szkół podstawowych z terenu gminy Tarnowo Podgórne. Zgodnie z zapisami projektu liczba dzieci wynosi odpowiednio: w klasach I – 464, w klasach III – 209, co jest zbliżone do danych GUS. Zgodnie z treścią projektu programem zamierza się objąć 100% populacji docelowej programu.

Wiek populacji docelowej programu nie jest w pełni zgodny z odnalezionymi rekomendacjami klinicznymi (AAOS, SRS, POSNA, AAP 2015). Według wytycznych, jeżeli skryning w kierunku wykrycia skoliozy jest przeprowadzany, to dziewczęta powinny być poddane badaniom dwukrotnie – w wieku 10 i 12 lat, natomiast chłopcy jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat. Zatem włączenie wskazanej grupy wiekowej do programu wymaga weryfikacji.

Kryteria włączenia do udziału w programie stanowią: zamieszkiwanie na terenie gminy Tarnowo Podgórne, uczęszczanie do I lub III klasy szkoły podstawowej z terenu gminy oraz wyrażenie zgody przez rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w programie. Nie przedstawiono kryteriów wykluczenia, zatem istnieje ryzyko, że programem zostaną również objęte osoby, które mają już stwierdzoną wadę postawy i pozostają pod opieką poradni specjalistycznych.

Reasumując, wiek populacji docelowej (w odniesieniu do dzieci w wieku 7 lat (I klasa) oraz w wieku 9 lat (III klasa)) pod kątem przeprowadzenia badań przesiewowych nie znajduje odzwierciedlenia w odnalezionych rekomendacjach klinicznych. Ponadto doprecyzowania wymagają kryteria wyłączenia z programu.

Interwencja

W ramach programu przewidziano przeprowadzenie następujących interwencji: badania przesiewowe, zajęcia korekcyjne, działania edukacyjne.

Badanie przesiewowe zaplanowano w I klasie szkoły podstawowej (badanie przedmiotowe oraz testy czynnościowe), podczas którego wykorzystany zostanie podoskop, ortoprint, skoliometr, goniometr, urządzenie testujące symetrię obciążenia, poziomicę fizjoterapeutyczne. Zaplanowano również przeprowadzenie badania kontrolnego w III klasie szkoły podstawowej przy użyciu tych samych testów. Wskazano, że dokonana zostanie: wzrokowa ocena sylwetki; wzrokowa i funkcjonalna ocena wybranych elementów postawy; wzrokowa metoda badania stóp za pomocą podoskopu; badanie

stóp za pomocą kątomierza; fotorejstracja sylwetki oraz odbicia stóp. Wyniki badań zamieszczone zostaną w karcie badania profilaktycznego.

Należy zaznaczyć, że aktualne rekomendacje kliniczne dotyczące wad postawy nie są spójne co do zaleceń w zakresie zasadności przeprowadzania badań w populacji bezobjawowej.

Część wytycznych wskazuje na zasadność stosowania skryningu w kierunku skoliozy (Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment SOSORT 2018, SOSORT 2016, SOSORT 2014, American Academy of Orthopedic Surgeons AAOS, Scoliosis Research Society SRS, Pediatric Orthopedic Society of North America POSNA i)/ American Academy of Pediatrics AAP 2015).

Przeciwne podejście prezentują wytyczne UK National Screening Committee (UK NSC 2016), które nie rekomendują prowadzenia skryningu. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF 2018) stwierdza, że obecne dowody naukowe nie są wystarczające do oceny bilansu korzyści i szkód związanych z przesiewem w kierunku wykrycia skoliozy młodzieńczej u dzieci i młodzieży w wieku od 10 do 18 lat. Ww. stanowisko USPSTF podziela także American Academy of Family Physicians (AAFP 2018).

Dodatkowo należy zaznaczyć, że w przeglądzie systematycznym Montgomery 1990 wskazuje się na niską wartość predykcyjną wyniku dodatniego standardowego badania przesiewowego w kierunku wad postawy (ok. 5%), co oznacza, że 95% dzieci kierowanych jest w wyniku przesiewu na dalszą diagnostykę niepotrzebnie. Ponadto zgodnie z wynikami wspomnianego przeglądu, częstsze badania przesiewowe zwiększają o ok. 30% liczbę skierowań na dalszą diagnostykę, nie zmieniając liczby ostatecznych rozpoznań.

SOSORT 2016 wskazuje, że kliniczna ocena występowania skoliozy powinna obejmować co najmniej: badanie kąta rotacji tułowia, aspekty estetyczne oraz ustawienie kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej. Inne możliwe oceny obejmują: poziom bólu, funkcje oddechowe, elastyczność i siłę kręgosłupa i stawów, rozbieżności w długości kończyn dolnych, równowagę i koordynację, jakość życia.

W odniesieniu do działań edukacyjnych, w projekcie wskazano jedynie szczegóły szkoleń dla nauczycieli wychowania fizycznego i nauczania początkowego. Natomiast nie przedstawiono szczegółów w zakresie działań edukacyjnych dla dzieci i rodziców (forma, czas trwania, częstotliwość, zakres tematyczny, osoba odpowiedzialna, miejsce), co wymaga doprecyzowania.

Rekomendacje SOSORT 2014 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. Rekomendacje Ministra Zdrowia (2009) wskazują, że nauczyciele/wychowawcy są jednymi z realizatorów działań profilaktycznych w środowisku nauczania i wychowani oraz określają ich zadania w tym zakresie.

Projekt zakłada także przeprowadzenie zajęć korekcyjnych. Przy czym nie przedstawiono szczegółów w tym zakresie z wyjątkiem wskazania kosztów ww. działań. Powyższa kwestia wymaga uzupełnienia.

Należy również podkreślić, iż zgodnie z aktualnymi rekomendacjami SOSORT 2016 pacjenci ze skoliozą powinni aktywnie uczestniczyć w zajęciach sportowych. Odnalezione rekomendacje (NSF 2010, VHA-DoD 2010) zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu danej osoby, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności oraz ciągłości procesu rehabilitacji.

Należy 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, 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.

Reasumując, działania zaplanowane w ramach projektu częściowo wpisują się w zalecenia kliniczne w przedmiotowym zakresie. Jednak zostały one opisane zbyt ogólnie i nieprecyzyjnie, a ponadto istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt zakłada przeprowadzenie monitorowania i ewaluacji programu, jednak nie zostały one zaplanowane poprawnie.

Należy pamiętać, że monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja natomiast jest analizą danych z projektu polityki zdrowotnej, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu ma być dokonywana na podstawie analizy „liczby dzieci w populacji określonej w programie”, „liczby dzieci uczestniczących w realizacji programu” oraz „liczby dzieci zakwalifikowanych do dalszego postępowania terapeutycznego”. W ramach oceny zgłaszalności należy monitorować liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie, liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów), a także liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu.

W projekcie nie zaplanowano oceny jakości świadczeń, która powinna zostać przeprowadzona np. w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji z udziału w programie.

W punkcie dotyczącym oceny efektywności świadczeń wskazano na „opracowanie wyniku porównawczego dla dzieci objętych terapią”, „opracowanie wyniku porównawczego – obserwacja dla pozostałych dzieci” oraz „opracowanie sprawozdania z całości badań”. Jednak nie wskazano, jakie parametry będą brane pod uwagę w ocenie wyniku. Należy podkreślić, że nie zaproponowano żadnych konkretnych i prawidłowo sformułowanych wskaźników ewaluacyjnych.

W zakresie ewaluacji należy odnieść się do efektów zdrowotnych uzyskanych i utrzymujących się po zakończeniu programu polityki zdrowotnej, m. in. na podstawie wcześniej określonych mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej. Należy podkreślić, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu. Ponadto w kontekście ocenianego programu należałoby przeanalizować stan/brak aktywności fizycznej wśród dzieci wraz z przyczynami.

Reasumując, powyższy element programu wymaga uzupełnienia.

Warunki realizacji

Wybór realizatorów programu ma się odbyć w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. W projekcie w sposób zdawkowy odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej, jednak nie przedstawiono szczegółów w tym zakresie. Należy zaznaczyć, że przewidziane działania informacyjne powinny być dostosowane do specyfiki populacji docelowej oraz pozwolić na uzyskanie jak największej zgłaszalności do programu.

Koszt całkowity programu nie został oszacowany. Wskazano kosztorys programu na rok 2019 (58 150 zł). Koszt jednego badania przesiewowego oszacowano na 50 zł, szkolenia dla nauczycieli wychowania fizycznego i nauczania początkowego na 600-800 zł. Przedstawiono koszt zajęć korekcyjnych zindywidualizowanych (1 500 zł/zajęcia), jednak nie określono szczegółów w tym zakresie. Nie jest zatem jasne, czy powyższa kwota odnosi się do zajęć dla jednego dziecka czy dla większej grupy osób. Nie przedstawiono kosztów konsultacji lekarskich i analizy przeprowadzonych badań, działań edukacyjnych dla dzieci i rodziców, a także kosztów akcji informacyjnej. Należy pamiętać, że w ramach budżetu programu należy także uwzględnić koszty monitorowania i ewaluacji programu.

Program ma być finansowany z budżetu gminy.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Wady postawy ciała stanowią w czasach współczesnych istotny problem zdrowotny. W krajach o wysokim stopniu rozwoju cywilizacyjnego wady te występują powszechnie, a chorobę przeciążeniową kręgosłupa można uznać za chorobę cywilizacyjną. Fizyczna postawa człowieka jest nawykiem ruchowym kształtującym się na określonym podłożu morfologicznym i funkcjonalnym oraz związanym z codzienną działalnością danej osoby. Jest wyrazem stanu fizycznego i psychicznego jednostki. Stanowi więc wskaźnik mechanicznej wydolności zmysłu kinetycznego, równowagi mięśniowej oraz koordynacji nerwowo-mięśniowej. W ciągu całego życia człowieka postawa ciała ulega zmianom – największym w okresie jego wzrostu. W wieku 7-10 lat, czyli w młodszym wieku szkolnym, występuje pierwszy okres krytyczny dla postawy fizycznej dziecka. Związany jest on ze zmianą trybu życia oraz przejściem z dużej swobody ruchu na kilkugodzinne przebywanie w pozycji siedzącej, której często towarzyszą niewłaściwe warunki. Dlatego też początek nauki w szkole powoduje zwykle pogorszenie postawy. Jednocześnie okres ten charakteryzuje się ogromną biologiczną potrzebą ruchu, która umiejętnie pokierowana może być najważniejszym stymulatorem rozwoju organizmu.

Alternatywne świadczenia

Kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad postawy, powinna być wykonywana u dzieci w momencie rozpoczynania nauki szkolnej (roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne), a następnie w klasach III i V szkoły podstawowej, w I klasach gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych. Zadanie to wpisane jest w obowiązki pielęgniarki lub higienistki szkolnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Powyższe działania reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2016 poz. 86).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522) określa wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Świadczenia gwarantowane w ramach rehabilitacji leczniczej są realizowane w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych. Rehabilitacyjna porada lekarska dla dzieci może obejmować m.in.: ogólną ocenę stanu zdrowia – badanie lekarskie; skierowanie na konsultację i badania dodatkowe; testy czynnościowe; ocenę aktywności ruchowej; ocenę odruchów ścięgnisto-okostnowych; pomiar długości kończyn i obwodów; ocenę chodu i lokomocji; punkcje lecznicze i iniekcje dostawowe; zlecenie na wyroby medyczne (przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze) oraz inne zlecenia i wnioski; skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe; końcową ocenę procesu usprawniania.

Ocena technologii medycznej

W ramach wyszukiwania odnaleziono wytyczne m.in. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF 2018), American Academy of Family Physicians (AAFP 2018), UK National Screening Committee (UK NSC 2016), American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Research Society (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatrics (AAP) z 2015 r.

USPSTF w swoich zaktualizowanych rekomendacjach (2018) stwierdziło, że obecne dowody naukowe nie są wystarczające do oceny bilansu korzyści i szkód związanych z przesiewem w kierunku wykrycia skoliozy młodzieńczej u dzieci i młodzieży w wieku od 10 do 18 lat. Poparcie dla ww. stanowiska wyraziło również (AAFP 2018). Przy czym zgodnie z ww. rekomendacjami USPSTF 2018 dokładność testu przesiewowego była najwyższa (czułość 93,8%, swoistość 99,2%), gdy zastosowano trzy odrębne metody (np. test zgięciowy, pomiar z wykorzystaniem skoliometru i topografia Moiré). Czuość była natomiast niższa, gdy programy badań przesiewowych wykorzystywały tylko jedną lub dwie metody (np. 71,1% dla testu zgięciowego oraz pomiarów z wykorzystaniem skoliometru czy 84,4% dla samego testu zgięciowego). W wyniku skryningu przeprowadzonego z zastosowaniem trzech różnych metod w postaci testu zgięciowego, pomiaru z wykorzystaniem skoliometru

i topografii Moiré zauważalny był niski poziom wyników fałszywie ujemnych (6,2%) i najniższy poziom wyników fałszywie dodatnich (0,8%). W przypadku zastosowania tylko jednego testu wyników fałszywie ujemnych i fałszywie dodatnich było zdecydowanie więcej (np. test zgięciowy – 15,6% wyników fałszywie ujemnych i 4,8% wyników fałszywie dodatnich). Dodatkowo badania przeprowadzone za pomocą trzech ww. metod cechowały się najwyższą wartością predykcyjną dodatnią – 81% (95% CI, 80.3% to 81.7%). Wartość predykcyjna dodatnia w przypadku zastosowania dwóch metod (np. test zgięciowy, pomiar z wykorzystaniem skoliometru) wahała się od 29,3% (95% CI, 20.3% to 39.8%) do 54,1% (95% CI, 40.8% to 66.9%), natomiast w przypadku zastosowania tylko jednej metody wynosiła od 5% (95% CI, 3.4% to 7.0%) do 17,3 (95% CI, 11.7% to 24.2%).

Rekomendacje negatywne odnośnie prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wydało również UK NSC 2016. 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 AAOS, SRS, POSNA oraz AAP. Choć AAOS, SRS, POSNA i AAP zgadzają się, że poparcie dla badań przesiewowych ma w omawianym przypadku ograniczenia, w swoim stanowisku twierdzą, że potencjalne korzyści dla pacjentów ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią ich deformacji, mogą być znaczące. AAOS, SRS, POSNA i AAP w swoim wspólnym stanowisku dochodzą do konkluzji, że jeżeli skryning w kierunku wykrycia skoliozy jest przeprowadzany, dziewczęta powinny być poddane badaniom dwukrotnie – w wieku 10 i 12 lat, natomiast chłopcy jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat. Powyżej sformułowane zalecenie poparte jest faktem, iż dziewczęta osiągają dojrzałość płciową ok. 2 lat wcześniej niż chłopcy oraz 3-4 razy częściej cierpią na skoliozę wymagającą leczenia. (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015).

AAOS, SRS, POSNA i AAP podkreślają, iż istnieje potrzeba prowadzenia skutecznych badań przesiewowych, jednak wyniki fałszywie dodatnie mogą prowadzić do tworzenia niepotrzebnych zaleceń oraz skierowań na dodatkową diagnostykę (m.in. RTG kręgosłupa). Aby program profilaktyczny był skuteczny, musi być prowadzony przez dobrze wyszkolony personel, który odpowiednio przeprowadzi test Adamsa oraz wykona pomiary skoliometrem, co umożliwi poprawne zidentyfikowanie osób z młodzieńczą skoliozą idiopatyczną. (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015).

Dodatkowo AAOS, SRS, POSNA oraz AAP podkreślają istotną rolę edukacji personelu medycznego wykonującego testy przesiewowe. Służy to minimalizowaniu niepotrzebnych zaleceń oraz optymalizowaniu zasadności skierowań m.in. na RTG kręgosłupa – nie wszystkie dzieci w rezultacie przeprowadzonych badań przesiewowych wymagają dodatkowej diagnostyki. Jeśli prześwietlenie będzie wymagane, lekarze powinni zalecać szczególną ostrożność, aby zmniejszyć ekspozycję pacjentów na promieniowanie. W tym celu zachowana powinna być podstawowa zasada ochrony radiologicznej - ALARA (As Low As Reasonably Achievable)(AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015).

W roku 2014 w oparciu o wytyczne SOSORT 2011 opublikowane zostały polskie wytyczne w zakresie leczenia zachowawczego, ze szczególnym uwzględnieniem roli fizjoterapii. W wytycznych tych zaznaczono, iż o wyborze strategii leczniczej powinny decydować nie tylko jej zweryfikowanie zgodnie z zasadami EBM, ale także preferencje pacjenta i jego opiekunów oraz doświadczenie klinicysty w postępowaniu się określonym modelem postępowania.

Zgodnie ze zaktualizowanymi rekomendacjami SOSORT 2016 dotyczącymi skoliozy oraz zaburzeń prawidłowych funkcji kręgosłupa, szkolne programy przesiewowe rekomendowane są we wczesnej diagnozie skoliozy idiopatycznej. Należy podkreślić, iż zgodnie z wytycznymi, za każdym razem, gdy ocenie poddawane są dzieci w wieku od 8 do 15 lat, pediatrzy, specjaliści z zakresu medycyny

sportowej oraz medycyny ogólnej, powinni przeprowadzać test Adamsa oraz posługiwać się skoliometrem. Rekomenduje się, aby kliniczna ocena występowania skoliozy obejmowała co najmniej: badanie kąta rotacji tułowia, aspekty estetyczne, ustawienie kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej. Inne możliwe oceny obejmują: poziom bólu, funkcje oddechowe, elastyczność i siłę kręgosłupa i stawów, rozbieżności w długości kończyn dolnych, równowagę i koordynację, jakość życia.

Warto podkreślić, iż odnalezione rekomendacje kładą szczególny nacisk na rolę edukacji nie tylko dziecka, ale i jego opiekunów. Niski poziom motywacji do ćwiczeń, typowy dla młodych osób, można podnieść poprzez uświadomienie dziecka i rodziców co do charakteru choroby, jej przewidywanego przebiegu, potencjalnych konsekwencji braku leczenia itd. W uzasadnionych przypadkach warto uzupełnić leczenie o konsultację psychoterapeutyczną (SOSORT 2014).

Odnalezione dowody naukowe wskazują, że wartość predykcyjna wyniku dodatniego standardowego badania przesiewowego jest wyjątkowo niska (5%), co oznacza, że 95% dzieci kierowanych jest w wyniku przesiewu na dalszą diagnostykę niepotrzebnie. Z badania Montgomery 1990 wynika, że częstsze badania przesiewowe zwiększają o ok. 30% liczbę skierowań na dalszą diagnostykę, nie zmieniając liczby ostatecznych rozpoznań. Poprawę efektywności poprzez zmniejszenie liczby rozpoznań fałszywie dodatnich można osiągnąć, dobierając bardziej efektywne narzędzia przesiewowe, takie jak badanie fotogrametryczne Moire'a (Montgomery 1990).

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 badania autorzy sugerują go nie wykluczać lecz stosować razem z dodatkowymi testami. Stosowanie oceny wartości kąta rotacji tułowia, oceny fotogrametrycznej Moire'a oraz rentgena w niskich dawkach lub kombinacji tych metod dowodzi trafności skierowań do specjalisty lecz brak jest wystarczających dowodów, że badania te wykazują dodatkowe korzyści.

Wyniki przeglądu systematycznego Sabirin 2010 wskazują, że zachorowalność na skoliozę występuje częściej u dziewcząt w wieku 11-14 lat. Ponadto wskazują, że brak jest silnych dowodów na to, że programy skryningowe są w stanie wykryć skoliozę w młodszy wieku, z niższym wynikiem krzywizny w skali Cobba oraz, że brak jest silnych dowodów na zmniejszenie liczby przeprowadzanych operacji dzięki prowadzonym programom przesiewowym. W publikacji zwraca się uwagę na duże ryzyko uzyskiwania wyników fałszywie pozytywnych/negatywnych w ramach skryningu w kierunku skoliozy. Sugeruje się prowadzenie przesiewu w kierunku skoliozy w grupach wysokiego ryzyka tj. u dziewcząt w wieku 12 lat.

Badanie radiologiczne jako istotne badanie dodatkowe jest związane z ekspozycją na promieniowanie w populacji dzieci/młodzieży poddanych dalszej diagnostyce – zwiększa ryzyko wystąpienia w przyszłości chorób nowotworowych, dlatego też wdrażane powinny być metody służące redukcji ich częstotliwości oraz zasada ochrony radiologicznej – ALARA.

Według opinii ekspertów klinicznych wady postawy stanowią poważne zagrożenie prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży. Pociągają one za sobą rozwój dysfunkcji narządu ruchu w wieku dorosłym, co prowadzi do ponoszenia przez budżet państwa związanych z tym kosztów (np. rehabilitacja, czasowa niezdolność do pracy, świadczenia rentowe).

Ponadto, zdaniem ekspertów klinicznych, do wzrostu liczby dzieci, u których występują wady postawy przyczynia się m.in. coraz niższa sprawność i odporność młodych osób, przeciążenie (zajęciami obowiązkowymi/dodatkowymi), siedzący tryb życia oraz ograniczenie aktywności ruchowej. Istotnym problemem jest także brak jednolitych programów dot. profilaktyki i korekcji wad postawy w skali krajowej oraz na obszarze poszczególnych.

Eksperti wskazują, że postępowanie terapeutyczne musi być zindywidualizowane, niewskazane jest realizowanie zajęć korekcyjnych w formie zajęć grupowych. Proces diagnostyczno-terapeutyczny nie powinien być realizowany przez osoby/ podmioty specjalizujące się wyłącznie w diagnostyce postawy ciała, bez odpowiedniego doświadczenia w praktyce zajęć korekcyjnych. Skuteczność ww. zajęć musi być systematycznie weryfikowana za pomocą badań diagnostycznych prowadzonych według tych samych standardów, co badania wstępne.

Prowadzone powinny być programy edukacyjne o prawidłowym odżywianiu i aktywności fizycznej, zapobiegające nadwadze i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Wzbogacona powinna zostać także oferta pozalekcyjnych zajęć ruchowych. Zapewnione powinny zostać środki finansowe na prowadzenie gimnastyki korekcyjnej w szkołach.

Ponadto według ekspertów wymagane jest stałe weryfikowanie skuteczności programu poprzez systematyczne powtarzanie badań diagnostycznych prowadzonych wg standardów zgodnych z badaniem wstępnym.

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 2019 r., poz. 1373), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.108.2019 „Program profilaktyczny dotyczący wczesnego wykrywania wad postawy uczniów szkół podstawowych z terenu Gminy Tarnowo Podgórne” realizowany przez: Gminę Tarnowo Podgórne, Warszawa, sierpień 2019; Aneksu „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny” z marca 2018 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 278/2019 z dnia 2 września 2019 roku o projekcie programu „Program profilaktyczny dotyczący wczesnego wykrywania wad postawy uczniów szkół podstawowych z terenu Gminy Tarnowo Podgórne”.