



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 52/2020 z dnia 12 sierpnia 2020 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Prosta szkoła –
program profilaktyki i leczenia skoliozy wśród uczniów V klas szkół
podstawowych na lata 2020/2021; 2021/2022; 2022/2023”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Prosta szkoła – program profilaktyki i leczenia skoliozy wśród uczniów V klas szkół podstawowych na lata 2020/2021; 2021/2022; 2022/2023”.

Uzasadnienie

Świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zakładają dokonanie kompleksowej oceny stanu zdrowia dziecka w okresie wzrastania, obejmującej m.in. diagnostykę wad postawy. Wykonanie badania przesiewowego w kierunku wykrywania wad postawy znajduje się w obowiązkach pielęgniarki lub higienistki szkolnej. Jest ono wykonywane pięciokrotnie – w okresach szczególnie istotnych w rozwoju dziecka.

Negatywna opinia w odniesieniu do przedmiotowego projektu programu polityki zdrowotnej wynika przede wszystkim z faktu, że brak jest dowodów na lepszą identyfikację wad postawy u dzieci i młodzieży wskutek zwiększenia częstości wykonywania badania przesiewowego. Na taki wniosek wskazują odnalezione wytyczne kliniczne oraz rekomendacje towarzystw naukowych. Co więcej, zgodnie z danymi z badań naukowych wartość predykcyjna badań przesiewowych w populacji ogólnej jest niska, a zatem wysoki odsetek osób uzyskujących wynik dodatni w takim badaniu dotyczy w rzeczywistości osób zdrowych. Fałszywie pozytywna diagnoza wstępna wiąże się z tym, że osoby te otrzymują skierowanie na pogłębioną diagnostykę, która wiąże się m.in. z wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego i tym samym ekspozycją na szkodliwe promieniowanie.

Ponadto, za negatywną opinią przemawia brak danych potwierdzających zasadność kierowania na terapię wad postawy osób, u których odstępstwa od normy są na tyle niewielkie, że nie dają żadnych objawów.

Dodatkowo, należy nadmienić, że wytyczne i rekomendacje oraz eksperci wskazują, że podstawową rolę w profilaktyce wad postawy odgrywa regularna aktywność ruchowa dzieci i młodzieży. Działania skoncentrowane na tym aspekcie powinny stanowić główny element programu profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży. Należy stosować rozwiązania, które będą sprzyjały samodzielnemu podejmowaniu regularnej aktywności ruchowej także po zakończeniu działań profilaktycznych, gdyż zapewni to trwałość uzyskanych efektów. Inne działania, takie jak prowadzenie edukacji, czy promowanie zdrowego stylu życia, pełnią funkcję pomocniczą. Ich celem powinno być przede wszystkim stworzenie okoliczności



dla wdrożenia właściwych nawyków zdrowotnych, w tym dla aktywności fizycznej oraz dla ich utrwalenia i długotrwałego stosowania.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej m.st. Warszawa dotyczący wczesnego wykrywania wad postawy skierowany do uczniów klas V szkół podstawowych, dla których m.st. Warszawa jest organem prowadzącym oraz rodziców/opiekunów prawnych w zakresie edukacji zdrowotnej (ok. 40 830 uczniów). Okres realizacji programu to lata 2020-2023. Planowany koszt całkowity realizacji programu oszacowano na 5 924 254 zł.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu odnosi się do problemu zdrowotnego, jakim są wady postawy wśród dzieci w wieku szkolnym. W treści projektu odniesiono się do definicji, przyczyn, wymieniono rodzaje klasyfikacji skolioz, objawy kliniczne, czynniki ryzyka, a także podkreślono ważność rozpoznania i leczenia wad postawy.

Projekt programu częściowo wpisuje się w następujący priorytet zdrowotny: „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 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

Wnioskodawca odniósł się do sytuacji epidemiologicznej przedstawiając dane krajowe. Wskazano, że m.in. współczynnik chorobowości z powodu zniekształceń kręgosłupa w grupie wieku 0-18 lat, w 2015 r. wyniósł $322,3/10^4$ stanowiąc drugą, po astmie oskrzelowej, przyczynę chorobowości w tej grupie wieku.

Nie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ). Zgodnie z MPZ w 2016 roku w województwie mazowieckim zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „Choroby kręgosłupa” wyniosła 75,47 tys. oraz odnotowano 0,38 tys. hospitalizacji dzieci z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako choroby kręgosłupa, co stanowiło 8,28% wszystkich hospitalizacji dzieci z powodu rozpoznań, które zakwalifikowano do grupy choroby układu kostno-mięśniowego.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest *„zahamowanie rozwoju skoliozy u 25% uczniów V klas szkół podstawowych włączonych do programu diagnostyki i indywidualnych zajęć korekcyjnych w okresie realizacji programu w latach 2020/2021, 2021/2022 oraz 2022/2023”*. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania określonych potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Zgodnie z odnalezionymi dowodami naukowymi, nie jest właściwym przyjęcie założenia, że dodatni wynik przesiewu jest tożsamy z późniejszą progresją skoliozy, a jej zahamowanie jest uzyskiwane jedynie dzięki podjętym interwencjom. W szczególności nie jest możliwe zaobserwowanie zaproponowanego celu w okresie obserwacji trwającym 3 miesiące, gdyż przy uwzględnieniu dynamiki naturalnego tempa progresji skoliozy jest to okres zbyt krótki. Należy też zaznaczyć, że w treści projektu nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) *„zatrzymanie progresji skoliozy u 25% dzieci z postacią lekką lub umiarkowaną skoliozą poprzez wdrożenie terapii w okresie 3 miesięcy terapii indywidualnych zajęć korekcyjnych”;*

- (2) „poprawa jakości życia u co najmniej 60% dzieci poddanych indywidualnym zajęciom korekcyjnym w ramach programu, u których nastąpiła poprawa jakości życia (EQ-5D-Y) w okresie zajęć korekcyjnych”;
- (3) „wzrost wiedzy z zakresu profilaktyki, diagnozowania i leczenia wad postawy u co najmniej 80% rodziców uczestniczących w indywidualnych zajęciach korekcyjnych swojego dziecka”;
- (4) „przeprowadzenie diagnostyki w kierunku skoliozy w ramach badania przesiewowego u co najmniej 90% dzieci włączonych do programu”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. Osiągnięcie cel szczegółowy nr 1 nie jest możliwy, gdyż progresja skoliozy nie jest procesem na tyle dynamicznym, aby zaobserwować progresję i jej zahamowanie z czasie 3 miesięcy. Cel szczegółowy nr 2 zakłada wyjściowe obniżenie jakości życia w populacji, która kwalifikuje się do zajęć korekcyjnych, co jednak nie znajduje poparcia w dowodach naukowych. Cel szczegółowy nr 3 odnosi się do edukacji, jednak nie jest jasnym w jaki sposób uzupełnia on cel główny, czy jak jego osiągnięcie warunkuje osiągnięcie celu głównego. Cel szczegółowy 4 odnosi się do działań, a nie do ich rezultatów i jest tym samym sformułowany błędnie. Dla wszystkich celów brak jest uzasadnienia dla przyjętych wartości.

W treści projektu programu zaproponowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „odsetek dzieci włączonych do programu, u których w wyniku działań korekcyjnych nastąpiło zahamowanie progresu skoliozy w okresie indywidualnych zajęć korekcyjnych (badania i testy przed i po działaniach korekcyjnych)”;
- (2) „odsetek dzieci poddanych interwencjom w ramach programu (zajęciom korekcyjnym indywidualnym), u których nastąpiła poprawa jakości życia (kwestionariusz życia EQ-5D-Y) w okresie od momentu włączenia programu do momentu zakończenia programu”;
- (3) „odsetek dzieci ogółem ze skoliozą wraz z określeniem stopnia zaawansowania wśród populacji objętej w ramach badania przesiewowego”;
- (4) „odsetek rodziców dzieci z rozpoznaną skoliozą i włączonych do programu zajęć korekcyjnych, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki i leczenia wad postawy (kwestionariusz ankiety w momencie rozpoczęcia zajęć korekcyjnych i w czasie wizyty zamykającej razem z oceną satysfakcji)”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Większość zaproponowanych wskaźników odnosi się do poszczególnych celów programu, jednak nie przedstawiono miernika efektywności dla celu szczegółowego nr 3. Miernik efektywności nr 3 nie odnosi się rezultatów.

Populacja docelowa

Działania realizowane w ramach programu skierowane będą do uczniów klas V szkół podstawowych na terenie m.st. Warszawy. W projekcie przedstawiono prognozowaną liczbę uczniów klas piątych w poszczególnych rocznikach. W programie wskazano, że planowany jest udział każdorazowo 70% populacji z 3 kolejnych roczników, czyli łącznie 40 830 osób. Zapisy te nie budzą zastrzeżeń.

Podstawowym kryterium włączenia zakłada objęcie działaniami pełnej populacji uczniów klas V. Dodatkowym warunkiem włączenia zawartym w projekcie jest ograniczenie populacji wyłącznie do szkół, dla których m.st. Warszawa jest organem prowadzącym, a tym samym z programu wykluczone zostaną dzieci uczęszczające do placówek prowadzonych przez inne podmioty, co może być sprzeczne z zasadą równego dostępu do działań oferowanych w ramach PPZ.

Przedstawione kryteria wyłączenia z programu nie budzą zastrzeżeń.

Interwencja

W projekcie przewidziano następujące interwencje:

- badanie przesiewowe,
- indywidualne zajęcia korekcyjne,
- kampania informacyjno-edukacyjna.

W projekcie ma być przeprowadzone badanie przesiewowe, na które składa się: wizualna ocena postawy ciała w płaszczyźnie czołowej i strzałkowej w pozycji swobodnej (bez korekty) wraz z oceną ustawienia głowy, łopatek, miednicy, stawów kolanowych i stóp, ocena powłok brzusznych oraz z ewentualną dokumentacją z zastosowaniem cyfrowej metody fotograficznej; pomiar krzywizn strzałkowych kręgosłupa za pomocą inklinometru; ocena wielkości kąta rotacji tułowia przeprowadzona w teście Adamsa (skłon tułowia w przód wykonany w pozycji stojącej) za pomocą skoliometru Bunnella – pomiar wykonany na poziomie odcinka piersiowego w miejscu maksymalnej rotacji, odcinka lędźwiowego w miejscu maksymalnej rotacji; ocena postawy ciała w testach funkcjonalnych; oraz ocena elastyczności oraz siły wybranych mięśni.

Planowane indywidualne zajęcia korekcyjne dla dzieci ze skoliozą (10-24° wg Cobba) będą odbywały się 2 razy w tygodniu – łącznie 23 wizyty trwające do 60 min. w okresie do 3 miesięcy. Dzieci po badaniu przesiewowym ze skoliozą powyżej 25° wg Cobba lub podejrzeniem innych wad postawy, zostaną skierowane do lekarza POZ z wynikiem badania i do dalszej diagnostyki i leczenia w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. W przypadku potwierdzenia diagnozy pozwalającej na kwalifikację dziecka do dalszego udziału w programie, może zostać przyjęte w zależności od zgłoszeń. Dodatkowo, w ramach pierwszych zajęć korekcyjnych zostaną wypełnione: kwestionariusz jakości życia EQ-5D-Y, ankieta wiedzy rodziców i satysfakcji z udziału w programie. Dziecko po badaniu przez fizjoterapeutę otrzyma informacje na temat oceny poszczególnych elementów ciała i dane zostaną zapisane w indywidualnej Karcie Oceny Postawy Ciała. Następnie również rodzic/opiekun otrzyma pisemny wynik oceny postawy ciała oraz informację czy dziecko kwalifikuje się do dalszego etapu programu. W czasie wizyty fizjoterapeuta omówi wyniki badania oraz dalsze zalecenia, a także przekaze pisemne wyniki badania do ewentualnych dalszych konsultacji z lekarzem POZ.

W PPZ zaplanowano przekazanie informacji o poradniku dla rodziców, opracowanego w ramach programu wraz ze wskazaniem źródeł. Dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci włączonych do programu zajęć korekcyjnych planowane są zajęcia edukacyjne w czasie zajęć dziecka w zakresie: typów wad postawy, samodzielną ocenę dziecka przez rodziców, prawidłowych postaw przy wykonywaniu czynności codziennych oraz aktywności fizycznej. Działania edukacyjne prowadzone będą również dla dzieci biorących udział w programie. Należy wskazać, że odnalezione rekomendacje (SOSORT 2014) kładą szczególny nacisk nie tylko na rolę edukacji dziecka, ale i jego opiekunów. Otrzymana opinia ekspercka (KK w dz. fizjoterapii, 2016) wskazuje na zasadność realizowania kampanii edukacyjnych w kierunku wad postawy dla rodziców i opiekunów czy nauczycieli przy udziale lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty. Działania te powinny być prowadzone przez odpowiednio wykwalifikowany personel w ww. dziedzinie.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

Ocena zgłaszalności do programu ma być dokonywana na podstawie analizy wskaźników dot. zasobów i efektywności. Bieżąca ocena realizacji będzie polegała na analizie raportów okresowych tworzonych w kwartalnych oraz rocznych interwałach czasowych. W ramach oceny zasobów zostanie podana

informacja dot. zgłaszalności oraz uczestnictwa uczniów w badaniach przesiewowych i indywidualnych zajęciach korekcyjnych. Dodatkowo w ramach programu został zaplanowany wywiad dotyczący przeprowadzenia bilansów pediatrycznych danego dziecka.

Ocena jakości świadczeń w programie będzie dokonana na podstawie przeprowadzonej ankiety satysfakcji, co jest działaniem zasadnym.

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

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym etapem będzie przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej. Drugim etapem będzie wybór realizatora programu. Następnym etapem będzie przeprowadzenie interwencji zaplanowanych w programie. Ostatnim elementem ma być podsumowanie programu i jego ewaluacja. Zapisy te są poprawne.

W projekcie odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Nie budzą one zastrzeżeń.

W projekcie wskazano, że realizator programu wybrany zostanie w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W programie wskazano zarówno koszt jednostkowy jak i koszty całkowite. Jednostkowy koszt konsultacji fizjoterapeutycznej dziecięcej wydaje się być istotnie zaniżony w stosunku do cen rynkowych.

Koszt całkowity programu ma wynosić 5 924 254 zł w czasie trwania 3-letniego programu.

Program ma zostać sfinansowany w całości ze środków miasta Warszawa

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 ścięgno-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). Czulość 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%-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%-39,8%) do 54,1% (95%CI 40,8%-66,9%), natomiast w przypadku zastosowania tylko jednej metody wynosiła od 5% (95%CI 3,4%-7,0%) do 17,3 (95%CI 11,7%-24,2%).

Rekomendacje negatywne odnośnie do 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 do 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 posługiwaniu 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 młodszym 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.

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

PREZES

dr n. med. Roman Topór-Mądry

/dokument podpisany elektronicznie/

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 późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.58.2020 pn. „Prosta szkoła – program profilaktyki i leczenia skoliozy wśród uczniów V klas szkół podstawowych na lata 2020/2021; 2021/2022; 2022/2023” realizowany przez: miasto Warszawa, Warszawa, lipiec 2020; Aneksu pn. „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny” z marca 2016; oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 182/2020 z dnia 20 lipca 2020 roku o projekcie programu „»Prosta szkoła« – program profilaktyki i leczenia skoliozy wśród uczniów V klas szkół podstawowych na lata 2020/2021; 2021/2022; 2022/2023” (m. st. Warszawa).