

Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 84/2020 z dnia 27 listopada 2020 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej
w zakresie wczesnego wykrywania wad stóp wśród dzieci w wieku
przedszkolnym w Gminie Wieluń”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad stóp wśród dzieci w wieku przedszkolnym w Gminie Wieluń”.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy wykrywania wad stóp u dzieci w wieku przedszkolnym. Należy zwrócić uwagę, że nie odnaleziono wiarygodnych dowodów naukowych, dotyczących efektów badań przesiewowych w kierunku wad stóp u dzieci. Brak jest również danych wskazujących na zasadność stosowania podoskopu w zakresie wykrywania wad stóp u dzieci. Wybór populacji docelowej również nie znajduje odzwierciedlenia w żadnych wytycznych w zakresie planowanych interwencji o charakterze badania przesiewowego. Ponadto oceniany projekt nie stanowi wartości dodanej do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych w zakresie profilaktyki i wykrywania wad postawy u dzieci.

Warto także podkreślić, że szereg ostatnio publikowanych badań naukowych zawierających wieloletnią obserwację dzieci po zdiagnozowaniu wad stóp wskazuje, iż bez leczenia część wad ulega normalizacji w miarę wzrostu osobniczego, a także, że pojawiają się one u osób, u których wcześniej ich nie stwierdzono. Odnalezione dane dotyczące badań profilaktycznych w innych wadach postawy, takich jak skolioza kręgosłupa, wskazują, że częstsze badania przesiewowe zwiększają liczbę skierowań na dalszą diagnostykę, nie zmieniając liczby ostatecznych rozpoznań. Prowadzi to do generowania dodatkowych kosztów ze strony płatnika publicznego. Zatem brak jest podstaw naukowych, aby zakładać, iż wykrywanie wad stóp albo wad postawy u dzieci jest zasadne w kategoriach poprawy zdrowotności populacji poddawanej badaniom przesiewowym.

Reasumując, powyższe kwestie stanowią główne przesłanki negatywnej opinii. Ponadto, poniżej przedstawiono najważniejsze uwagi dotyczące pozostałych elementów programu:

- Cel główny, założenia szczegółowe oraz mierniki efektywności zostały sformułowane nieprawidłowo i nie umożliwiają kompleksowej oceny programu.
- Większość wskaźników dotyczących ewaluacji nie została zaplanowana w sposób poprawny, przez co dokonanie oceny efektów po zakończeniu działań będzie utrudnione.
- Oszacowane koszty, m.in. cena badania podoskopowego, wydają się być zaniżone.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej gminy Wieluń dotyczący wykrywania wad stóp u dzieci. Całkowity budżet programu oszacowano na 86 490 zł, zaś okres realizacji programu obejmuje lata 2021-2023.

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 (Dz. U. z 2020 r., poz. 1398) 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 wymieniono podział wad kończyn dolnych (kolana koślawe, kolana szpotawe, stopa płaska, stopa płasko-koślawą, stopa szpotawa, stopa wydrążona, stopa wklęsła).

Opiniowany program 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 dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

W treści projektu programu odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej korespondującej z wybranym problemem zdrowotnym w skali krajowej. Nie przedstawiono natomiast danych lokalnych oraz nie odwołano się do map potrzeb zdrowotnych. Wskazano, że zaburzenia układu ruchu występują u ok. 10-80% dzieci w wieku szkolnym. Zaznaczono, że duże różnice częstości występowania podawane przez wielu autorów związane są z brakiem jednolitych kryteriów. Wskazano, że poważne zaburzenia mogą dotyczyć 10-15% dzieci – wyróżnia się: skoliozę (u 2-4% dzieci oraz młodzieży), młodzieńczą kifozę piersiową (u 3-5% nastolatków) oraz zniekształcenia statyczne kończyn dolnych (u 10-15% dzieci).

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „*zwiększenie liczby dzieci ze zidentyfikowanymi wadami stóp*”. Należy podkreślić, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie określony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Cel został sformułowany w sposób zbyt ogólny a także nie wskazano wartości docelowej do jakiej należy dążyć. Należy zauważyć, że ww. cel może wiązać się ze zwiększeniem liczby rodzin mających poczucie, iż ich dzieci są chore. Taka sytuacja wzbudza u rodziców lęk o zdrowie własnych dzieci oraz skłania do zbyt częstego poszukiwania pomocy medycznej.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

1. „*podniesienie świadomości wśród nauczycieli wychowania przedszkolnego oraz rodziców/opiekunów prawnych dzieci wiedzy nt. wad stóp*”,
2. „*udzielanie rodzicom/opiekunom indywidualnych instruktaży dotyczących ćwiczeń kompensacyjno-korekcyjnych do stałego ich wykonywania w warunkach domowych*”,
3. „*przygotowanie kampanii informacyjnej przeznaczonej dla nauczycieli wychowania przedszkolnego oraz rodziców dzieci*”,

4. „zapewnienie 100% refundacji badania stóp oraz edukacji dla 100% populacji”.

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. Cel nr 1 dotyczący podniesienia świadomości jest niemierzalny a cele nr 2, 3 i 4 zostały sformułowane w sposób nieprawidłowy, w postaci działania.

W projekcie programu określono następujące mierniki efektywności:

1. „iloraz liczby dzieci ze zdiagnozowaną wadą stóp w ramach programu PPZ i liczby dzieci z populacji docelowej (%)”,
2. „liczba osób, u których przeprowadzono działania uświadamiające”,
3. „liczba osób, u których przeprowadzono instruktaż”,
4. „przygotowanie plakatów obrazujących wady stóp; zamieszczenie plakatów w przedszkolach”,
5. „badanie 100% populacji dzieci”.

Wskaźnik nr 1 nie odnosi się do celów programu, wskaźniki nr 2 i 3 nie spełniają funkcji mierników efektywności a wskaźniki nr 4 i 5 swoją konstrukcją bardziej przypominają cele/oczekiwane efekty programu. Należy zaznaczyć, że 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 te muszą dotyczyć rezultatów a ich wartości powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej oraz po zakończeniu realizacji. Biorąc pod uwagę powyższe, w projekcie nie przedstawiono poprawnych mierników efektywności.

Populacja docelowa

Działania realizowane w ramach programu skierowane będą do dzieci w wieku 5 lat zameldowanych na terenie gminy Wieluń. Zgodnie z przedstawionymi w projekcie informacjami program ma objąć 100% populacji docelowej, czyli ok. 849 dzieci (2020/21 r. – 287 osób, 2021/22 r. – 282 osób, 2022/23 r. – 280 osób). Przedstawione liczby zostały zweryfikowane i są zbliżone do danych zamieszczonych na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego.

Kryterium kwalifikacji do programu ma stanowić wiek (5 lat). Kryterium wyłączenia będą indywidualne przeciwwskazania.

Interwencja

W programie zaplanowano przeprowadzenie badania przesiewowego przy użyciu podoskopu z komputerową oceną wad chodu, stóp i postawy ciała.

Należy podkreślić, iż w wyniku przeprowadzonego przeglądu systematycznego nie odnaleziono wysokiej jakości dowodów naukowych, które dotyczyłyby badania dzieci i młodzieży w kierunku deformacji stóp i wad postawy z zastosowaniem podoskopu i podobarografu. Zidentyfikowano jedynie dowody naukowe z najniższego poziomu wiarygodności (badania opisowe, abstrakty konferencyjne: Choi 2014, Perez 2014, Hamza 2015, Puszczalowska-Lizis 2017, Inui 2017). Odnalezione badania w dużej większości nie dotyczyły przydatności diagnostycznej podoskopu i podobarografu (pedobarografu) we wczesnym wykrywaniu deformacji stóp, wad postawy u dzieci i młodzieży, a odnosiły się jedynie do odsetka wykrytych zaburzeń. Zatem nie jest możliwe wnioskowanie nt. skuteczności i bezpieczeństwa zaplanowanej interwencji.

Zgodnie z odnalezionym raportem HAS 2007, baropodometryczna analiza chodu jest ilościową metodą dynamiczną pozwalającą na analizę rozkładu nacisków podszwowych i wspierającą badanie pacjentów cierpiących na choroby/wady neurologiczne, ortopedyczne czy metaboliczne. Analiza baropodometryczna wykonywana jest tylko w trudnych przypadkach, a ocena ta jest niezbędna przy wyborze terapii/pomocy pacjentom, zakupie butów/aparatów ortotycznych czy monitorowaniu stanu stóp ww. pacjentów. W raporcie wskazano na brak badań oceniających wpływ zastosowania baropodometrii w zdrowiu publicznym, w związku z powyższym korzyści ww. narzędzia w zakresie prewencyjnym nie zostały ocenione.

Podsumowując, powyższa interwencja nie znajduje uzasadnienia w żadnych dowodach naukowych oraz nie ma wskazań do jej wykorzystania w badaniach przesiewowych u dzieci i młodzieży.

W projekcie przewidziano także działania edukacyjne indywidualne w zakresie ćwiczeń w warunkach domowych skierowane do rodziców/opiekunów prawnych dzieci w celu zastosowania rodzaju świadczeń dobranych zgodnie z wykrytymi wadami stóp w ramach wizyty. Należy wskazać, że odnalezione rekomendacje (SOSORT 2014) kładą szczególny nacisk nie tylko na rolę edukacji dziecka, ale i jego opiekunów. Opinia ekspercka także 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. Biorąc pod uwagę powyższe, prowadzenie akcji edukacyjnych jest zalecane.

W programie zaplanowano przekazanie wyniku badania i dalszych zaleceń dla dzieci ze zdiagnozowaną wadą stóp wymagającą podjęcia działań terapeutycznych oraz specjalistycznej konsultacji lekarskiej w ramach umowy z NFZ.

Odnalezione rekomendacje (NSF 201711, 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. Zgodnie z opiniami ekspertów plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

Warto zaznaczyć, iż badania naukowe, np. Alfonso Martínez-Nova 2018, wskazują, iż wykrycie płaskostopia u dzieci może wiązać się z niepotrzebnym ich leczeniem. Odnalezione dane dotyczące badań profilaktycznych w innych wadach postawy, takich jak skolioza kręgosłupa, wskazują, że wartość predykcyjna wyniku dodatkowego 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 w kierunku skoliozy zwiększają o ok. 30% liczbę skierowań na dalszą diagnostykę, nie zmieniając liczby ostatecznych rozpoznań.

Ponadto kompleksowa ocena stanu zdrowia obejmująca diagnostykę wad postawy znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia powinna być ona 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. Na wszystkich wymienionych etapach edukacji, w zakresie profilaktycznego badania lekarskiego przeprowadzane jest badanie przedmiotowe m.in. ze szczególnym uwzględnieniem oceny rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index - BMI) oraz oceny układu ruchu wraz z wykrywaniem zaburzeń układu ruchu, w tym boczego skrzywienia kręgosłupa. Ponadto wykonywane jest podsumowanie badania, z określeniem poziomu i tempa rozwoju fizycznego

uczni, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), przystosowania szkolnego, kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego. Dodatkowo w ramach rocznych obowiązkowych przygotowań przedszkolnych (lub w klasie I szkoły podstawowej) przeprowadza się test przesiewowy w kierunku wykrywania zniekształceń statycznych kończyn dolnych oraz w klasach I szkół gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych – test przesiewowy do wykrywania nadmiernej kifozy piersiowej.

Reasumując, prowadzenie badań przesiewowych w populacji określonej w planie programu nie znajduje uzasadnienia w odnalezionych wytycznych klinicznych. Brak jest dowodów naukowych na skuteczniejszą identyfikację wad postawy u dzieci i młodzieży poprzez zwiększenie częstości wykonywania badań przesiewowych.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. 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 uzyskanych w programie realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu ma być dokonywana względem „*planowanej liczby uczestników, którzy mają zostać objęci badaniem*” oraz „*liczby zgłoszeń na działania edukacyjne*”. W punkcie dotyczącym mierników efektywności wskazano wskaźniki, które mogą zostać wykorzystane podczas oceny zgłaszalności, tj. „*liczba osób, u których przeprowadzono działania uświadamiające*” oraz „*liczba osób, u których przeprowadzono instruktaż*”. Należy wspomnieć, że w ramach monitorowania zgłaszalności do programu analizie podlega m.in.: liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów) oraz liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji

Ocena jakości świadczeń w programie ma obejmować analizę wyników ankiety satysfakcji rodziców uczestników programu. Wzór ankiety został dołączony do projektu i nie budzi zastrzeżeń.

W punkcie dotyczącym oceny efektywności świadczeń przedstawiono wskaźniki tj. „*liczba dzieci uczestniczących w programie, którym wykonano badanie stóp względem liczby dzieci włączonych do PPZ*”, „*liczba rodziców/opiekunów prawnych oraz nauczycieli wychowania przedszkolnego, którzy wzięli udział w działaniach edukacyjnych względem wszystkich rodziców/opiekunów prawnych, nauczycieli wychowania przedszkolnego zaproszonych do udziału w działaniach edukacyjnych*”, „*liczba dzieci ze zdiagnozowaną wadą stóp względem liczby dzieci uczestniczących w programie*” oraz „*liczba rodziców/opiekunów prawnych, którym udzielono edukacji w zakresie ćwiczeń w warunkach domowych względem liczby rodziców/opiekunów prawnych dzieci włączonych do PPZ*”. Wskazano również, że ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz stanu po jego zakończeniu. Należy jednak podkreślić, że zdecydowana większość przedstawionych wskaźników odnosi się do oceny zgłaszalności do programu. W związku z powyższym przeprowadzenie kompleksowej oceny efektywności może okazać się utrudnione.

Warunki realizacji

W projekcie opisano etapy i działania podejmowane w ramach programu. Należy zaznaczyć, że w drugim etapie wskazano: „*przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48 aa ust. 11 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*”

finansowanych ze środków publicznych”, co nie jest zgodne z postępowaniem w przypadku obecnego PPZ, który zostaje przygotowany na podstawie art. 48a ww. ustawy.

Realizatorem programu będzie podmiot leczniczy wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

W projekcie odniesiono się w sposób ogólny do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Akcja informacyjna odbędzie się za pośrednictwem lokalnych mediów oraz przedszkoli na terenie gminy Wieluń. Nie wskazano konkretnych mediów, które miałyby zostać wykorzystane, nie wyznaczono osób do przeprowadzenia tej akcji ani nie określono jej ram czasowych.

Całkowity budżet programu oszacowano na 86 490 zł, z czego w pierwszym roku koszt wyniesie 28 830 zł.

W projekcie programu przedstawiono następujące koszty jednostkowe: 60 zł – badanie stóp i przekazanie wyniku badania, 50 zł – edukacja w zakresie ćwiczeń w warunkach domowych oraz dalsze zalecenia dla dzieci (dla 60% populacji), 1 000 zł – przygotowanie i przeprowadzenie kampanii informacyjnej oraz 2 000 zł – zbieranie i przetwarzanie informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją. Zgodnie z odnalezionymi informacjami, ceny badania podoskopowego stóp przyjmują inne wartości, w związku z tym, cena przedstawiona przez wnioskodawcę wydaje się być zaniżona.

Program będzie finansowany ze środków gminy Wieluń.

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 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. Na wszystkich wymienionych etapach edukacji, w zakresie profilaktycznego badania lekarskiego przeprowadzane jest badanie przedmiotowe m.in. ze szczególnym uwzględnieniem oceny rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (*Body Mass Index* – BMI) oraz oceny

układu ruchu wraz z wykrywaniem zaburzeń układu ruchu, w tym boczego skrzywienia kręgosłupa. Dodatkowo w ramach rocznych obowiązkowych przygotowań przedszkolnych (lub w klasie I szkoły podstawowej) przeprowadza się test przesiewowy w kierunku wykrywania zniekształceń statycznych kończyn dolnych, natomiast w klasach I szkół gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych – test przesiewowy do wykrywania nadmiernej kifozy piersiowej.

Powyższe działania reguluje Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2019 poz. 736).

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

Wady postawy ciała stanowią w czasach współczesnych istotny problem zdrowotny. Tematyka dotycząca testów przesiewowych we wskazanym problemie zdrowotnym budzi jednak wiele kontrowersji, a badania przeprowadzone dotychczas zarówno popierają, jak i odradzają prowadzenie screeningu w omawianym zakresie.

U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF, 2018) w swoich zaktualizowanych rekomendacjach 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 *American Academy of Family Physicians (AAFP 2018)*.

Rekomendacje negatywne odnośnie prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wydało również *UK National Screening Committee (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 *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 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. Powyższe 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).

Specyficzna fizjoterapia (z ang. *physiotherapeutic scoliosis-specific exercises* – PSSE) jest rekomendowana jako pierwszy krok w procesie leczenia skoliozy idiopatycznej, aby zapobiec lub ograniczyć postęp deformacji oraz możliwości gorsetowania (SOSORT 2016). Zaleca się, aby PSSE była zgodna z konsensusem SOSORT oraz oparta na autokorekcji postawy w 3D, treningu podstawowych czynności życia codziennego (z ang. *activities of daily living, ADL*), stabilizacji prawidłowej postawy oraz edukacji pacjenta. Rekomenduje się, aby PSSE była zindywidualizowana pod względem potrzeb pacjenta, występującego skrzywienia oraz etapu leczenia. PSSE powinna być zawsze zindywidualizowana, nawet gdy prowadzona jest w małych grupach. Poziom trudności PSSE powinien być stopniowo zwiększany w zależności od możliwości pacjenta. Nauka PSSE powinna być przeprowadzana indywidualnie (w relacji 1:1) w celu zapewnienia zindywidualizowanej opieki, tak żeby regularne PSSE mogło być stosowane przez pacjenta w domu lub w małych grupach (SOSORT 2016).

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych

Odnalezione dane 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.

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.

Nie odnaleziono żadnych opracowań wtórnych (przeглядów systematycznych, metaanaliz), badań eksperymentalnych (RCT, badań z pseudorandomizacją, bez randomizacji, badań jednoramiennych) oraz badań obserwacyjnych z grupą kontrolną dot. badania z zastosowaniem podoskopu i podobarografu w kierunku deformacji stóp i wad postawy u dzieci i młodzieży.

Podsumowanie 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 w konsekwencji prowadzi do ponoszenia przez budżet państwa związanych z tym kosztów (rehabilitacja, czasowa niezdolność do pracy spowodowana np. zespołami bólowymi kręgosłupa o podłożu przeciążeniowym, świadczenia rentowe).

Do wzrostu liczby dzieci, u których występują wady postawy przyczynia się m.in. coraz niższa sprawność i odporność młodych organizmów, przeciążenie zarówno zajęciami obowiązkowymi, jak i dodatkowymi, siedzący tryb życia oraz ograniczenie aktywności ruchowej. Istotnym problemem jest także brak jednolitych programów dotyczących profilaktyki i korekcji wad postawy w skali krajowej oraz na obszarze poszczególnych jednostek terytorialnych.

Postępowanie terapeutyczne musi być zindywidualizowane, nie wskazane jest realizowanie zajęć korekcyjnych w formie zajęć grupowych. Proces diagnostyczno-terapeutyczny nie powinien być realizowany przez osoby lub podmioty specjalizujące się wyłącznie w diagnostyce postawy ciała, nie posiadające odpowiedniego doświadczenia w praktycznej realizacji zajęć korekcyjnych. Skuteczność zajęć korekcyjnych 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.

Diagnostyka powinna obejmować dzieci w wieku przedszkolnym, w przedziale wiekowym 3-6 lat, szczególnej opieki i nadzoru wymagają dzieci i młodzież w okresie pokwitaniowego skoku wzrostowego: dziewczęta 11-14 lat, chłopcy 12-15. Diagnostyka powinna być prowadzona w oparciu o tanie, nieinwazyjne narzędzia i metody diagnostyczne. Obecnie rekomendowanym standardem są m.in. fotorejestracja oraz ocena kąta rotacji tułowia prowadzona za pomocą skoliometru Bunnella.

Wymagane jest stałe weryfikowanie skuteczności programu poprzez systematyczne powtarzanie badań diagnostycznych prowadzonych według standardów zgodnych z badaniem wstępnym.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 8 pkt 3, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r., poz. 1398), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.118.2020 „Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad stóp wśród dzieci w wieku przedszkolnym w Gminie Wieluń” realizowany przez: Gminę Wieluń, Warszawa, listopad 2020, Aneksu „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny” z marca 2018 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 308/2020 z dnia 16 listopada 2020 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania wad stóp wśród dzieci w wieku przedszkolnym w Gminie Wieluń”.