SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (**95.**)
w dniu 19 marca 2018 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja na temat leczenia skolioz idiopatycznych w Polsce.

Zapis stenograficzny jest tekstem nieautoryzowanym.

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 03)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Waldemar Kraska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dzień dobry państwu.

Witam wszystkich bardzo serdecznie na już dziewięćdziesiątym piątym posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia.

Bardzo serdecznie witam pana ministra Macieja Miłkowskiego razem ze współpracownikami. Witam panów, którzy są inspiratorami naszego dzisiejszego posiedzenia komisji, czyli pana Ryszarda Harężlaka, pana Pawła Kowalskiego, pana Jana Ślężyńskiego i pana Tadeusza Kasperczyka. Myślę, że państwa prezentacje będą dość ciekawe.

Tematem dzisiejszego posiedzenia jest informacja na temat leczenia skolioz idiopatycznych w Polsce. Mamy na to, proszę państwa, półtorej godziny. Prosiłbym o względnie krótkie przedstawienie problemu. Na pewno ustosunkuje się do tego pan minister, a potem przejdziemy do dyskusji.

A więc proszę państwa o zaprezentowanie problemu.

Kto pierwszy?

Proszę się przedstawiać, bo to jest transmitowane przez internet.

(*Brak nagrania*)

To proszę włączyć mikrofon.

Rozpoczynamy.

Konsultant ds. Skolioz w Międzyszkolnym Ośrodku Gimnastyki Korekcyjno-Kompensacyjnej przy Gimnazjum Publicznym nr 1 w Czechowicach-Dziedzicach Ryszard Harężlak:

Proszę państwa temat, który chcieliśmy państwu zaprezentować, dotyczy kontrowersji wokół leczenia skolioz idiopatycznych.

Skoliozy idiopatyczne potocznie określa się jako boczne skrzywienia kręgosłupa. W takim ujęciu jest to do przyjęcia, ale w języku potocznym. A specjaliści muszą się jednoznacznie wypowiedzieć na temat tego, że skolioza idiopatyczna to jest taka dolegliwość, która się charakteryzuje trójpłaszczyznowymi zaburzeniami kręgosłupa i progresywnym charakterem rozwoju tej dolegliwości. Te zmiany trójpłaszczyznowe polegają na tym, że w mięśniach krótkich pierwszego układu odniesienia w pozycji…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Tak. Wykonuje się skłon. Sprawdzamy, czy powstaje zaburzenie w płaszczyźnie tzw. czołowej, czyli boczne wygięcie kręgosłupa. A w płaszczyźnie poprzecznej mamy do czynienia ze zmianami rotacyjnymi w postaci garbu żebrowego, wału lędźwiowego. Zmiany w płaszczyźnie strzałkowej to powiększenie lordozy lędźwiowej.

I, proszę państwa, podstawową trudnością w leczeniu tego typu skolioz jest etiologia. Czynnik, który powoduje ich powstanie, do dzisiaj jest nierozeznany, mimo tego że badania naukowe trwają już, proszę sobie wyobrazić, ponad 250 lat. To świadczy o tym, z jakim problemem mamy do czynienia. A w związku z tym, że nie ma leczenia przyczynowego, pozostaje nam tylko działanie kinezyterapeutyczne i fizjoterapeutyczne. I podstawową kwestią jest to, żeby te działania były poprzedzone jak najwcześniejszą diagnozą. A potem należy ułożyć układ ćwiczeń, które będą dobrane dla każdego przypadku indywidualnie. Te ćwiczenia są dobierane indywidualnie, ale według pewnej metody.

Jeżeli chodzi o sprawy metodyki, to ostatnio pojawiła się informacja, że mamy do dyspozycji 4 metody: metodę Schroth, metodę Dobosiewicz, metodę FITS i metodę FED. Otóż, proszę państwa, metoda Schroth to jest niemiecka metoda, metoda FED to jest hiszpańska metoda, a 2 pozostałe metody, tj. Dobosiewicz i FITS, to są metody, które zostały opracowane u nas w kraju.

Ale nie wspomina się w tej informacji o metodzie, która funkcjonuje już od co najmniej 15 lat, czyli o metodzie ćwiczeń asymetrycznych. Tak się składa, że akurat ja jestem autorem tej metody. Metoda asymetryczna była prezentowana już w 2005 r. na konferencji tutaj, w Warszawie. Następnie była przedstawiana w 2008 r., na 3-dniowej konferencji naukowej w Bielsku-Białej, gdzie było olbrzymie grono naukowców i reprezentantów wydziałów zdrowia i oświaty. Proszę państwa, wśród obszernego materiału tematycznego były prezentowane 2 metody – moja, czyli ćwiczeń asymetrycznych, i metoda FED, hiszpańska, prof. Sastre. I po tej konferencji komitet naukowy dokonał oceny tych tematów i wskazał do publikacji w fizjoterapii polskiej moją metodę, co oczywiście stanowiło dla mnie dużą satysfakcję.

Proszę państwa, ta metoda pozwala na bardzo poważne działania. Przykładowo pozwala naprawiać pewne mankamenty w przypadkach prowadzonych do tej pory metodami, o których powiedziałem wcześniej. Metoda asymetryczna nie tylko blokuje dalszy rozwój skoliozy, ale i wpływa bardzo pozytywnie na zmniejszenie wartości kątowych, które powstały przy progresjach. A obniżenie tych warto-

ści kątowych, bo mówimy tu o skoliozach rzędu 50, 60, 70 stopni… I w tych przypadkach, jeżeli się uzyskuje takie efekty zmniejszenia wartości kątowych, po prostu dzieci nie są poddawane zabiegom operacyjnym, chociaż już były przygotowywane do zabiegu operacyjnego.

Teraz, proszę państwa, przechodzę do następnej kwestii. Od 2002 r. wprowadzono do operacyjnych zabiegów środki nawigacji komputerowej i zabiegi operacyjne stały się bezpieczne. Wtedy środowisko ortopedyczne wymyśliło taką strategię: do 20 stopni nic nie robić, tylko obserwować – ja i moi koledzy uważamy, że to jest nieporozumienie, bo u dziecka powinno się zająć tym tematem jak najwcześniej – a jeżeli przekroczy te 20 stopni, to ma być zabieg operacyjny. Zabieg operacyjny to jest rzecz, która powinna być wykonywana sporadycznie, w szczególnych przypadkach. To nie powinna być norma, bo przede wszystkim zabieg operacyjny bardzo negatywnie wpływa na dalsze losy tego dziecka.

A wcześniej, jeszcze przed operacją, jest wprowadzane tzw. gorsetowanie. Gorset ma za zadanie jak gdyby spowodować spowolnienie rozwoju skoliozy. To dla mnie też jest absurdalna sytuacja, bo przede wszystkim gorset robi u dziecka destrukcję w płaszczyznach fizjologicznych. Każde dziecko i osoba dorosła ma lordozę szyjną, kifozę piersiową i lordozę lędźwiową. I te krzywizny fizjologiczne spełniają bardzo ważną funkcję amortyzacyjną dla kręgosłupa, bo na nas działają siły grawitacji, czy nam się to podoba, czy nam się to nie podoba. I ten gorset, proszę państwa, przyspiesza wtedy rozwój skoliozy, bo kręgosłup jest wypłaszczony i to jest dodatkowe obciążenie kręgosłupa. Ponadto wprowadzenie gorsetu u dzieci wiąże się z wielkim problemem – wpędza te dzieci w kompleksy i powoduje problemy w normalnym ich funkcjonowaniu. Rzecz polega na tym, że, proszę państwa, nie dość, że te gorsety spełniają nieznaczącą rolę, to jeszcze szkodzą, a są finansowane przez budżet państwa i przez rodziców. Proszę państwa, jak do mnie zgłaszają się rodzice z różnych stron Polski z dziećmi, to przyjeżdżają właśnie z gorsetami. Pierwsza moja uwaga jaka taka: proszę ten gorset wyrzucić. Taka jest moja opinia. Nie dlatego, że mi się gorsety nie podobają, tylko wiem, jakie konsekwencje z tego tytułu wynikają. Dla mnie najważniejsze jest to, jak dzieci reagują, jeżeli się dowiedzą, że nie będą musiały tego gorsetu nosić. Bo, proszę państwa, to jest dysfunkcja i stres dla takiego dziecka. Mało tego, w ostatnim okresie lekarze sugerują, żeby gorset nosić 22 godziny i spać w tym gorsecie – to już jest kompletne nieporozumienie. Dlatego proponowałbym nawet, żeby taka osoba, która mówi, żeby w gorsecie spać itd., sama spróbowała. To jest dla takiego dziecka problem.

Proszę państwa, najlepszym gorsetem dla dziecka jest gorset mięśniowy, ale wypracowany odpowiednią metodyką. I te warunki spełnia metoda asymetrycznych ćwiczeń. Gorset ma spowolnić rozwój skoliozy, ale jeżeli przekroczy się 45 stopni, to operacja… Proszę państwa, operacja to jest… Jak to wprowadzono, to parę lat nie robiło to na mnie wrażenia, bo ja i tak cały czas robiłem wszystko, żeby dzieci ratować przed operacją, i to się udawało. Ale jak wprowadzono te zabiegi operacyjne, to zaczęły się zgłaszać osoby po zabiegach operacyjnych. I tutaj mamy takie oto przykłady.

Przykład Tomasza, który w wieku 16 lat miał 60 stopni w odcinku piersiowym, 30 w odcinku lędźwiowym. Po 17 latach, po operacji, zgłosił się do mnie i ma 78/55 stopni. To jest katastrofa! Człowiek ma 32 lata. To katastrofa życiowa, bo są problemy bólowe, w pracy itd. To jest katastrofa!

Tu mamy kolejny przykład, pani, która miała 26 lat, jak się do mnie zgłosiła. W wieku 16 lat miała 60 stopni w odcinku piersiowo-lędźwiowym. W wieku 26 lat, czyli po 10 latach, zgłosiła się do mnie, bo ją boli kręgosłup. Prosiła, żeby jej pomóc, bo za pół roku – przyjechała z narzeczonym – chce brać ślub. Ja patrzę na zdjęcie i mówię: proszę pani, po co ma pani jeszcze te pręty przy kręgosłupie? Ona mówi: co roku chodzę do lekarza, ale nikt mi nie powiedział, że to trzeba usunąć. Ja mówię: proszę pani, katastrofa! Bo miała 60 stopni w wieku 16 lat, zrobili na 30, a po 10 latach ma 80 stopni w odcinku piersiowo-lędźwiowym. To jest katastrofa przede wszystkim dla kobiet, bo jakie szanse ma taka kobieta na założenie rodziny i jakieś potomstwo. Katastrofa! No to ją wysłałem do Zakopanego, żeby wyjęli te pręty. Dowiedziała się, że może jej to zrobią, ale za 3 lata. A oni chcieli za pół roku brać ślub… No katastrofa!

Tu kolejny przykład: pani Karina, 13 lat po operacji, tak samo miała 60 stopni. Przyjechała do mnie po 13 latach. Ja patrzę… No już bez prętów. Wcześniej podobno była u mnie, ale ja nawet nie pamiętałem. Pręty jej usunęli i po 13 latach – miała 60 stopni, zrobili operacyjnie na 30 – ma 85 stopni. To jest katastrofa! Do tego wszystkiego, proszę państwa, wał lędźwiowy, garb żebrowy, po tej stronie 4-centymetrowy. No katastrofa! I dlatego zapisałem jej ćwiczenia. Była bardzo zadowolona. Przyjeżdżała na konsultacje, a ćwiczyła w domu. Ale była tylko 2 razy na konsultacjach, co 2 miesiące, bo się okazało – o czym ja nie wiedziałem – że miała wcześniej operację serca, znowu ten problem z sercem wyniknął i kontakt się urwał. Nie wiem, co się z tą kobietą dzieje. Ale to jest katastrofa!

No i takich przypadków… Ja mógłbym wiele takich rzeczy mówić, bo przyjeżdżają do mnie rodzice z dziećmi i np. dowiaduję się od rodzica, że niestety więcej mam to ma, że mama jest po operacji. Ja mówię: czy mógłbym przy okazji zobaczyć pani kręgosłup? No naprawdę ręce opadają, jak wyglądają kręgosłupy kobiet. A to są kobiety jeszcze w wieku 40 lat, 30 lat. No katastrofa! Problemy w pracy, bóle kręgosłupa itd.

I dlatego uważamy, że ten sposób rozwiązania problemu, że należy operować od 45 stopni, to jest nieporozumienie. I dlatego myśmy się z kolegą wybrali do Warszawy w 2014 r… Tak? Co to było?

(*Głos z sali*: Forum dotyczące skolioz.)

A, forum dotyczące skolioz. Pojechaliśmy tam z kolegą. Na tym forum występowała pani, która jest autorką metody FITS. Przeczytałem pewne materiały i specjalnie tam pojechaliśmy. Ta pani prezentowała tam swoją metodologię. A potem był dostęp do mikrofon dla tych, którzy w tym brali udział. Była pełna aula na AWF w Warszawie. 2 panów, jak się potem okazało, profesorów zabrało głos. Bardzo wysoko ocenili to, co demonstrowała ta pani – że naprawdę ta pani robi swoim występem wrażenie. W końcu ja się dorwałem do mikrofonu. Powiedziałem: w przeciwieństwie do panów powiem krótko – proszę państwa, państwo sami mówią, że was interesuje wrażenie, ale mnie

wrażenie nie interesuje, bo to jest wrażenie artystyczne, a to nie o to chodzi; tu trzeba robić ćwiczenia i prowadzić taką metodykę, która by niwelowała kłopoty z kręgosłupem. I powiedziałem, że przyjechałem tutaj specjalnie dlatego, że pani miała występować. Zauważyłem, że w programie było napisane, o czym pani dzisiaj nie powiedziała, że 7 dziewcząt pani wysłała na operację do Zakopanego, bo ich skolioza przekroczyła 45 stopni. No i ja mówię: „Wie pani, to jest dla mnie katastrofa. Pani sobie powinna zdawać sprawę z tego, że takie dziewczęta, które w niedalekiej przyszłości mają być żonami, matkami, pani doprowadza do katastrofy życiowej. Pani tego nie rozumie? I dlatego mam dla pani taką propozycję, żeby takie przypadki pani posyłała nie do Zakopanego, tylko do mnie". Wcześniej przyjmowałem w Bielsku, a teraz przyjmuję w Czechowicach.

A jeszcze była taka kwestia, że byli tam przedstawiciele SOSORT, profesorowie. „W związku z takim szybkim operowaniem zadaję panu profesorowi takie pytanie: Panie Profesorze, jeżeli państwo wprowadziliście te zabiegi operacyjne w takim tempie od 2002 r., to czy za tym poszła informacja do ośrodków, które wykonują te zabiegi, że mają obowiązkowo robić badania kontrolne po 5 latach, po 10 latach, po 15 latach? Wtedy byłby pełny obraz stanu rzeczy". No ja byłem zaszokowany, kiedy pan profesor powiedział, że ja go zaskoczyłem tym pytaniem. Ja mówię: nie rozumiem. A on: bo nie było takich decyzji. To ja mówię: wie pan, to jestem kompletnie rozczarowany; ja mówię na podstawie tych kilkunastu czy kilkudziesięciu przypadków, z którymi mam kontakt, ale nie ma informacji, jak to wygląda w skali kraju.

Proszę państwa, i to jest bardzo duży błąd, że takich rzeczy nie ma, bo byśmy wiedzieli, na jakim etapie jest te nasze przyszłe społeczeństwo, ta młodzież itd. A my za chwilę będziemy mieli armię rencistów w tym kraju, jak dalej będzie to tak funkcjonowało.

Teraz, proszę państwa, byśmy przeszli do metody. Ta metoda, której jestem autorem, została wypracowana na początku 2000 r. Wcześniej była tzw. metoda ćwiczeń symetrycznych, która polegała na tym, że dzieci wykonywały ćwiczenia wzmacniające mięśnie grzbietu, mięśnie posturalne. Ja to przez wiele lat robiłem, ale efekty były dalekie od oczekiwań. Jak przeanalizowałem cały proces powstawania skoliozy, to doszedłem do wniosku, że muszą być wprowadzone ćwiczenia asymetryczne. I to z uwagi na to, że mamy skoliozy jednołukowe, dwułukowe, trzyłukowe, zmiany rotacyjne, czyli garby żebrowe. To wszystko musi być w tych ćwiczeniach ujęte. I zaczęto… Kolega to moja prawa ręka, zresztą widać… Byli też koledzy profesorowie, z którymi nawiązałem kontakt – prof. Kasperczyk, prof. Ślężyński. I miałem okazję skonfrontować te działania, które proponowałem. Okazało się, że dużo pomogli mi w tym temacie, bo to, co wymyśliłem, jest jeszcze poparte pewnym materiałem naukowym. A to o to chodzi. I w związku z tym ta metoda została wprowadzona.

A jeżeli jeszcze chodzi o problem wad postawy, ogólnie mówiąc, to kiedyś zajęcia z gimnastyki korekcyjnej były realizowane w szkołach od I klasy. To było bardzo cenne rozwiązanie. Dziecko idzie do szkoły do I klasy i jest w tej szkole do VIII klasy. I od momentu zetknięcia się ze szkołą cały czas jest pod kontrolą. Jeżeli się coś zauważy u takiego dziecka – mówimy: wczesna diagnoza – to takie dziecko podejmuje zajęcia w szkole. Tak? Ale w poszczególnych gminach powinno też być takie rozwiązanie, jak międzyszkolny ośrodek, do którego byłyby kierowane przypadki już troszeczkę poważniejsze, np. źle rokujące. I takie wzorcowe rozwiązania, bym powiedział, funkcjonują w takiej gminie jak Czechowice. Tam jest świetny układ, od 12 lat on funkcjonuje i nie ma zabiegów operacyjnych, wszystko jest robione pod ścisłą kontrolą. To samo można powiedzieć o Raciborzu, o Starachowicach, o kilku bielskich gminach. Ale to jest kropla w morzu. Ten system powinien być wprowadzony w całym kraju. Wtedy byśmy mieli wszystko pod kontrolą. Tylko żeby nie było tak, że jedną gminę stać na tego typu rozwiązania, a pozostałych nie stać. To jest, tak jak powiedziałem, problem społeczny i on powinien być rozwiązany bardzo odpowiedzialnie praktycznie natychmiast, jeżeli jest taka możliwość, żebyście państwo to przeanalizowali i doprowadzili do tego, żeby naprawdę było takie komfortowe rozwiązanie. To jest rozwiązanie problemu dla dobra dzieci, ale i ich rodziców. Mi jest żal tych rodziców, którzy jeżdżą do mnie z Bydgoszczy czy ze Szczecina. Wtedy dzieci się poniewierają… A można by, po odpowiednim przeszkoleniu, robić takie rzeczy na miejscu i sprawa byłaby prosta.

Najważniejszą przesłanką jest to, żeby ta metodyka została odpowiednio rozpowszechniona, bo to daje pełne gwarancje. Wiemy to z kilkunastoletnich doświadczeń. De facto na tym rzecz polega, że jest też potrzebne duże zaangażowanie rodziców, bo nie może być tak, że ktoś idzie tylko raz czy 2 razy w tygodniu na zajęcia i uważa, że problem jest załatwiony. Musi być ścisła współpraca z rodzicem. Rodzice bardzo chętnie się w to angażują, żeby tylko ratować swoje dzieci przed konsekwencjami. Ale to wszystko musi być ujęte w jakieś rozwiązania programowe. Ja bym miał tyle…

I teraz jeszcze, proszę państwa, tylko kilka przykładów po zastosowaniu tej metodyki.

Tu mamy 7-letnią dziewczynkę. Było 19 stopni, jednołukowa skolioza. Po roku ćwiczeń w warunkach domowych, bo rodzic dostał tylko instruktarz i były konsultacje co miesiąc albo co 2 miesiące, mamy 0 stopni. Ale gdybyśmy pozwolili dalej… No dziecko rośnie i ten problem narasta.

Tu mamy przykład 4-letniej dziewczynki. Załamani rodzice przyjeżdżają do mnie z tym dzieckiem, bo 30 stopni u 4-latki to nie jest taka prosta sprawa. Była już pierwsza decyzja – gorset. Ja mówię: żaden gorset, najlepszym gorsetem są mięśnie, to one mają spełniać rolę gorsetu. Po 2 latach mamy 10 stopni u tej dziewczynki. Ale gdyby przez te 2 lata coś innego robiła, to już by było 40 stopni albo więcej. I to jest taki przykład.

Kolejna, Paulinka, 20 stopni, 7-letnia, rok ćwiczeń na tych samych zasadach – poinstruowani rodzice, tylko konsultacje. I mamy 0 stopni.

Aż się chce coś takiego robić.

A tu już mamy poważniejsze sprawy.

Mamy 13-letnią dziewczynę, która ma 50/35 stopni i, proszę państwa, już była przygotowywana do zabiegu operacyjnego. Proszę państwa, poćwiczyła 2 lata i mamy 25/20 stopni. To nie znaczy, że jest koniec problemu. Trzeba

nadal, wtedy już profilaktycznie, prowadzić te zajęcia, bo, tak jak mówię, ten czynnik dalej działa niekorzystnie.

Tu mamy przykład Grzegorza: 16-letni chłopak, 40 stopni, ojciec załamany, bo starszy syn już miał operację, a temu za chwilę będzie grozić operacja. Po roku czasu, proszę państwa, z 40 stopni, jest 20. I chłopak już pracuje, żyje i normalnie funkcjonuje.

Tu mamy Paulinę – 65/40 stopni, też już miała mieć zabieg operacyjny. Po roku ćwiczeń mamy 40/30.

To są rzeczy nieosiągalne. Nie dlatego o tym mówię, żeby się chwalić, ale na pewno sprawia satysfakcję i radość, że się takie dzieci ratuje.

Tu mamy Aleksandrę. Dziewczyna ćwiczyła 3 lata. Była leczona różnymi metodami – metodą FITS, potem nawet metodą Sastre, tą hiszpańską. Proszę państwa, rodzice przyjechali z nią do mnie, kiedy miała 70/60 stopni. Dziewczyna była tak psychicznie załamana, że jej się już nic nie chciało robić. Ale udało się ją jakoś przekonać i z 70 stopni udało się zrobić 50 stopni. To nie znaczy, że na tym koniec. Ona dalej będzie ćwiczyć, tylko w warunkach domowych, i przyjeżdżać na konsultacje. Jedno jest pewne – ta dziewczyna, która na pewno też kiedyś założy rodzinę, będzie mogła normalnie funkcjonować, żyć.

Tu mamy kolejny przykład: 65/67 stopni, dziewczyna 15-letnia, która też już miała mieć skierowanie na zabieg operacyjny. 3 lata jeździła do mnie spod Krakowa. Okazało się, że można było zrobić 38/40 stopni. I ortopeda wpisał w karcie: zabieg jest nieaktualny. Dziewczyna skończyła studia, już ma dzieci, rodzinę i normalnie żyje, tylko sobie profilaktycznie raz w tygodniu czy 2 razy poćwiczy – to już jej sprawa. Ale nie dotarł do niej skalpel. Nie?

Teraz mamy kolejny przykład: Oliwia, dziewczyna 14-letnia, 50/50 stopni. Ja patrzę na poprzednie zdjęcie, które miała robione w wieku 12 lat. Było 10/10 stopni. Ja mówię: proszę państwa, ale co się stało? Oni mówią: myśmy jeździli do Żorów 2 razy w tygodniu na zabiegi do takiego pana, który leczył metodą Sastre, przez 2,5 roku. Po 2,5 roku zrobili zdjęcie – 50/50 stopni. Też już miała termin operacji. Szybko podpowiedziałem, co mają przygotować, jaki sprzęt. W domu mieli drabinkę, drążek, ciężarki. Nauczyłem, bo rodziców się uczy po prostu dosłownie, jak mają te ćwiczenia w domu wykonywać. I, proszę państwa, po roku dziewczyna ma 20/27 stopni. Po roku! Ale tylko jeśli chodzi o wartości kątowe. A garb żebrowy o połowę mniejszy i te zmiany rotacyjne… Jak zrobiłem to zdjęcie, to zaproponowałem rodzicom, żeby wzięli je do tego specjalisty, co z 10 stopni zrobił 50 stopni i mu pokazali, co można zrobić w ciągu roku. Bo praktycznie 2,5 roku tam… Ale co mnie najbardziej zirytowało? Wtedy się dowiedziałem, że oni jeździli tam 2,5 roku i zapłacili 22 tysiące zł. No katastrofa! Ja mówię: jedźcie, zróbcie z tego jakąś sprawę, bo to jest skandal, żeby ktoś się dorabiał majątku, żeby robił interes kosztem dzieci! Bo to jest kosztem dzieci, absolutnie. I ci rodzice do niego…

(*Przewodniczący Waldemar Kraska*: Ja bym prosił o skończenie, bo, wie pan, za chwilę pana koledzy nie będą mieli szans na wystąpienie, bo skończy się czas.)

(*Głos z sali*: Już kończymy.)

Skończyło się na tym, że rodzice nie pojechali. Dosłownie nie chcieli go widzieć.

I teraz jeszcze Ewelinka, 55/33 stopni. Efekt, jak widać, jest ewidentny. Tak że to kolejny przykład.

I teraz, proszę państwa, prosta sprawa. Bo nie ma co opowiadać o tym, co się robi, tylko trzeba pokazywać, jaki to ma sens, jakie to przynosi efekty. Trzeba doprowadzić do tego, żeby przeszkolić pewne grupy, które by się tym zajmowały, i żeby były te zajęcia w ośrodkach gminnych i szkolnych itd., a wtedy problem będzie, że tak powiem, do opanowania. Wszystko będzie pod kontrolą. To tyle. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Nie powitałem pana senatora Andrzeja Kamińskiego, który jest głównym sprawcą tego posiedzenia komisji, bo to właśnie on zainicjował ten temat.

Proszę państwa, prosiłem o skrótowe wystąpienia. Nie przerywałem panu, ponieważ miał pan przygotowane długie wystąpienie, ale niestety będziemy musieli ograniczać państwa wystąpienia.

Chciałbym, proszę państwa, żebyśmy się skoncentrowali może na jednym temacie. Państwo w tej chwili polemizujecie z ortopedami, czy trzeba operować, czy trzeba rehabilitować. Ja bym prosił, żeby państwo w następnych wystąpieniach trochę się skoncentrowali na tym, dlaczego do tego dochodzi, jaki jest błąd, czy to w czasie lekcji wychowania fizycznego, czy w POZ, czy gdzieś indziej, czy można by tego uniknąć.

Proszę, kto następny ma wystąpienie?

Proszę.

Nauczyciel Gimnastyki Korekcyjnej w Bielskim Szkolnym Ośrodku Gimnastyki Korekcyjno-Kompensacyjnej im. Romana Liszki Paweł Kowalski:

Dziękuję serdecznie, Panie Przewodniczący.

Witam państwa serdecznie. Nazywam się Paweł Kowalski. Od 1982 r. jestem pracownikiem Bielskiego Szkolnego Ośrodka Gimnastyki Korekcyjno-Kompensacyjnej w Bielsku-Białej, czyli takiej specjalistycznej placówki oświatowej, która zajmuje się dziećmi z wadami postawy, szczególnie ze skoliozą.

W tym momencie chciałbym coś wtrącić à propos tego, co powiedział pan przewodniczący, że należy szukać przyczyn tego, że mamy taką, a nie inną sytuację.

Proszę państwa, nie wiem, czy jesteście sobie w stanie wyobrazić, że system szkolnej korektywy został w Polsce zbudowany już w 1973 r., czyli, można powiedzieć, jeszcze przed takim gorącym okresem gierkowskim. Teoretycznie wskazuje to na jedną ciekawą rzecz – że być może nie wszystko, co było w PRL, było złe dla naszych młodych pokoleń, które teraz są już bardzo dojrzałymi pokoleniami. I taka sytuacja miała miejsce do 1998 r. Niestety w 1998 r. z ustawy o systemie oświaty zniknął art. 22, który mówił wyraźnie, że z subwencji oświatowej, którą państwo Polskie daje do dyspozycji organom prowadzącym szkoły i placówki, można finansować zajęcia gimnastyki korekcyjnej.

Tutaj kolega przed chwilą zwrócił uwagę, że bardzo ważnym elementem jest wczesna diagnostyka i wczesne rozpoznanie problematyki wad postawy ciała, a szczególnie skolioz, które mają bardzo dużą dynamikę progresji, zwłaszcza w okresie skoku pokwitaniowego, ale też w okresie pierwszego skoku wzrostowego, czyli wtedy, kiedy dzieci idą do szkoły.

I tak się stało, że w 1998 r., za rządów AWS, ten temat wypadł. Zrobiły się bardzo duże komplikacje ze względu na to, że w momencie, kiedy nie ma tego artykułu, automatycznie nie ma podstaw do tego, żeby można było prowadzić jakiekolwiek objęte subwencją działania, jeżeli chodzi o wady postawy ciała. Owszem, Ministerstwo Edukacji Narodowej zaproponowało, żeby organy prowadzące w ramach swoich kompetencji, jeżeli są zainteresowane problematyką likwidacji wad postawy ciała, a szczególnie skolioz, robiły to we własnym zakresie, własnymi środkami. Wiadomo, że jeżeli jest duży problem i on jest dobrze nagłośniony, to w tym momencie gminy się na coś takiego decydują.

Tutaj kolega wspomniał wcześniej, że w naszej okolicy – ale nie tylko w naszej okolicy – niektóre gminy poszły po rozum do głowy i zrobiły badania przesiewowe. W badaniach przesiewowych wyszło, że wady postawy ciała występują u dzieci w liczbie jedna, dwie, trzy, cztery, a nawet pięć – w płaszczyźnie strzałkowej, w kończynach dolnych, w klatkach piersiowych i skoliozy. I uruchomiono programy korekcyjne. Oczywiście z własnych środków, nie ze środków subwencyjnych.

I teraz clou tego, co chciałbym powiedzieć.

Jeżeli chodzi o skoliozy, to na trenie Bielska-Białej przebadaliśmy 10 tysięcy dzieci. Oczywiście, żeby nie być posądzonym o to, że są to badania niemające podstaw merytorycznych, zrobiliśmy to w oparciu o specjalną metodę obecnego tutaj pana prof. Kacperczyka, tzw. metodę punktową, dzięki której oceniliśmy wszystkie płaszczyzny i wszystkie możliwe parametry, jakie u dzieci występowały. Na te 10 tysięcy przypadków, które przebadaliśmy w zakresie od I klasy szkoły podstawowej do III klasy gimnazjum, wyszło, że skolioza jest jedyną chorobą – bo powiedzmy sobie szczerze, że z jednostek chorobowych skolioza jest traktowana pojedynczo, jako choroba, a wszystkie inne traktowane są jako zaburzenia narządu ruchu – w przypadku której wada nie wycofuje się wraz z wiekiem, tylko wraz z wiekiem się zwiększa. Czyli liczba dzieci, u których skolioza jest coraz większa albo występuje w większym zakresie… Dotyczy to właśnie tylko i wyłącznie skoliozy. Plecy okrągłe, plecy wklęsłe, kolana koślawe, kolana szpotawe w większości przypadków wycofywały się wraz z wiekiem rozwojowym dziecka. Jeżeli były rozpoznane wcześniej, to w tym momencie… Nawet jeżeli one nic nie robiły, to w tym momencie – poprzez aktywność ruchową tych dzieci, czy to związaną z wychowaniem fizycznym, czy z inną aktywnością ruchową, która była prowadzona… To było powodem tego, że zmniejszało się…

Te wyniki zaprezentowaliśmy na konferencji, która była zorganizowana z okazji 20-lecia działalności naszej placówki w 2008 r. I na tej konferencji, która zgromadziła nie tylko naukowców, nie tylko praktyków, ale przede wszystkim przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i ministerstwa oświaty, został wypracowany konsensus w sprawie tego, że powstanie zespół specjalistów, którzy na bazie tego, co było prezentowane na konferencji, i tego, co jest we współczesnej praktycznej myśli dotyczącej fizjoterapii i ortopedii, zaprezentują Ministerstwu Zdrowia i Ministerstwu Edukacji Narodowej pewne wytyczne. Te wytyczne opracował zespół pod kierownictwem, nieżyjącego już, prof. Nowotnego, wcześniej profesora Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, potem – Wyższej Szkoły Administracji w Bielsku-Białej, na Wydziale Fizjoterapii. Zostały one opracowane i przedstawione obu ministerstwom. Niestety, nie podjęto żadnych działań w tym zakresie.

Działania zawarte w tej opinii były nakierowane na to, żeby zacząć rzeczywiście na poważnie zajmować się wczesną diagnostyką i ewentualnie wczesnym leczeniem – na poziomie zmian funkcjonalnych, a nie strukturalnych tych wad – ze względu na to, że byłaby większa szansa na to, że będzie można osiągnąć taki efekt, jak został tutaj zaprezentowany przez pana Harężlaka. Czyli że przy skoliozie do 20 stopni można było w ciągu jednego roku wyprostować kręgosłup do 0 stopni, a potem odpowiednią porcją ćwiczeń podtrzymać to w okresie pokwitania. To jest szczególnie ważne dla dziewcząt w związku z tym, że jest to wada dotykająca zwłaszcza dziewczęta, czyli przyszłe matki. Chodzi o to, żeby można było tego uniknąć.

Na dzień dzisiejszy sytuacja wygląda w ten sposób, część gmin wydaje swoje własne środki na to, żeby wprowadzić program korekcyjny na swoim terenie. Oczywiście środki, które mogłyby być przeznaczone na inną działalność na terenie własnej gminy. Wydają te pieniądze z myślą o, tak jak kolega wspomniał, wczesnej walce z ewentualnym, przyszłym tabunem czy armią osób obarczonych zmianami, które będą podstawą do uzyskania renty zdrowotnej ze względu na kręgosłup.

Jeżeli państwo chcieliby wiedzieć, to w tym momencie, w tej chwili w naszym kraju największą grupą rencistów są osoby, które posiadają schorzenia narządu ruchu, czyli m.in. kręgosłupa. A więc to już się dzieje na naszych oczach. Tyle z mojej strony. Dziękuję serdecznie.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Proszę, kto następny?

Proszę się przedstawić.

Profesor Jan Ślężyński:

Prof. Ślężyński, AWF Katowice.

Chciałbym się skupić na najbardziej istotnych sprawach, jeśli chodzi o ten problem.

Proszę zwrócić uwagę, że oficjalna ortopedia polska przyjęła ten system, o którym była mowa. Jest skrzywienie kręgosłupa, to obserwować. Ono powiększa się, ponieważ istnieje zjawisko progresji. Przy 20 stopniach zakładamy gorset. Żeby gorset miał takie możliwości, że likwiduje nam progresję. Nie. Zakłada się, że progresja pod wpływem tego gorsetu ma być spowolniona. Mimo noszenia gorsetu, skolioza powiększa się, osiąga 40 stopni, przekracza

40 stopni, 45 stopni, 50 stopni. Operacja. No, wiadomo, że to jest drakońskie postępowanie. Po operacji wynik jest pozytywny – mieliśmy tutaj przykład: było 50 stopni, na stole operacyjnym uzyskano 30 stopni. Ale, proszę państwa, najgorsze jest to, że po tej operacji nikt z ortopedii nie interesuje się, co się z tym dzieckiem, co z tym człowiekiem dalej się dzieje. Właśnie pan Ryszard wspominał o tym kiedyś na konferencji. Okazuje się – mamy dowody, to nie są blagi, to są potwierdzone radiologicznie przykłady – że po 5, 10 latach, a może więcej, proszę państwa, to skrzywienie nie tylko osiąga stan pierwotny, sprzed operacji, ale jest jeszcze większe. Było 50 stopni, jest 70 stopni. Do czego my zmierzamy?

A system asymetrycznych ćwiczeń korekcyjnych, pomysł Ryszarda Harężlaka, w ogóle wyklucza gorsetowanie – kosztowne dla rodziców bądź budżetu państwa – i operację. Po prostu za każdym razem, czego mieliśmy przykłady, nie tylko zahamowuje progresję, ale i wywołuje poprawę po roku, po 3 latach, znaczącą poprawę wielkości skrzywienia. Niekiedy, w przypadku tych małych skrzywień, dochodzi do tego, że skolioza cofa się, do 0 stopni.

Istota polega na tym, że naprawdę należy położyć tamę temu oficjalnemu systemowi, który produkuje nam kaleki i tę metodę Harężlaka upowszechnić w takim stopniu, aby odczuła to populacja dzieci i młodzieży dotkniętych skoliozą, zwłaszcza dziewcząt.

Kiedyś miałem okazję uczestniczyć w obchodach 10-lecia istnienia Ośrodka Gimnastyki Korekcyjno-Kompensacyjnej w Czechowicach-Dziedzicach – gdzie notabene aktualnie Ryszard Harężlak ma swój gabinet i gdzie trafiają do niego przypadkowi pacjenci z całej Polski – i wtedy powiedziałem: jaka to szkoda, że tego Harężlaka nie da się sklonować, bo przecież jeden Harężlak na całą Polskę naprawdę nie wystarczy.

Proszę państwa, w związku z tym nie wiem, może stworzyć taki model, że np. pewna liczba pacjentów będzie prowadzona tradycyjną metodą, jaką dyktują nam ortopedzi, a inna grupa – konsekwentnie właśnie metodą Harężlaka. Nie chodzi o to, żeby było to, co nam się wydaje, tylko – co widać na tych zdjęciach radiologicznych – żeby były efekty. A jakie są efekty jednego i drugiego? Jeden jest bolesny i kosztowny, a drugi jest po prostu taki bardzo ludzki, humanitarny i przynosi znakomity efekt. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, jeszcze raz państwu powtarzam, że nie jesteśmy na posiedzeniu Komisji Zdrowia promującym pana Harężlaka, tylko chcemy rozmawiać o tym, jak uniknąć tego, żeby… Bo państwo w tej chwili przechodzicie na poziom naukowy – co jest lepsze operacja czy rehabilitacja? A więc to nie jest to miejsce.

Proszę bardzo.

Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów Maciej Krawczyk:

Dzień dobry państwu.

Maciej Krawczyk, Krajowa Rada Fizjoterapeutów.

Szanowni Państwo, ja nie będę powtarzał tego, co mówili przedmówcy, bo chciałbym się skoncentrować nad tym, o co chodzi panu przewodniczącemu.

Otóż wszyscy wiemy, że łatwiej jest zapobiegać, niż leczyć. Problem leży w badaniu dzieci w Polsce. Ten screening tak naprawdę nie odbywa się w wieku wczesnoszkolnym.

Krajowa Rada Fizjoterapeutów od roku rozmawia z Ministerstwem Edukacji Narodowej i Ministerstwem Zdrowia oraz ministerstwem sportu o tym, by był screening, który będzie skuteczny, czyli będzie wychwytywać dzieci z małą liczbą rotacji w kręgosłupie oraz z pewnymi czynnikami predysponującymi do skoliozy – bo nie mówimy tutaj o wadach postawy, wady postawy to jest zupełnie oddzielna rzecz – a być może uda się zmniejszyć liczbę osób ciężko chorych. Bo naprawdę macierzyństwo dla wielu z tych dziewcząt, potem kobiet jest niemożliwe bądź też kończy się pogorszeniem stanu zdrowia. Te renty, o których pan powiedział, to są wszystko rzeczy, które rzeczywiście są.

Zastanawiamy się nad tym, jak to sfinansować, ale te koszty byłyby niewielkie. Może raz w tygodniu odbywałyby się wizyty fizjoterapeutów w szkołach. Mamy w tej chwili kadrę bardzo dobrze przeszkoloną w tym kierunku. Chcę powiedzieć, że liczba konferencji dotyczących leczenia skolioz rośnie. W piątek zakończyło się X forum leczenia skolioz w Warszawie. Te konferencje się odbywają. W komitecie rehabilitacji Polskiej Akademii Nauk została stworzona sekcja do spraw leczenia skrzywień bocznych kręgosłupa. Powstają nowe dokumenty. Jesteśmy dużo mądrzejsi, niż byliśmy 20 lat temu czy 10 lat temu. Ćwiczenia asymetryczne to już właściwie realia, bo je się po prostu robi.

Ale ja bym chciał jasno powiedzieć, że wprawdzie reprezentuję fizjoterapeutów, ale operacje wykonuje się wtedy, kiedy trzeba. Ci pacjenci zagrożeni są często niewydolnością oddechową, proszę państwa, i to jest zupełnie inna sprawa. Wszyscy wiemy, że leczenie operacyjne to jest często ostateczność, ale ja jeszcze raz mówię: niestety wiele dzieci trzeba operować. I nie możemy wmawiać dzieciom, że te operacje nie są potrzebne.

Ja uważam, że potrzebny jest screening. I realnie jesteśmy w stanie ten screening przeprowadzić, a potem rozdzielić grupę dzieci na te, które powinny korzystać z korektywy, na te, które, powinny być skierowane do fizjoterapeuty, i na te, które niestety powinny być skierowane do opieki lekarskiej, być może do gorsetowania itd. Ale im wcześniej to zrobimy, tym lepiej.

W przypadku skolioz wczesnodziecięcych wydaje się, że ten screening powinien być przeprowadzony już w wieku przedszkolnym. W tej chwili panie pielęgniarki niestety nie dają sobie z tym rady w szkołach, ponieważ wytyczne do prowadzenia diagnostyki są, powiem wprost, bardzo stare, z lat pięćdziesiątych, sześćdziesiątych, a poza tym panie pielęgniarki mają dużo ważniejsze sprawy – tak się przynajmniej wydaje. Muszą zbadać u dzieci harmonijny rozwój wszystkich układów ciała. I niestety nie wychwytują tych drobnych elementów, które – my dzisiaj już to wiemy – prawdopodobnie stwarzają ryzyko zrodzenia się skoliozy idiopatycznej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję za ten głos, myślę, bardzo ważny. Rzeczywiście lepiej jest zapobiegać niż leczyć.

Myślę, że może teraz pan minister by nam… Ale, proszę państwa, mamy mało czasu.

(*Pracownik Naukowy w Katedrze Kosmetologii na Wydziale Rehabilitacji Ruchowej w Akademii Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie Tadeusz Kasperczyk*: 3 minuty.)

3 minuty. Proszę.

Pracownik Naukowy w Katedrze Kosmetologii na Wydziale Rehabilitacji Ruchowej w Akademii Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie Tadeusz Kasperczyk:

Kasperczyk, profesor, fizjoterapeuta, z Wydziału Rehabilitacji Ruchowej na AWF w Krakowie, od ponad 40 lat zajmujący się problematyką.

Zastanawiam się, czy coś dzisiaj na posiedzeniu Komisji Zdrowia Senatu w tej materii może się stać. Nie jestem wielkim optymistą, dlatego że poruszamy jeden z najtrudniejszych w obszarze ortopedii problemów – bo ciężka skolioza to jest najtrudniejszy problem ortopedii od czasów Hipokratesa poprzez czasy Galena do dziś. A więc ta sprawa nie jest taka łatwa, żebyśmy tu w parę osób, bez udziału czołówki polskich ortopedów, cokolwiek mieli zmienić.

Ale chciałbym skierować do pana ministra taką prośbę i pytanie. Otóż zapewne znana jest państwu osoba prof. Degi, twórcy polskiej rehabilitacji, który całe swoje życie zawodowe zajmował się dysplazją stawu biodrowego. Ja zajmuję się 40 lat tą problematyką i szukam po Polsce, Panie Ministrze, jednego przypadku do końca wyleczonej dysplazji. I gdyby mi go ktoś wskazał, to byłbym bardzo wdzięczny. Nawet ustanowiłem osobistą nagrodę.

Otóż z dysplazją jest taka sytuacja, że rozstrzyga się o jej leczeniu na podstawie diagnostyki obrazowej, a pozostawia się nierozpoznane tkanki miękkie wokół stawu. I to jest to, o czym mówił przed chwilą prof. Krawczyk. W mojej rodzinie np. jest dziewczynka, która była leczona, bo to najczęściej dotyczy dziewczynek. Stosunek jest brutalny, bo 1:7 na niekorzyść dziewcząt. Drugie badanie jest w trzynastym roku życia. Przez 11 lat nie wykryto skoliozy, ale wiadomo, że niewyleczona do końca dysplazja wygeneruje skoliozę.

I teraz jeśli tu w ogóle mówimy o skoliozie, to też apel do kolegi Harężlaka, żeby jednak nie mieszać obrazów różnych skolioz. Ważne jest właśnie to, żebyśmy mówili, o jakiej skoliozie mowa. Bo skoliozy pochodne od dysplazji stawu biodrowego… Tutaj mimo wszystko trzeba zrobić ukłon w stronę prof. Karskiego z Lublina, którego wielu po prostu nie ceni, ale to jest jak gdyby inna sprawa… Jednak profesor w niektórych momentach ma rację i to jest problem do rozwiązania. Z takiej skoliozy można wyprowadzić, do 0 stopni… A skoliozy strukturalne, o których mówimy, w tych 89% idiopatycznych, to jest sprawa nie do wyleczenia żadnymi sposobami. I musimy się liczyć z tym, że będą miały zastosowanie gorsety. Bo trzeba powiedzieć, że mają one minusy, ale mają też plusy, a plusy przeważają, skoro się je stosuje. Jak również musi być leczenie operacyjne, bo są takie napędy skoliozy, których nie zatrzyma nic. Nie mówię już o czynnikach czy środkach fizykalnych.

Tak że to jest poważny problem. I nawet to, co mówił prof. Krawczyk… Boję się, że i ta komisja sobie z tym nie poradzi. Do tego tak naprawdę trzeba całych zespołów i wiele pracy, bo niedorzeczności w tej całej materii dotyczą wszystkich aspektów – jaki to typ skoliozy, jaka jest epidemia, jakie przyczyny? Rozpiętość jest po prostu tak duża, że nie sposób tego tak krótko przedstawić. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Profesorze, za głos.

Myślę, że bardzo trafnie pan określił, że każdy przypadek wymaga innej terapii, innej diagnostyki.

Panie Ministrze, w paru zdaniach… Jaki jest stosunek do tego pańskiego ministerstwa? Czy rzeczywiście problem skolioz w Polsce jest tak duży? Jakiej grupy dotyczy? Czy można coś w tym kierunku zrobić?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo serdecznie za ten bardzo istotny temat.

Zebraliśmy informacje, jak schorzenia skolioz są finansowe przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wartości te oscylują w granicach 100 milionów zł. Nie ma tutaj świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, do których przejdę za chwilę. Jest to od 95 milionów w 2014 r. do 100 milionów w roku ubiegłym na wszystkie rodzaje skolioz M41, a w szczególności na idiopatyczną skoliozę młodzieńczą, na którą idzie ponad 30% tych środków.

Jeśli chodzi o poszczególne rodzaje, na które są przeznaczone środki… Główne środki przeznaczane są na świadczenia rehabilitacyjne, czyli to jest bardzo dobry kierunek. 60% wartości wszystkich świadczeń jest na świadczenia rehabilitacyjne, głównie z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, bo to stanowi blisko 50% tej kwoty, a także na fizjoterapię ambulatoryjną oraz w ośrodkach dziennych. Na drugim miejscu znajduje się lecznictwo szpitalne – kwota 33 milionów zł, która stanowi ok. 30% wartości wszystkich środków. A na pozostałym miejscu jest ambulatoryjna opieka specjalistyczna za 7 milionów zł.

Zgodnie z tym, co państwo przedstawiali, głównym elementem badań dzieci w wieku szkolnym jest badanie bilansowe w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej wykonywane przez pielęgniarkę szkolną w określonych odstępach czasu. To pielęgniarka szkolna ma obowiązek przeprowadzić badanie bilansowe w zakresie obejmującym również diagnostykę wad postawy. Znajduje się to w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. I to jest główny element rozpoznawania i skierowania do dalszej diagnostyki, czyli do poradni, już do specjalistycznego leczenia. W ambulatoryjnej opiece

specjalistycznej wyodrębniona jest poradnia wad postawy i ta poradnia ma… Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowy z 80 świadczeniodawcami w tym zakresie w Polsce, ale oczywiście świadczenia związane z wadami postawy są realizowane również w innych typach poradni – w poradniach chirurgicznych, ortopedycznych. Różnie jest to rozliczane, ale faktycznie te świadczenia są realizowane w wielu poradniach pokrewnych.

Jeśli chodzi o badania przesiewowe finansowane ze środków gmin, to Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji ocenia projekty składane przez gminy w zakresie polityki zdrowotnej i co roku ocenianych jest kilkanaście takich projektów w skali całego kraju. Znalazłem, że w 2017 r., jeżeli chodzi o projekty programu polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad postawy, było 10 takich opinii. Wszystkie opinie są pozytywne, z drobnymi uwagami à propos monitorowania efektów czy niewielkich zmian poszczególnych programów. Ale są te świadczenia rekomendowane.

Tutaj, tak jak państwo powiedzieli, głównym celem jest skierowanie uwagi w szczególności środowiska szkolnego, czyli ministerstwa edukacji. Tak jak pan profesor powiedział, te świadczenia są realizowane również w szkołach jako gimnastyka korekcyjna – pewnie w różnych szkołach w różnym zakresie. To, z czym ja się spotkałem, ponieważ u mnie w szpitalu, w Instytucie Matki i Dziecka, też była chirurgia kręgosłupa dzieci, to to, że polityka ortopedów, polityka kierownika kliniki była taka, że faktycznie leczenie operacyjne powinno być ostatecznością, gdy wszystkie inne metody okażą się nieskuteczne. I myślę, że to powinno być realizowane w całej Polsce. Mam nadzieję, że tak jest. Być może to są wytyczne towarzystwa ortopedów. Należy jeszcze bardzo zwrócić uwagę na to, żeby każdym takim przypadkiem zająć się szczególnie, czyli skierować do leczenia specjalistycznego, do rehabilitacji przed ostateczną decyzją o wykonaniu zabiegu operacyjnego.

Wiem, że 10 lat temu lista dzieci oczekujących na operację z zakresu chirurgii kręgosłupa była bardzo długa. Teraz dzieci nie czekają, ale chyba też nie wzrosła istotnie liczba tych zabiegów. Wydaje się, że lepsza jest właśnie kwalifikacja. Te świadczenia są realizowane na bieżąco z tego, co pamiętam, bo zajmowałem się tym zakresem.

Myślę, że… Bo tutaj była zmowa o wielu metodach rehabilitacji. Pan prezes… Współpracujemy z panem prezesem. No, wytyczne towarzystw powinny być. Zresztą pan minister zawsze przypomina, że minister zdrowia ma uprawnienia do wydawania obwieszczeń, które statuują wytyczne postępowania w zakresie różnych świadczeń. Jak specjaliści przygotują takie wytyczne, to po ocenie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji minister takie obwieszczenie może wydać. Tak że to temat bardzo istotny.

Jeszcze to, na co państwo zwrócili uwagę – faktycznie choroby układu mięśniowo-szkieletowego stanowią istotny problem, jeśli chodzi o renty. Współpraca w tym zakresie z ministerstwem pracy, z ZUS chyba wymaga istotnego pogłębienia, ponieważ koszty tych rent są bardzo istotne. Być może moglibyśmy zrobić coś w tym zakresie i pod kątem pacjentów, to w szczególności, i pod kątem tego, o czym mówił pan przewodniczący, czyli że lepiej zapobiegać niż leczyć. To nie tylko od strony medycznej, ale również od strony finansowej bardzo często się sprawdza. Tak że dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

(*Głos z sali*: …do pana ministra.)

Ale momencik, dobrze? Za chwileczkę.

Jeżeli państwo senatorowie macie teraz jakieś pytania, to proszę.

Pani senator Orzechowska.

Senator Bogusława Orzechowska:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Panowie Profesorowie!

Ja pracuję w POZ, więc na co dzień mam do czynienia z bilansami. U nas pielęgniarki szkolne rzeczywiście w tej chwili bardzo solidnie wykonują badania i kierują do lekarzy rodzinnych, ale jeżeli rodzice… Bo część badań bilansowych jest badaniami obowiązkowymi, dlatego że pielęgniarka szkolna kieruje dziecko 6-letnie, 10-letnie czy 14-letnie na badanie do lekarza. A 2-latki i 4-latki są objęte badaniami dobrowolnymi, więc jeżeli rodzic chce, to przychodzi do lekarza, a jeżeli nie jest zainteresowany stanem zdrowia dziecka, to po prostu się nie pojawia. Czasami nawet monity niewiele dają.

Ja, badając dzieci miejskie i wiejskie, widzę zdecydowaną różnicę, jeśli chodzi o wady postawy. Zdecydowanie więcej tych wad postawy jest w środowisku miejskim. W środowisku wiejskim jest tego, myślę, gdzieś o 10% czy nawet 15% mniej. Na pewno wynika to z trybu życia, bo jeżeli dziecko spędza większość czasu przed telewizorem czy przed komputerem, czy siedząc przy jakichś innych zajęciach, to będzie miało wadę postawy.

Ale oczywiście wady postawy są znacznie szerszym pojęciem niż wady kręgosłupa, niż skoliozy. W moim województwie jest ośrodek, gdzie są leczone. Ja jestem z województwa warmińsko-mazurskiego. W Ameryce koło Olsztynka jest bardzo dobre leczenie, rehabilitacja i w większości przypadków właśnie zapobiega się operacji. Bo, tak jak państwo mówią, odpowiednie leczenie, odpowiednie postępowanie z dzieckiem zapobiega operacjom, które są konieczne praktycznie już w ostateczności.

Ale nadal jeszcze zdarza mi się wśród osób dorosłych dostrzec wady postawy, które są nierozpoznane. Bo czasami, jeżeli lekarz nie bada dokładnie pacjenta… Weszła kiedyś do mnie np. piękna, młoda kobieta, prosta. Nie wyglądało, żeby miała jakąkolwiek wadę postawy. Dopiero, jak się rozebrała, widać było, co u niej się z kręgosłupem dzieje.

Tak że oczywiście nacisk ministerstwa i NFZ na sprawozdania i na to, żeby odpowiednio były wykonywane te wszystkie procedury, bo nawet jeżeli ktoś ma badać, to jeszcze jest kwestia tego, żeby to robił dokładnie.

I myślę, że ten problem rzeczywiście jest bardzo ważny, bo tych wad postawy i skolioz, wad kręgosłupa jest coraz więcej.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Senator.
Pan senator Radziwiłł, proszę.

Senator Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.
Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Myślę, że dobrze byłoby, żeby jakieś konstruktywne wnioski z tego naszego spotkania były, bo to, że problem jest ważny, jest oczywiste. Przykłady podane tutaj przez pana Harężlaka są szokujące, można powiedzieć, jeżeli chodzi o wygląd. Akurat my, senatorowie, przynajmniej po tej stronie, jesteśmy lekarzami, więc wiemy, jak to wygląda.

Jedna rzecz, która troszeczkę mnie zaniepokoiła, Panie Przewodniczący, to to, że jesteśmy tutaj w takim gronie, jeżeli chodzi o gości, w którym nie dostrzegam np. konsultanta krajowego w dziedzinie ortopedii i traumatologii, w dziedzinie rehabilitacji medycznej, w dziedzinie fizjoterapii nawet – z całym szacunkiem dla pana prezesa… No, nie ma. A więc myślę, że dobrze byłoby, żeby… Nie chodzi o to, żeby naprawić to dzisiejsze spotkanie, ale żeby na pewno koordynować te prace, bo przecież wiadomo, że skoliozy… Właściwie jeszcze jeden specjalista krajowy by się przydał – w dziedzinie balneologii, bo przecież w uzdrowiskach takie osoby też są leczone.

Ale, krótko mówiąc, myślę, że musimy sobie zdawać sprawę z tego, że jeśli przedstawiona przez pana magistra Harężlaka metoda rzeczywiście miałaby być szerzej zastosowana w publicznym systemie ochrony zdrowia, to jest do tego odpowiednia ścieżka. Pan minister troszkę o tym wspominał. Trzeba to opisać, pójść z tym do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, poddać się weryfikacji. Oczywiście być może przedtem należy zapewnić sobie odpowiednie wsparcie, np. właśnie tych osób, o których wcześniej wspomniałem. Jeżeli agencja uzna, że to jest rzeczywiście dobra metoda…–Nie tylko w małym gronie nas tutaj, niespecjalistów… Nawet gdyby mnie ktoś poprosił o to, żebym wspierał coś takiego, to jedyne, co przyszłoby mi do głowy, to właśnie powiedzenie: proszę z tym pójść do agencji, agencja oceni, bo to jest powołany do tego organ. I następnie ewentualnie można z tego konstruować jakiś produkt dla Narodowego Funduszu Zdrowia, który by finansował to w sposób systematyczny w obszarze ochrony zdrowia. Niezależnie od tego oczywiście można myśleć o tym, żeby jakoś to wprowadzać w ramach nauki. Ale myślę, że, zwłaszcza jeżeli chodzi o leczenie zaawansowanych stanów, to jednak jest to przedmiotem medycyny i służby zdrowia. To jedna kwestia.

A druga kwestia jest taka – pan minister wyjął mi to z ust, bo rzeczywiście to jest coś takiego, co ja zawsze mówię jak o Kartaginie, która ma być zniszczona – że jest art. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przepraszam państwa senatorów, bo ja to powtarzam praktycznie przy każdej okazji, kiedy mówimy o takich właśnie sprawach. I tutaj zwracam się także do pana prezesa. Ten artykuł mówi o tym, że towarzystwa naukowe – co prawda nie izby, ale myślę, że jakoś można to załatwić – mogą proponować zalecenia postępowania, wytyczne postępowania. I tam też jest pokazana ścieżka, jak należy postępować. Takie propozycje sposobu postępowania powinny być przedstawione ministrowi zdrowia. Minister zdrowia kieruje je do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, a po ich zaopiniowaniu przez agencję publikuje w formie obwieszczenia, które ma charakter takiej silnej rekomendacji. Jak sobie wyobrażam, takie wytyczne mogą dotyczyć wczesnego wykrywania, jakiegoś kwalifikowania do leczenia, sposobu rehabilitacji czy w ogóle leczenia rehabilitacyjnego zachowawczego i ewentualnie wskazań do operacji. To jest moim zdaniem świetny przykład na to, jak to mogłoby zadziałać.

Tutaj przy okazji jeszcze ostatnia kwestia – sugestia pana prezesa Krajowej Rady Fizjoterapeutów, żeby wprowadzić screening. Przede wszystkim zwracam uwagę na to, że oficjalne druki bilansu zdrowia dziecka oczywiście również zawierają ocenę układu ruchu, tak że to nie jest tak, że tutaj niczego nie ma. Jeśli według państwa oceny jest za mało, to właśnie takie wytyczne mogą o tym przypomnieć. To jest również kwestia korespondencji między osobami, np. między izbą a kolegium lekarzy rodzinnych, albo takimi organizacjami, które zrzeszają profesjonalistów. Chodzi o to, żeby im zwyczajnie przypomnieć o tym, że to jest w ich zakresie obowiązków. Bo jest. Prawda?

A gdyby to miał być jakiś dodatkowy screening, takie badanie przesiewowe, to tutaj trzeba być z tym niezwykle ostrożnym, precyzyjnym. I również ta sama ścieżka – przez agencję. No ale też warto by zapytać, czy są kraje, w których tego typu screening jest prowadzony, jak on jest prowadzony, w jakim wieku, kto to robi, jakie są efekty. Bo zasadą takich ogólnopolskich badań przesiewowych musi być jednak to, że to jest naprawdę do końca, że tak powiem, oparte na dowodach, a nie tylko na intuicji.

W zasadzie my tutaj, parlamentarzyści, co chwilę słyszymy od specjalistów w różnych dziedzinach, że trzeba by morfologię badać co roku, że trzeba by robić badanie cholesterolu i jeszcze czegoś. We wszystkich tych postulatach jest ziarno prawdy, ale jak rozejrzymy się po świecie, to okaże się, że nie ma takich badań przesiewowych. Tak więc trzeba się przyjrzeć, jak to jest. Być może są wzorce w tym zakresie. A już na pewno takim organem, który powinien, że tak powiem, postawić na tym stempel jest Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Tak że ja widzę, że tutaj jest duże pole do tego, żeby tę dobrą wolę, państwa doświadczenia i dużą wiedzę w tym zakresie przekuć na konkrety, ale należy skorzystać z tych kanałów, ścieżek, dróg, które wskazuje dzisiaj prawo. I myślę, że jest taka możliwość, żeby to zrobić. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.
Jeszcze jeden głos, bo musimy kończyć. Kto z państwa?
Pan senator Kamiński, proszę.

Senator Andrzej Kamiński:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Ja, zanim odniosę się do dyskusji i do problemu, chciałbym bardzo serdecznie podziękować panu przewodniczącemu za to, że ten temat mógł dzisiaj być przedstawiony na posiedzeniu komisji, a państwo mogli się zapoznać z tymi problemami. Bardzo serdecznie dziękuję.

Ja nie jestem lekarzem i trudno jest mi się może odnosić do poruszonych tematów, ale chciałbym dać pewien przykład, jakie przynosi efekty wprowadzenie, szczególnie w szkołach, ćwiczeń asymetrycznych w przypadku skolioz i wad postawy. Tutaj był wspomniany samorząd Czechowic-Dziedzic. Faktycznie tam od 2006 r. taki program został wprowadzony. On polegał na tym, że badania przesiewowe czy badania wstępne były dla dzieci w wieku 7 lat, które przychodziły do I klasy. Teraz już nawet schodzi się do wieku 6 lat w przedszkolach. I jest kontrola bezpośrednia. To jest realizowane przez nauczycieli, którzy kiedyś prowadzili gimnastykę korekcyjną. Oni w tej chwili są szkoleni, m.in. też przez pana Harężlaka i pana Kowalskiego. Nauczyciele potrafią określić, jaka jest wada postawy, szczególnie w przypadku skoliozy, i mogą dobrać odpowiednie ćwiczenie asymetryczne według metody pana Harężlaka. I to przynosi naprawdę bardzo dobry efekt, bo w każdej szkole jest wyselekcjonowana grupa, a oprócz tego udało się stworzyć dzięki samorządowi ośrodek międzyszkolny, który przejmuje te najtrudniejsze przypadki. Tam one są już pod kontrolą doktora, lekarza chirurga i ortopedy. Ta kontrola jest cały czas.

Oczywiście szkoda, że tego typu działania nie są dofinansowane, że samorządy nie są dofinansowane chociażby przez subwencje oświatowe albo jakiś inny program i dotowanie.

Tutaj została pokazana ścieżka, jak można pozyskiwać środki z Narodowego Funduszu Zdrowia, ale samorząd w Czechowicach takich możliwości nie dostał i subwencji nie ma. I to sam samorząd wykłada. 2 razy w tygodniu prowadzone są zajęcia z osobami zakwalifikowanymi do tego typu ćwiczeń asymetrycznych. Są bardzo dobre efekty i jest bardzo duże zapotrzebowanie. Jeżeli samorządy zrobią u siebie badanie w szkołach, to wyjdzie, że jest znaczny procent dzieci… w zasadzie jest mało dzieci bez wad postawy czy bez skoliozy. A więc jest to temat bardzo ważny i istotny.

I myślę, że to, co powiedział pan minister Radziwiłł, który wskazał pewną drogę, jest chyba ważnym wnioskiem z dzisiejszego posiedzenia.

Ja tylko powiem, że jeżeli członkowie komisji są zainteresowani zobaczeniem pracy tego ośrodka, który funkcjonuje już, tak jak powiedziałem, od 2006 r., to można ją zobaczyć. I naprawdę metoda asymetryczna, przygotowana i prowadzona przez pana Harężlaka, jest bardzo skuteczna. Polecamy państwu to zapoznanie się. Jeszcze raz bardzo serdecznie dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Zbliżamy się do końca.

Szanowni Państwo, ja myślę, że na dzisiejszym posiedzeniu komisji są poruszane 2 aspekty – leczenie i profilaktyka. Ja oczywiście zawsze mówię, że profilaktyka jest najważniejsza.

W tej chwili toczy się wspólna debata pod tytułem „Wspólnie dla zdrowia", zainicjowana przez ministra zdrowia. Są tam omawiane pewne programy profilaktyczne oraz to, jak je przeprowadzać. Myślę, że rola samorządów jest tu bardzo ważna. Jednak niejednokrotnie samorządy wiele programów profilaktycznych robią troszeczkę w ciemno, bez rozeznania. Tak więc myślę, że uporządkowanie tej sfery i pomoc samorządom, czy to przez pokazanie takich programów, które mają dowody naukowe i w praktyce albo ewentualnie w jakimś pilotażu się już sprawdziły… Akurat myślę, że leczenie tych wad czy zapobieganie tym wadom bocznego skrzywienia kręgosłupa będzie jednak należało do samorządów. I mam nadzieję, że samorządy znajdą na to pieniądze i będą to wdrażać. Nieprzeceniona jest rola szkoły i lekarza pierwszego kontaktu.

Jeszcze raz państwu serdecznie dziękuję.

Myślę, że do tego tematu może jeszcze wrócimy. Dzisiaj właściwie tylko tematu dotknęliśmy, bo krótki czas niestety nie pozwolił na to, żeby go bardziej rozwinąć.

Jeszcze raz serdecznie państwu dziękuję.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 13 minut 22)

Kancelaria Senatu
Opracowanie:
Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów
Druk i łamanie:
Centrum Informacyjne Senatu, Dział Edycji i Poligrafii