



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 175/2011 z dnia [REDACTED]
w sprawie projektu programu zdrowotnego „Program profilaktyki
wad postawy u dzieci w wieku szkolnym” realizowanego przez
miasto [REDACTED]

Po zapoznaniu się z opinią Rady Konsultacyjnej wyrażam negatywną opinię o projekcie programu zdrowotnego „Program zdrowotny „Program profilaktyki wad postawy u dzieci w wieku szkolnym”, z uwagi na zbyt ogólnikowy opis programu.

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy, mające na celu wczesne wykrywanie tych wad i kierowanie dzieci do leczenia, zanim się wady się utrwalą, znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne w środowisku nauczania i wychowania oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych, i powinny być rutynowo wykonywane u dzieci w wieku 6 albo 7 lat, 10 lat, 12 lat, 13 lat i 16 lat. Badania takie zawsze wspierane były przez ortopedów i pediatrów.

Efektywność tych rutynowych badań, jak również praktyczna możliwość skorzystania z dalszej diagnostyki i ćwiczeń korekcyjnych dzieci z dodatnim wynikiem badania przesiewowego, nie są znane. Choć badaniom przesiewowym w kierunku wad postawy, zwłaszcza skolioz, poświęcono liczne publikacje, brak wiarygodnych metodologicznie badań poświadczających efektywność skringingu. Odnalezione dane wskazują, że wartość predykcyjna wyniku dodatkiego standardowego badania przesiewowego jest wyjątkowo niska (5%), co oznacza, że 95% dzieci kierowanych jest w wyniku przesiewu na dalszą diagnostykę niepotrzebnie. Z odnalezionych publikacji wynika, że częstsze badania przesiewowe (protokół konwencjonalny vs. nieswoisty) 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 (badanie prążków mory). Z badań wynika, że wykonywanie samego testu zgięciowego jest niewystarczające; badanie uznawane jest bowiem za ę subiektywną i zależną od doświadczenia i kompetencji badającego metodę. Ze względu na niewielki koszt i łatwość wykonania sugeruje się niewykluczanie tego badania, lecz stosowanie go razem z dodatkowymi testami. Wykorzystanie oceny wartości kąta rotacji tułowia, oceny fotogrametrycznej oraz rtg w niskich dawkach lub kombinacji tych metod zwiększa trafność skierowań do specjalisty, lecz brak wystarczających dowodów, że przynosi to dodatkowe korzyści.

Oceniając wartość badań przesiewowych, należy wziąć pod uwagę wysiłek organizacyjny oraz koszty badań i dalszej diagnostyki/leczenia, ale także potencjalne działania niepożądane, wiążące się z niepotrzebnymi badaniami lekarskimi i błędnymi rozpoznaniem, oraz niekorzystny efekt psychologiczny związany z koniecznością noszenia gorsetu (w części przypadków niepotrzebny – gdy zniekształcenie kręgosłupa nie ma tendencji do powiększania się, a czasami samoistnie ustępuje, niezależnie od leczenia).

Obecnie dostępne dowody efektywności klinicznej zarówno badań przesiewowych, jak i wczesnego leczenia za pomocą programów ćwiczeń, nie pozwalają ani zdecydowanie zalecić, ani zniechęcać do



takiego postępowania. w tej sytuacji amerykański USPSTF **Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.** wydał rekomendację negatywną dla badań przesiewowych w kierunku skoliozy, co nie zyskało akceptacji środowisk medycznych (zalecenia SOSORT z 2005 r., wytyczne włoskie z 2005 r., stanowisko SRS/AAOS z 2007 r.).

Odnosnie efektywności klinicznej, należy zwrócić uwagę na dane z badania kosztowej efektywności, wskazujące, że narzędzia zwiększające wartość predykcyjną przesiewu (badanie fotogrametryczne) obniżają zarówno działania niekorzystne (zmniejszając liczbę rozpoznań fałszywie dodatnich), jak i długofalowe koszty programu. Efektywność przesiewu zwiększa wykonywanie go przez doświadczonych, wyspecjalizowanych pracowników medycznych. Efektywność programu ćwiczeń zwiększa ich indywidualne dobranie dla konkretnego chorego i prowadzenie pod systematyczną kontrolą specjalistów bądź w warunkach placówki specjalistycznej. Efektywność programu ćwiczeń zwiększa także wprowadzenie do niego nauki autokorekcji postawy.

Nieliczne analizy ekonomiczne wykazały, że choć koszt samych badań przesiewowych jest niewielki, rośnie on znacznie, po przeliczeniu go na jeden przypadek ostatecznie rozpoznany i skierowany do leczenia oraz na jeden przypadek skutecznie leczonej skoliozy. Efektywność kosztową programu można zwiększyć, dobierając bardziej efektywne narzędzia przesiewowe.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że programy przesiewowego wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci przed spodziewanym skokiem pokwitaniowym, stanowiącym dodatkowy czynnik ryzyka, prawidłowo zaprojektowane i wspomagające, a nie powielające świadczenia gwarantowane leżące w obowiązkach pielęgniarki lub higienistki szkolnej i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, są powszechnie zalecane przez ekspertów, mimo braku twardych dowodów ich efektywności. Odnosi się to również do programów ćwiczeń korekcyjnych, które mogą być skuteczne pod warunkiem indywidualnego doboru zestawu ćwiczeń oraz systematycznego ich nadzorowania i dostosowywania. Niezależnie od programów skierowanych na problem zdrowotny wad postawy u dzieci i młodzieży, należy zwrócić uwagę zarówno samorządów, jak i władz szkolnych i innych organizacji zajmujących się dziećmi i młodzieżą, na potrzebę działań skierowanych na zwiększenie aktywności fizycznej młodego pokolenia, co pomaga nie tylko zmniejszyć problem wad postawy, ale też wpływa korzystnie na problemy takie jak otyłość i jej powikłania, a w późniejszym życiu: problemy kardiologiczne, zaburzenia lipidowe, osteoporoza i inne, oraz na sferę rozwoju psychicznego.

Głównym celem omawianego programu jest korygowanie istniejących zaburzeń statyki ciała i doprowadzenie jej, o ile to możliwe, do stanu prawidłowego, niedopuszczenie do powstawania wad postawy, gdy zaistnieją warunki sprzyjające ich powstaniu oraz doprowadzenie sprawności fizycznej dziecka do stanu uznanego za prawidłowy. Do celów szczegółowych zaliczono działania w zakresie profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania, których zadaniem jest m.in. wspomaganie wszechstronnego i harmonijnego rozwoju psychofizycznego uczniów, rozwijanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych, zwiększenie świadomości zdrowotnej uczniów, rodziców/opiekunów i nauczycieli w zakresie wad postawy, ich przyczyn, skutków oraz roli profilaktyki. Program kierowany jest do dzieci z IV klas szkoły podstawowej i III klas gimnazjum, zamieszkałych na terenie gminy [REDAKTOWANE] i ma być realizowany w 2011 r. Liczbę dzieci potencjalnie włączonych do programu oszacowano na ok. 834. W projekcie programu określono też zadania, które nałożone zostaną na wybranego w drodze otwartego konkursu ofert realizatora, tj. przebadanie dzieci zakwalifikowanych do badań oraz szeroko rozumianą edukację zdrowotną nauczycieli, rodziców i uczniów, w szczególności na temat wad postawy. Podano cztery wskaźniki ewaluacji programu – liczbę dzieci z populacji docelowej, populację zbadaną, niezbadaną oraz u liczbę dzieci, u których wykryto nieprawidłowości związane z występowaniem wad postawy. Określono także szczegółowo spodziewane efekty działań w zakresie profilaktyki wad postawy. Koszt badania jednej osoby wyceniony został na ok. [REDAKTOWANE] zł. Całkowity koszt przeprowadzenia programu w roku 2011 oszacowano na ok. [REDAKTOWANE] zł.

Komentarz:

Program przygotowany został w sposób bardzo ogólny.

Wydaje się, że zdefiniowany cel główny nie jest możliwy do osiągnięcia na podstawie zadań zleconych realizatorom programu. Z treści programu nie wynika, na czym miałyby polegać „przebadanie dzieci zakwalifikowanych do badań”. Nie sprecyzowano także szczegółów odnośnie podejmowanych działań edukacyjnych.

Mimo, że Autorzy projektu w sposób przejrzysty i konkretny zaplanowali ewaluację programu, nie przedstawiono w nim jednak skuteczności podejmowanych działań oraz bezpieczeństwa ich wykonania.

Nie wyjaśniono również, co obejmuje zaproponowana kwota [REDACTED] zł za jedno badanie. Wnioskodawca zamierza objąć programem ok. 834 dzieci i planuje na ten cel wydać ok. [REDACTED] zł. Jednak przyjmując do obliczeń zaproponowaną kwotę za jedno badanie, ogólny koszt powinien wynieść [REDACTED] zł.

Kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad postawy, powinna być wykonywana u dzieci w momencie rozpoczynania nauki szkolnej (6-7 lat), a następnie w wieku 10 lat, 12, 13 i 16 lat. Zadanie to wpisane jest w obowiązki pielęgniarki lub higienistki szkolnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Można zatem zauważyć, że część populacji docelowej (grupa 10-latków) pokrywa się z populacją objętą świadczeniami gwarantowanymi.