

**Opinia**  
**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych**  
**nr 130/2011 z dnia [REDACTED]**  
**o projekcie programu zdrowotnego „[REDACTED] Centra Korekcji**  
**Wad Postawy” – Program profilaktyki wad postawy u dzieci**  
**i młodzieży szkolnej realizowany przez miasto [REDACTED]**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Konsultacyjnej uważam, że projekt programu zdrowotnego „[REDACTED] Centra Korekcji Wad Postawy”-program profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży szkolnej realizowany przez miasto [REDACTED] dotyczy istotnego problemu zdrowotnego i społecznego, jednakże nie może zostać pozytywnie zaopiniowany, gdyż:

- powiela świadczenia gwarantowane obecnie finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ),
- utworzenie w placówce medycznej oraz na terenie szkół (posiadających bazę do prowadzenia gimnastyki korekcyjnej na sali gimnastycznej i basenie kąpielowym) tzw. Centrów Korekcji Wad Postawy, nie jest przekonująco uzasadnione, ani pod względem merytorycznym, ani ekonomicznym. Częściowo będą one powielać zadania istniejących Poradni Wad Postawy,
- nie określono na czym ma polegać badanie ortopedyczne i jakie będą kryteria kwalifikacji dzieci do zajęć gimnastyki korekcyjnej na sali gimnastycznej i basenie kąpielowym. Brak jasnych kryteriów może spowodować nieosiągnięcie zasadniczego celu programu, z powodu rozszerzenia go na osoby zdrowe, co może zakłócać końcowe jego efekty,
- nie jest jasne dlaczego przy budżecie [REDACTED] tys. zł na rok (całkowity budżet [REDACTED] zł), zakłada się dodatkową opłatę ze strony rodziców (po [REDACTED] zł za 1 godz. gimnastyki korekcyjnej i po [REDACTED] zł za basen). Wprawdzie z tych opłat zwolnione będą rodziny wielodzietne, ale może to ograniczyć dostęp dzieci biednych z innych rodzin.

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy, mające na celu wczesne wykrywanie tych wad i kierowanie dzieci do leczenia, zanim 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 lekarzy 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 dobrych metodologicznie badań poświadczających efektywność skringingu. Odnalezione dane wskazują, że wartość predykcja wyniku dodatniego 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, jest to metoda raczej subiektywna i zależna od doświadczenia i kompetencji badającego. Ze względu na niewielki koszt i prostotę 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 nie tylko wysiłek organizacyjny oraz koszty badań i dalszej diagnostyki/leczenia, ale także potencjalne działania niepożądane, wiążące się z niepotrzebnymi badaniami lekarskimi i błędnymi rozpoznaniami, oraz niekorzystny efekt psychologiczny związany z koniecznością noszenia gorsetu (w części przypadków niepotrzebnego – 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 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.).

Dane z badania kosztowej efektywności, wykazują, 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 placówkach specjalistycznych. Efektywność programu ćwiczeń poprawia także wprowadzenie do niego nauki autokorekcji postawy.

Nieliczne analizy ekonomiczne wykazały, że choć koszt samych badań przesiewowych jest niewielki, rośnie on znacznie, po przeliczeniu 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. Podobnie jest z programami 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 na problemy takie jak otyłość i jej powikłania, a w późniejszym życiu: problemy kardiologiczne, zaburzenia lipidowe, osteoporoza, oraz na sferę rozwoju psychicznego.

Oceniając program miasta [REDAKTOWANE], można uznać, że projekt został szczegółowo opracowany według schematu proponowanego przez Agencję Oceny Technologii Medycznych. Określono w nim cele, oczekiwane efekty, sposób wyboru realizatora, a także wskaźniki monitorowania. Zaplanowano również akcję informacyjną o programie.

Jak podają autorzy, całkowity koszt programu w każdym roku jego realizacji wyniesie ok. [REDACTED] zł, w tym udział budżetu miasta [REDACTED] stanowił będzie ok. [REDACTED] zł rocznie. Średni koszt udziału jednego dziecka w programie wynosi ok. [REDACTED] zł, w tym pokrywany z budżetu miasta w kwocie ok. [REDACTED] zł. Należy jednak wskazać, że w projekcie wymieniono składowe kosztów jednostkowych bez podania konkretnych kwot.

Z treści projektu wynika, że badania ortopedyczne dzieci i młodzieży finansowane będą z budżetu miasta [REDACTED]. Dzieci skierowane z Poradni Wad Postawy będą miały wykonane badanie w ramach świadczeń finansowanych z NFZ. Gimnastyka korekcyjno-kompensacyjna będzie natomiast finansowana z budżetu miasta oraz dopłat rodziców do każdej godziny zajęć ([REDACTED] zł gimnastyka korekcyjna, [REDACTED] zł basen kąpielowy). Rodziny wielodzietne będą zwolnione z dopłat. Część edukacyjna programu i kampania profilaktyczna finansowane będą z budżetu miasta.

W programie zaplanowano akcję informacyjną. Określono także populację docelową kwalifikującą się do udziału w programie; jest on skierowany jest do trzech różnych grup beneficjentów – nauczycieli, rodziców i dzieci.

Przewiduje się również ocenę mierników efektywności odpowiadających celom programu, takich jak wyniki badania ortopedycznego dzieci i młodzieży (wstępnego i końcowego), czy liczba rozpoznanych wad postawy u dzieci zgłaszających się do programu.