



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 173/2011 z dnia [REDACTED]
w sprawie projektu programu zdrowotnego „Badanie wad postawy
uczniów klas I gimnazjów z powiatu [REDACTED] oraz korekta
wykrytej wady”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Konsultacyjnej wyrażam pozytywną opinię o projekcie programu zdrowotnego „Badanie wad postawy uczniów klas I gimnazjów z powiatu [REDACTED] oraz korekta wykrytej wady”.

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 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 jest wartościowych metodologicznie badań poświadczających efektywność skriningu. 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 odnalezionych publikacji wynika, że częstsze badania przesiewowe (protokół konwencjonalny vs. nieswoisty) zwiększają o ok. 30% liczbę skierowań na dalszą diagnostykę, nie zmieniając liczby rozpoznań ostatecznych. 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; test uznawany jest za to metodę j subiektywną i zależną od doświadczenia i kompetencji badającego. 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 jest 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 rozpoznaniem, 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 **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.). Odnośnie efektywności klinicznej, dane z badania kosztowej efektywności, wykazują, że narzędzia zwiększające wartość predykcyjną przesiewu (badanie fotogrametryczne) obniżają zarówno działania niekorzystne (zmniejszając liczbę rozpoznanych 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, gdy przeliczy się 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 już istniejących świadczeń gwarantowanych, leżących w obowiązkach pielęgniarki lub higienistki szkolnej i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, są powszechnie zalecane przez ekspertów, mimo braku twardych dowodów ich efektywności. Podobnie w odniesieniu do programów ćwiczeń korekcyjnych, które mogą być skuteczne pod warunkiem indywidualnego doboru zestawu ćwiczeń oraz systematycznego ich nadzorowania i dostosowywania do pacjenta. Niezależnie od programów ukierunkowanych 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 skalę problemu 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.

Cele omawianego programu obejmują: skuteczną identyfikację dzieci zagrożonych wadami postawy, która doprowadzi do podjęcia działań w kierunku korekty wady, a w przypadku zmian chorobowych podjęcia leczenia specjalistycznego, edukację w zakresie profilaktyki schorzeń kręgosłupa w postaci spotkań z rodzicami, omówienia wyników badań, uświadomienie zagrożeń i konsekwencji rozpoznanych wad, jak również zwrócenie uwagi na czynniki wpływające na rozwój wad, przekazanie wiedzy i umiejętności w zakresie kształtowania prawidłowych postaw uczniów, wzmocnienie ich aktywności ruchowej oraz wdrożenie systemu korekty wad postawy zapobiegającego powstawaniu zmian chorobowych zmuszających do podjęcia leczenia specjalistycznego. Program ma być kontynuacją działań realizowanych w poprzednich latach 2006-2007, 2008-2009 i jest adresowany do uczniów I klas gimnazjów z terenu powiatu [REDAKTOWANE] z dziesięciu (z siedemnastu) gmin, które zadeklarowały chęć uczestnictwa w programie.

Opiniowany program podzielony został przez wnioskodawcę na dwa etapy. Pierwszy etap realizowany będzie od października do grudnia 2011 r. przez gminy i zakłada objęcie programem ok. 1398 uczniów. Program będzie się składał z: badań przesiewowych wykonywanych tradycyjną metodą badania fizykalnego i jednoczesną jego weryfikację przez komputerową ocenę wad postawy z wykorzystaniem zjawiska mory projekcyjnej, działań edukacyjno-informacyjnych oraz działań organizacyjnych, tj. wytypowania uczniów ze stwierdzonymi wadami do drugiego etapu programu i wytypowanie uczniów wymagających skierowania do specjalistycznego leczenia w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). Do programu będą kierowane dzieci, których rodzice wstępnie wyrazili zgodę na udział swoich dzieci w programie. Wiedzę na temat programu rodzice zdobędą w trakcie spotkań realizowanych na terenie szkoły z wykonawcą programu. Drugi etap

wdrażany będzie od lutego do czerwca 2012 roku przez powiat [REDAKTOWANE] i będą to zajęcia korekcyjne na basenie lub sali gimnastycznej. Uczestniczyć w nich będą uczniowie wyłonieni w badaniach w pierwszym etapie programu – szacuje się ok. 420 – 450 osób. W zajęciach w sali gimnastycznej uczestniczyć ma tylko ok. 30 dzieci z gminy Sułoszowa, gdyż odległość oraz koszt dojazdu na basen są finansową barierą dla rodziców. Zajęcia na basenie mają się odbywać w cyklach cotygodniowych dla grup terapeutycznych składających się z nie więcej, niż 25 osób.

Wykonawcą programu ma być Zakład Opieki Zdrowotnej wpisany do rejestru ZOZ, posiadający kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia (specjalista rehabilitacji), który zostanie wybrany w postępowaniu konkursowym, w trybie art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz.1027 z 2008 r. z późn. zm.). Realizator programu powinien zatrudnić lekarza specjalistę II stopnia z rehabilitacji, posiadającego doświadczenie w prowadzeniu programów profilaktycznych.

Koszt I etapu programu został oszacowany na [REDAKTOWANE] zł, zaś etap II oszacowano na [REDAKTOWANE] zł za zajęcia na basenie oraz [REDAKTOWANE] zł za zajęcia w sali gimnastycznej. Łączny koszt programu oszacowano na [REDAKTOWANE] zł, z czego powiat [REDAKTOWANE] pokryje sumę [REDAKTOWANE] zł, a koszt pozostałej części (tj. pierwszego etapu programu) pokryje 10 gmin leżących w powiecie [REDAKTOWANE].

Komentarz:

Projekt programu nie został przygotowany zgodnie szablonem zaproponowanym przez AOTM. Należy jednak podkreślić, że zawiera większość elementów, które powinien zawierać prawidłowo opracowany program zdrowotny. Opisano w nim problem zdrowotny i na podstawie działań z lat poprzednich opisano w sposób możliwie dokładny lokalną epidemiologię dotyczącą wad postawy. Uzasadniono także potrzebę wdrożenia programu, określono jego cele główne, a także szczegółowe, które dzięki podjętym działaniom wydają się być możliwe do zrealizowania.

W programie szczegółowo zaplanowano ewaluację podejmowanych działań. Wnioskodawca zasygnalizował, że przy analizowaniu otrzymanych wyników prawdopodobne będzie nawiązanie ścisłej współpracy ze środowiskiem naukowym.

Autorzy projektu w bardzo dokładny sposób określili również warunki i kompetencje wdrożenia programu z perspektywy realizatora.

Populację objętą programem stanowią mają dzieci z pierwszych klas gimnazjów (14 lat), dzięki czemu uniknięto powielenia w tym zakresie grup wiekowych, objętych świadczeniami gwarantowanymi.