



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 176/2011 z dnia [REDACTED]
w sprawie projektu programu zdrowotnego „Program profilaktyki
wad postawy u dzieci klas V i VI Szkoły Podstawowej z elementami
profilaktyki uzależnień” realizowanego przez miasto [REDACTED]

Po zapoznaniu się z opinią Rady Konsultacyjnej wyrażam negatywną opinię o projekcie programu zdrowotnego „Program profilaktyki wad postawy u dzieci klas V i VI Szkoły Podstawowej z elementami profilaktyki uzależnień” 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 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 na potwierdzenie efektywności 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 naukowych 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 dostępnych badań wynika, że wykonywanie samego testu zgięciowego jest niewystarczające. Jest to metoda subiektywna i zależna od doświadczenia i kompetencji badającego. Jednak ze względu na jej niewielki koszt i łatwość wykonania sugeruje się niewykluczenie tego badania, lecz stosowanie go w połączeniu z dodatkowymi testami diagnostycznymi. 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 na to, 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 potencjalnie 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.** (U.S. Preventive Services Task Force) 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, Dane z badania efektywności kosztowej, wskazują na to, że narzędzia zwiększające wartość predykcijną 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 podnosi ich indywidualne dobranie dla konkretnego chorego i prowadzenie pod systematyczną kontrolą specjalistów, bądź w warunkach placówki specjalistycznej. Efektywność programu ćwiczeń poprawić może także wprowadzenie do niego elementów nauki autokorekcji postawy.

Nieliczne analizy ekonomiczne wykazały, że chociaż 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 świadczeń gwarantowanych, leżących w obowiązkach pielęgniarki lub higienistki szkolnej i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, są powszechnie zalecane przez ekspertów, mimo braku twardych dowodów na ich efektywność. Podobna sytuacja ma miejsce z programami ćwiczeń korekcyjnych, które mogą być skuteczne pod warunkiem indywidualnego ich doboru oraz systematycznego nadzorowania i dostosowywania ćwiczeń do chorego. 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 ukierunkowanych na zwiększenie aktywności fizycznej młodego pokolenia, co może pomóc nie tylko zmniejszyć problem wad postawy, ale też wpłynąć a na problemy, takie jak otyłość i jej powikłania, a w późniejszym życiu: problemy kardiologiczne, zaburzenia lipidowe, osteoporozę, oraz na sferę rozwoju psychicznego.

Głównym celem omawianego programu jest poprawa stanu zdrowia dzieci i młodzieży, mieszkańców [REDAKTOWANE], w zakresie wad kręgosłupa, poprzez przeprowadzenie badań profilaktycznych u ok. 1000 osób rocznie. Do jego celów szczegółowych zaliczono wczesne wykrycie zmian w obrębie kręgosłupa u ok. 50% badanych, skierowanie do dalszej diagnostyki, zwiększenie świadomości na temat korzyści dotyczącej pozytywnego wpływu ruchu na stan zdrowia u ok. 70% uczestniczących w programie oraz zwiększenie świadomości i wiedzy na temat uzależnień u ok. 70% osób. Program będzie realizowany w latach: 2011 – 2015, w miesiącach od września do grudnia. Wybór okresu realizacji podyktowany jest względami społecznymi: powrót dzieci z wakacji, przyzwyczajenie mieszkańców - programy od lat realizowane są w [REDAKTOWANE] w tym okresie, a krótki czas realizacji podyktowany jest wysokością środków finansowych zabezpieczonych na programy zdrowotne w budżecie miasta. Program zakłada wykonanie badań przesiewowych u 1 000 dzieci i młodzieży uczęszczających do klas V i VI szkół podstawowych w [REDAKTOWANE], dalszą diagnostykę u ok. 50% pacjentów oraz podniesienie poziomu wiedzy na temat profilaktyki uzależnień u ok. 70% uczestników programu.

W programie wyodrębniono dwa etapy. W I etapie, dzieci i młodzież z populacji docelowej zostaną przebadane przez wyszkolone pielęgniarki, które w trakcie badania przeprowadzą spotkania z dziećmi na temat profilaktyki wad postawy oraz profilaktyki i leczenia uzależnień. Następnie pacjenci, u których zaistnieje podejrzenie wady postawy zostaną skierowani do II etapu, w którym przeprowadzone zostanie specjalistyczne badanie lekarskie, w celu weryfikacji diagnozy wstępnej i w razie potrzeby skierowania do dalszej diagnostyki; rehabilitant przeprowadzi indywidualny instruktaż oraz wyznaczy indywidualne ćwiczenia korekcyjne z zakresu profilaktyki układu ruchu.

Należy zaznaczyć, że zarówno I, jak i II etap programu realizowane będą na terenie szkół, do których uczęszczają badane dzieci, a jedynie badania specjalistyczne wykonywane będą na terenie zakładów opieki zdrowotnej. Program ma być realizowany przez publiczne lub niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej w mieście [REDAKTOWANE]. Realizatorzy zostaną wyłonieni na podstawie organizowanego corocznie konkursu ofert. Do monitorowania i ewaluacji programu zostaną zebrane dane odnośnie liczby wykonywanych badań oraz liczba przeprowadzonych pogadarek indywidualnych. Koszt jednostkowy programu wyceniono na [REDAKTOWANE] zł za I etap oraz [REDAKTOWANE] zł za II etap. Przyjmując założenie, że 50% osób będzie skierowanych do II etapu, całkowity koszt oszacowano na [REDAKTOWANE] zł, z czego ok. 13 [REDAKTOWANE] zł ma być pokryte przez realizatorów programu wyłonionych w konkursie ofert, natomiast pozostałe [REDAKTOWANE] zł sfinansowane z budżetu miasta.

Komentarz:

Program nie został przygotowany zgodnie z szablonem zaproponowanym przez AOTM. Nie podano w nim autora programu. Problem zdrowotny został opisany zbyt ogólnikowo, bez podania piśmiennictwa. Również dane epidemiologiczne przywołano bez wskazania ich źródła.

Zarówno w I, jak i II etapie programu nie określono dokładnie, na czym mają polegać proponowane badania, ani jaki ma być ich zakres.

Programem planuje się objąć ok. 1 000 uczniów, jednak z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że Miasto [REDAKTOWANE] zamieszkiwane jest przez 3 358 dzieci w wieku 10 i 11 lat (IV i V klasa szkoły podstawowej).

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.

Nie wyjaśniono ponadto, na jakiej podstawie wnioskodawca szacuje skierowanie 50% populacji badanych dzieci na dalszą diagnostykę.

W tytule programu wnioskodawca sugeruje, że w programie przeprowadzone zostaną działania w kierunku profilaktyki uzależnień. Nie wskazano, o jakie uzależnienia chodzi; jedyną zaproponowaną w tym kierunku interwencją miałyby być krótka pogadanka przeprowadzana przez pielęgniarkę szkolną podczas I etapu programu.

Z informacji zawartych w projekcie programu nie wynika także, na jakiej podstawie wnioskodawca oszacował, że współfinansowanie przez realizatora programu ukształtuje się w granicach ok. 30%.