



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 174/2011 z dnia [REDACTED]
w sprawie projektu programu zdrowotnego „Wieloletni program
zdrowotny dotyczący badania w kierunku wad postawy dzieci
zamieszkałych na terenie Gminy [REDACTED]”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Konsultacyjnej uważam, że projekt programu zdrowotnego „Wieloletni program zdrowotny dotyczący badania w kierunku wad postawy dzieci zamieszkałych na terenie Gminy [REDACTED]” dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jednakże w mojej opinii nie został właściwie przygotowany i nie może otrzymać pozytywnej opinii.

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 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). Badania dowodzą, że wykonywanie samego testu zgięciowego jest niewystarczające, jako że jest on uznawany za metodę 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 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, dane z badania kosztowej efektywności, wykazują 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 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 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 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 także do programów ćwiczeń korekcyjnych, które mogą być skuteczne pod warunkiem indywidualnego doboru zestawu ćwiczeń oraz systematycznego ich nadzorowania i dostosowywania. 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 problem wad postawy, ale też wpływa korzystnie na problemy takie jak otyłość i jej powikłania, a w późniejszym życiu: problemy kardiologiczne, zaburzenia lipidowe, osteoporozę i inne, oraz na sferę rozwoju psychicznego.

Omawiany projekt programu skierowany jest do dzieci w wieku 10 lat z terenu gminy [REDAKTOWANE]. Program ma być realizowany w latach 2011 – 2014 i obejmować kolejno 114, 103, 104 i 96 dzieci. Badanie w kierunku wad postawy ma składać się ze statycznego badania ogólnego oceniającego budowę ciała, jego proporcje i symetrię oraz postawę ciała, statycznego badania miejscowego kończyn dolnych oraz orientacyjnego pomiaru liniowego kończyn dolnych. Badanie w kierunku wad postawy mają przeprowadzać lekarze NZOZ, który wybrany zostanie do realizacji programu w drodze konkursu.

Komentarz:

Projekt programu nie został przygotowany zgodnie z szablonem proponowanym przez Agencję. Nie wskazano w nim autorów programu, opisu problemu zdrowotnego, danych epidemiologicznych, celów głównych i szczegółowych, trybu zapraszania do programu, informacji dotyczących organizacji programu, części składowych i działań organizacyjnych, zasad udzielania świadczeń w ramach programu, bezpieczeństwa wnioskowanych interwencji, kosztów (bezpośrednich i pośrednich, ogólnych i jednostkowych), wskaźników monitorowania i ewaluacji podjętych działań.

Wnioskodawca planuje objąć programem populację 10-latków z terenu gminy [REDAKTOWANE] w czterech kolejnych latach. Wydaje się, że taki wybór i badania w kierunku wykrycia wad postawy powiela świadczenia gwarantowane.

