



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 90/2012 z dnia 28 maja 2012 r.
o projekcie programu zdrowotnego „Program wczesnego
wykrywania, profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci w wieku
szkolnym na terenie gminy Oleśnica”, realizowanego przez gminę
Oleśnica

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję negatywną opinię o projekcie programu zdrowotnego „Program wczesnego wykrywania, profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci w wieku szkolnym na terenie gminy Oleśnica” realizowanego przez gminę Oleśnica.

Uzasadnienie

W projekcie brakuje dokładnego opisu działań terapeutycznych, ich częstości i rodzaju oraz kwalifikacji osób prowadzących zajęcia. W opisie programu nie uwzględniono również czynności edukacyjnych, ani informacji o kosztach jednostkowych.

Przedmiot opinii

Projekt programu zdrowotnego „Program wczesnego wykrywania, profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci w wieku szkolnym na terenie gminy Oleśnica”, którego realizacja ma na celu skuteczne identyfikowanie dzieci i młodzieży zagrożonych wadami postawy, zwiększenie świadomości zdrowotnej uczniów oraz ich rodziców/opiekunów, a także podniesie jakości zajęć korekcyjnych poprzez realizowanie badań przesiewowych, indywidualnych zajęć terapeutycznych oraz edukacji dzieci, rodziców/opiekunów i nauczycieli, nadesłany przez Kierownika Referatu Promocji, Współpracy i Pozyskiwania Funduszy Urzędu Gminy Oleśnica (z upoważnienia Wójta).

Problem zdrowotny

Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci i młodzieży wchodzi w zakres rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych – „Zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia oraz zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego”.

Do najczęstszych wad postawy należą: plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy wklęsło-okrągłe, plecy płaskie, boczne skrzywienie kręgosłupa – skoliozy, wady statyczne kończyn dolnych. W zależności od wielkości oraz lokalizacji, skrzywienie kręgosłupa wpływa na funkcjonowanie układu oddechowego oraz zmiany w układzie sercowo-naczyniowym. Chorzy ze skoliozą



w życiu dorosłym cierpią na dolegliwości bólowe kręgosłupa, ponadto istotny wpływ na jakość życia mają odczucia estetyczne oraz akceptacja własnego wyglądu.

Alternatywne świadczenia

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.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

1) Wnioski z oceny problemu zdrowotnego

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy, mające na celu wczesne wykrywanie tych wad i kierowanie dzieci do leczenia, zanim się one utrwalą, znajdują się w zestawie rutynowych badań wykonywanych tradycyjnie w wieku szkolnym. Badania takie zawsze wspierane były przez lekarzy ortopedów i pediatrów. Także eksperci proszeni o opinię wyrazili poparcie dla tego typu programów zdrowotnych, jeden z nich zadeklarował „zbieżność interesów” (przez analogię do „konfliktu interesów”) z celami programów, których celem jest poprawa wydolności ruchowej i zdrowotności najmłodszej części społeczeństwa.

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 wiele publikacji, brakuje dobrych 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 badania Montgomery 1990 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 Moire'a. Z badania Fong 2010 wynika, że wykonywanie samego testu zgięciowego jest niewystarczające, jest to metoda raczej subiektywna i zależna od doświadczenia i kompetencji badającego. Za względu na niewielki koszt i łatwość wykonania autorzy sugerują nie wykluczać tego badania lecz stosować razem z dodatkowymi testami. Stosowanie oceny wartości kąta rotacji tułowia, oceny fotogrametrycznej Moire'a oraz rentgena w niskich dawkach lub kombinacji tych metod dowodzi trafności skierowań do specjalisty, lecz brak jest wystarczających dowodów na to, że badania te wykazują 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. 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 Montgomery 1990 wykazują, że badania wykonywane narzędziami zwiększającymi wartość predykcyjną (badanie fotogrametryczne Moire'a) obniżają zarówno działania niekorzystne (zmniejszając liczbę rozpoznanych fałszywie dodatnich), jak i w efekcie długofalowe koszty programu. Efektywność przesiewu zwiększa wykonywanie go przez doświadczonych, wyspecjalizowanych pracowników medycznych (Nussinovitch 2002). Efektywność programu ćwiczeń podnosi jego indywidualne dobranie dla konkretnych chorych i prowadzenie pod systematyczną kontrolą specjalistów bądź w warunkach placówki specjalistycznej (Kotwicki 2009, Negrini 2008). Efektywność programu ćwiczeń zwiększa także wprowadzenie do niego nauki autokorekcji postawy (Kowalski 2001). Skuteczność autokorekcji potwierdza badanie Anwajler 2006.

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 (SRS/AAOS, Montgomery 1990). Efektywność kosztową programu można zwiększyć, dobierając bardziej efektywne narzędzia przesiewowe (Montgomery 1990).

Poza samą wartością badań przesiewowych, programy samorządowe mogą oferować wartość dodatkową w postaci organizowania dalszej diagnostyki lub ćwiczeń korekcyjnych. Istotnym elementem dodanym może też być edukacja: uświadamianie dzieciom i rodzicom czynników sprzyjających wadom postawy, propagowanie znaczenia prawidłowej postawy, nieprzeciążania dziecięcych tornistrów, zachęcanie do większej aktywności fizycznej dzieci. Kolejną wartością dodaną może być organizowanie rehabilitacyjnych ćwiczeń korekcyjnych w dogodnym dla dzieci miejscu i czasie.

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 dublujące świadczenia gwarantowane leżące w obowiązkach pielęgniarki lub higienistki szkolnej i lekarzy POZ, są powszechnie zalecane przez ekspertów, mimo braku twardych dowodów ich efektywności. Podobnie zasady dotyczą 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, które mogą skutkować nie tylko zmniejszeniem problemu wad postawy, ale też wpływać na problemy takie jak otyłość i jej powikłania, a w późniejszym życiu: problemy kardiologiczne, zaburzenia lipidowe, osteoporoza i inne, oraz na sferę rozwoju psychicznego.

2) Wnioski z oceny programu gminy Oleśnica

Realizacja programu zdrowotnego gminy Oleśnica „Program wczesnego wykrywania, profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci w wieku szkolnym na terenie gminy Oleśnica” ma na celu skuteczne identyfikowanie dzieci i młodzieży zagrożonych wadami postawy, zwiększenie świadomości zdrowotnej uczniów oraz ich rodziców/opiekunów, a także podniesie jakości zajęć korekcyjnych prowadzonych przez nauczycieli.

Planowane w ramach programu interwencje to w pierwszej kolejności badanie przesiewowe, przy czym nie określono jaka konkretnie metoda lub metody diagnostyczne zostaną

wykorzystane. Badanie przesiewowe ma za zadanie wyłonić osoby, które będą brały udział w indywidualnych zajęciach terapeutycznych. Badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdujące się w wykazie świadczeń gwarantowanych zalecane są dzieciom wieku 6 albo 7 lat, 10, 12, 13 i 16 lat. Program zdrowotny adresowany jest do uczniów klas podstawowych oraz gimnazjalnych, czyli dzieci w wieku od 6/7 lat do 16 roku życia, w związku z czym opiniowany program zdrowotny w pewnym stopniu będzie pokrywał się z działaniami finansowanymi z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. W projekcie brakuje szczegółowego opisu sposobu realizacji działań terapeutycznych, nie określono jakie konkretnie interwencje będą realizowane i jak często będą odbywały się zajęcia terapeutyczne, a także kwalifikacji osób realizujących powyższe działania. Wydaje się, że programy profilaktyki wad postawy u dzieci powinny kłaść duży nacisk na działania edukacyjne, których realizacja nie została zaplanowana.

Program będzie realizowany w roku 2012, a koszty realizacji wszystkich elementów programu zostaną pokryte z budżetu gminy Oleśnica. Całkowity koszt realizacji programu wyniesie 40 000,00 zł. W projekcie brakuje jednak kosztorysu uwzględniającego poszczególne koszty jednostkowe. Założono, że z programu w roku 2012 skorzysta około 300 osób (prawdopodobnie łączna ilość dzieci i ich opiekunów), co daje koszt jednostkowy w wysokości około 133 zł. Koszt jednostkowy wydaje się być zbyt niski biorąc pod uwagę, że w ramach programu realizowane będą: indywidualne zajęcia terapeutyczne, zajęcia edukacyjne dla dzieci i ich rodziców, szkolenia nauczycieli prowadzących zajęcia korekcyjne oraz wstępne badanie przesiewowe. Ponadto w związku z realizacją programu należałoby również uwzględnić koszty związane z jego monitorowaniem i ewaluacją (prowadzenie dokumentacji medycznej, raport z realizacji programu) i wynagrodzeniem dla koordynatora.

Monitorowanie i ewaluacja programu zostały opisane w projekcie, natomiast brakuje w nim wskazania wskaźników oceniających efektywność.

Wybór realizatora programu nastąpi na drodze otwartego konkursu ofert ogłoszonego przez Wójta Gminy Oleśnica.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, wydaję opinię jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem raportu „Program wczesnego wykrywania, profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci w wieku szkolnym na terenie gminy Oleśnica” realizowanym przez gminę Oleśnica, nr: AOTM-OT-441-87/2012, Warszawa, maj 2012 i aneksu „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, maj 2012.