



Opinia

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 91/2012 z dnia 28 maja 2012 r.

o projekcie programu zdrowotnego „Gminny program zdrowotny na rok 2012 w zakresie profilaktyki i korekcji wad postawy dla dzieci ze szkół podstawowych z terenu gminy Bodzechów”, realizowanego przez gminę Bodzechów

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję negatywną opinię o projekcie programu zdrowotnego „Gminny program zdrowotny na rok 2012 w zakresie profilaktyki i korekcji wad postawy dla dzieci ze szkół podstawowych z terenu gminy Bodzechów” realizowanego przez gminę Bodzechów.

Uzasadnienie

W projekcie nie poinformowano o tym, czy badanie będzie obejmowało dzieci z Bodzechowa czy Szewna, nie podano informacji o budżecie, liczbie osób, które miałyby zostać objęte programem, ani nie przedstawiono sposobu oceny jego efektywności.

Przedmiot opinii

Projekt programu zdrowotnego „Gminny program zdrowotny na rok 2012 w zakresie profilaktyki i korekcji wad postawy dla dzieci ze szkół podstawowych z terenu gminy Bodzechów”, którego realizacja ma na celu zapobieganie pogłębianiu się wad postawy oraz korygowanie wad już istniejących poprzez wprowadzanie ćwiczeń korekcyjnych, nadesłany przez Sekretarza Gminy Bodzechów.

Problem zdrowotny

Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci i młodzieży wchodzą 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 (POZ). Efektywność tych rutynowych badań, jak również praktyczna możliwość skorzystania z dalszej diagnostyki i ćwiczeń korekcyjnych dzieci z dodatnim wynikiem badania przesiewowego, nie są znane.

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 wady się utrwalą, znajdują się w zestawie rutynowych badań wykonywanych tradycyjnie u dzieci 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 nawet „zbieżność interesów” (przez analogię do „konfliktu interesów”) z założeniami programów, których celem jest poprawa wydolności ruchowej i zdrowotności najmłodszej części społeczeństwa.

Choć badaniom przesiewowym w kierunku wad postawy, zwłaszcza skolioz, poświęcono bardzo dużo 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, 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 badania 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.). W odniesieniu do efektywności klinicznej, dane z badania Montgomery 1990 wykazują, że badania wykonywane narzędziami zwiększającymi wartość predykcyjną

(badanie fotogrametryczne Moire'a) obniżają zarówno działania niekorzystne (zmniejszając liczbę rozpoznań fałszywie dodatnich), jak i w efekcie długofalowe koszty programu. Efektywność przesiewu zwiększa wykonywanie go przez doświadczonych, wyspecjalizowanych pracowników medycznych (Nussinovitch 2002). Efektywność programu ćwiczeń zwiększa 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, zachęcania 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 powielające świadczenia gwarantowane leżące w obowiązkach pielęgniarki lub higienistki szkolnej i lekarzy POZ, są powszechnie zalecane przez ekspertów, mimo braku twardych dowodów ich efektywności. Podobne 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, osteoporozę i inne, oraz na sferę rozwoju psychicznego.

2) Wnioski z oceny programu gminy Bodzechów

Realizacja programu zdrowotnego gminy Bodzechów „Gminny program zdrowotny na rok 2012 w zakresie profilaktyki i korekcji wad postawy dla dzieci ze szkół podstawowych z terenu gminy Bodzechów” ma na celu zapobieganie pogłębianiu się wad postawy oraz korygowanie istniejących wad postawy u dzieci.

Interwencją zaplanowaną do realizacji w programie są ćwiczenia korekcyjne prowadzone przez specjalistów rehabilitacji. Kwalifikacja do udziału w programie będzie się odbywała na podstawie skierowania od lekarzy pierwszego kontaktu lub lekarzy specjalistów. Interwencją jaką są ćwiczenia korekcyjne, stanowi uzupełnienie świadczeń gwarantowanych i jest zalecana do przeprowadzania w ramach programów zdrowotnych realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego.

Beneficjentami programu będą dzieci uczęszczające do szkół podstawowych. Ponieważ nie podano przedziału wiekowego uczestników, można wnioskować, że program obejmie wszystkie dzieci z klas I-VI. Nazwa programu sugeruje, że będzie to program gminny, natomiast w opisie programu mowa jest zarówno o gminie Bodzechów, jak i samym Bodzechowie oraz Szewnie. Nie zostało jednoznacznie określone, czy program kierowany jest do wszystkich uczniów gminy Bodzechów, czy tylko dwóch w/w podjednostek. Nie podano informacji o liczbie dzieci, które miałyby zostać objęte programem; z opisu epidemiologii wynika, że wady postawy stwierdzono u 562 dzieci ze szkół podstawowych. Ponieważ projekt programu nie zawiera informacji o budżecie, nie można ocenić czy obejmie on wszystkie dzieci, u których stwierdzono wady postawy. Nie określono, jakie będzie kryterium kwalifikacji uczestników i czy w zależności od wykrytej wady postawy dzieci będą trafiały do różnych grup. Nie został opisany tryb zapraszania do udziału programie, prawdopodobnie dzieci będą kierowane na badania przez szkołę, do której uczęszczają.

Informacje dotyczące sposobu monitorowania programu są bardzo zdawkowe. Wiadomo jedynie, że jakość programu zostanie oceniona na podstawie ankiety skierowanej do rodziców dzieci będących beneficjentami programu. . Wskaźniki efektywności nie zostały uwzględnione w projekcie programu.

Program nie zawiera informacji o budżecie, wiadomo jedynie, że w całości będzie on realizowany przez gminę Bodzechów. Realizator programu zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert (warunki względem realizatorów zostały dokładnie opisane), a wyboru dokona Wójt Gminy Bodzechów.

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 „Gminny program zdrowotny na rok 2012 w zakresie profilaktyki i korekcji wad postawy dla dzieci ze szkół podstawowych z terenu gminy Bodzechów”, nr: AOTM-OT-441-105/2012, Warszawa, maj 2012 i aneksu „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, maj 2012.