



## Opinia

### Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych

nr 283/2013 z dnia 2 grudnia 2013 r.

### **o projekcie programu „Gminny program zdrowotny na 2013 – 2014 rok w zakresie profilaktyki i korekcji wad postawy dla dzieci ze szkół podstawowych z terenu gminy Bodzechów”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję negatywną opinię o projekcie programu „Gminny program zdrowotny na 2013 – 2014 rok w zakresie profilaktyki i korekcji wad postawy dla dzieci ze szkół podstawowych z terenu gminy Bodzechów.

#### **Uzasadnienie**

Program odnosi się do dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego i jest zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych.

Interwencja zaproponowana w opisie programu, jaką są ćwiczenia korekcyjne, stanowi uzupełnienie świadczeń gwarantowanych.

Program należy uzupełnić o: dokładny opis populacji, która zostanie włączona do programu, opis kryteriów kwalifikacji uczestników, informację czy w zależności od wykrytej wady postawy dzieci będą trafiły do różnych grup, informację o trybie zapraszania do programu, liczbie grup i ich liczebności, informację na temat kosztów jednostkowych- kosztów realizacji poszczególnych interwencji, działania edukacyjne, wskaźniki efektywności, ewaluacji i monitorowania.

#### **Przedmiot wniosku**

Projekt programu zdrowotnego nadesłany przez Sekretarz Gminy Bodzechów „Gminny program zdrowotny na 2013 – 2014 rok 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 istniejących wad postawy poprzez wprowadzanie ćwiczeń korekcyjnych. Projekt nie zawiera precyzyjnych informacji na temat budżetu, wspomniano jedynie, że w 2013 roku przeznaczono na ten cel 15 000 złotych i przewiduje się, że w roku 2014 wyda się podobna kwotę. Brak kosztów jednostkowych.

#### **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, 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**

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 ortopedów i pediatrów. Także eksperci proszeni o opinię wyrazili poparcie dla tego typu programów zdrowotnych (dodatkowe uwagi – patrz 3.1. ), a jeden zadeklarował nawet „zbieżność interesów” (przez analogię do „konfliktu interesów”) z celami programów, których celem jest poprawa wydolności ruchowej i zdrowotności najmłodszej części społeczeństwa. Badania przesiewowe w kierunku wad postawy 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. 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 tysiące publikacji, brak dobrych metodologicznie badań poświadczających efektywność skringingu. 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 Montgomery1990 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 (Montgomery1990). Z badania Fong2010 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 prostotę 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, że badania te wykazują 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 niepotrzebnego – gdy zniekształcenie kręgosłupa nie ma tendencji do powiększania się, a z rzadka 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 wyniku tej sytuacji 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. ). Ciekawe światło na efektywność kliniczną rzucają dane z badania kosztowej efektywności Montgomery 1990, wykazujące, 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 znacznie, gdy przeliczy się go 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.

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 ma się sprawa z programami 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.

### **Wnioski z oceny projektu programu gminy Bodzechów**

Zakres programu jest zgodny z rozporządzeniem 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.

Interwencja zaproponowana w opisie programu, jaką są ćwiczenia korekcyjne, stanowi uzupełnienie świadczeń gwarantowanych i jest zalecana do przeprowadzania w ramach programów zdrowotnych realizowanych przez JST.

Realizatorzy nie opisują dokładnie populacji, która zostanie włączona do programu. Będą to uczniowie wszystkich klas szkół podstawowych. Nie podano informacji o liczbie miejsc w programie, z opisu epidemiologii wynika, że wady postawy stwierdzono u 543 dzieci ze szkół podstawowych. Wydaje się, że są to dane z poprzednich edycji programu, ale nigdzie nie zaznaczono tego wprost.

Badania przesiewowe w kierunku wykrywania wad postawy znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne w środowisku nauczania oraz lekarzy POZ w ramach porad patronażowych oraz badań bilansowych i powinny być rutynowo wykonywane u dzieci w wieku 6 albo 7 lat a następnie w wieku 10, 11, 12, 13 i 16 lat. Biorąc pod uwagę populację docelową dla jakiej proponowany jest program wydaje się, że działania uzupełniać będą świadczenia gwarantowane dla dzieci w 8 i 9 roku życia.

Nie określono, jakie będzie kryterium kwalifikacji uczestników i czy w zależności od wykrytej wady postawy dzieci będą trafiały do różnych grup. W projekcie pojawia się jedynie informacja, że wymagane będzie skierowanie od lekarzy pierwszego kontaktu lub lekarzy specjalistów.

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

Nie został opisany tryb zapraszania do programu, prawdopodobnie dzieci będą kierowane na badania przez szkołę, do której uczęszczają. Z opisu sposobu realizacji wynika, że dzieci będą przebadane przez lekarza specjalistę lub lekarza pierwszego kontaktu.

Ćwiczenia korekcyjne będą się odbywały w grupach przy czym nie określono jaka będzie liczba grup ani jaka będzie ich liczebność.

W projekcie nie zawarto dokładnych informacji dotyczących budżetu. Pojawia się jedynie informacja, że w 2013 roku przeznaczono na ten cel 15 000 złotych i przewiduje się, że w roku 2014 wyda się podobną kwotę. Wnioskodawca nie zawarł również informacji na temat kosztów jednostkowych, nie wiadomo też jak liczne będą grupy poddane ćwiczeniom korekcyjnym, oraz ile w ogóle będzie tych grup. Wydaje się zatem, że program jest już realizowany w momencie oceny.

Programy profilaktyki wad postawy u dzieci powinny kłaść duży nacisk na działania edukacyjne, których realizacja nie została zaplanowana. Programy profilaktyki wad postawy powinny skupiać się również na aspektach informacyjnych dotyczących wad postawy oraz na działaniach mających na celu zwiększenie aktywności fizycznej dzieci i młodzieży – na ten temat również brakuje informacji w projekcie programu. Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych American Public Health Association) można stwierdzić, że:

I. Program odnosi się do dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego, któremu można zapobiegać lub który można modyfikować.

II. Program zdrowotny uwzględnia charakterystykę i potrzeby grupy docelowej. Nie zaplanowano kampanii informacyjnej, prawdopodobnie dzieci będą kierowane do udziału w programie przez szkoły. Ćwiczenia korekcyjne będą realizowane na terenach szkół, co zapewni odpowiednią dostępność. W programach profilaktyki wad postawy u dzieci dużą

uwagę powinno się przykładać do działań edukacyjnych, których w projekcie programu nie przewidziano.

III. Programy ćwiczeń korekcyjnych mogą być skuteczne pod warunkiem indywidualnego doboru zestawu ćwiczeń oraz systematycznego ich nadzorowania i stosowania.

IV. Program będzie finansowany z budżetu Gminy Bodzechów, brakuje informacji o kosztach jednostkowych. Projekt programu powinien zawierać kosztorys uwzględniający koszty realizacji poszczególnych interwencji, aby można było ocenić czy środki finansowe zostały optymalnie wykorzystane.

V. Wskaźniki efektywności, ewaluacji i monitorowania nie zostały uwzględnione podczas projektowania programu zdrowotnego, co uniemożliwi ocenę realizacji programu. Określono jedynie wskaźnik jakości, jakim będzie ankieta kierowana do rodziców dzieci biorących udział w programie.

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 2013 – 2014 rok w zakresie profilaktyki i korekcji wad postawy dla dzieci ze szkół podstawowych z terenu gminy Bodzechów” realizowany przez: gminę Bodzechów, AOTM-OT-441-176/2013, Warszawa, listopad 2013 i aneksu: Aneks do raportów szczegółowych „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, Warszawa maj 2012 r.

Inne wykorzystane źródła danych, oprócz wskazanych w ww. raporcie:

1. Nie dotyczy.