



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 201/2014 z dnia 25 sierpnia 2014 r.
o projekcie programu „Gminny program zdrowotny
na lata 2014-2020 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 zdrowotnego „Gminny program zdrowotny na lata 2014-2020 w zakresie profilaktyki i korekcji wad postawy dla dzieci ze szkół podstawowych z terenu gminy Bodzechów”.

Uzasadnienie

Program dotyczy wad postawy dzieci i młodzieży, dobrze zdefiniowanego, ważnego problemu zdrowotnego, będącego priorytetowym zadaniem Ministra Zdrowia. Program stanowi uzupełnienie przez gminę świadczeń gwarantowanych przez NFZ. Celem programu jest wczesne wykrywanie wad postawy i zapobieganie ich pogłębianiu. W programie mają uczestniczyć uczniowie szkół podstawowych.

Nie określono jednak liczebności uczestników programu, ani sposobu zapraszania do programu. Brak jasnych zasad włączenia do programu, którego uczestnicy zostaną wyłonieni przez pielęgniarki szkolne i skierowani do ćwiczeń przez lekarzy pierwszego kontaktu, lekarzy pediatrów, lekarzy rodzinnych i specjalistów (nie określono rodzaju specjalności). Są to osoby o bardzo zróżnicowanych kwalifikacjach w zakresie wykrywania i leczenia wad postawy. O ćwiczeniach wiadomo, że mają trwać 45 minut, jednak brak informacji czy ma to być jednorazowe ćwiczenie, czy będzie powtarzane cyklicznie.

Nie wskazano również sposobu zakończenia uczestnictwa w programie. Brak bliższej informacji i rodzaju działalności edukacyjnej. Przewidziano monitorowanie programu.

Określono budżet całkowity, bez wskazania wielkości zaplanowanych wydatków na promocję, badania diagnostyczne, prowadzenie ćwiczeń i działalność edukacyjną.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny Gminy Bodzechów z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci i młodzieży szkolnej. Celem programu jest m.in. korygowanie wad postawy i zapobieganie ich pogłębianiu się oraz ich wczesne wykrywanie i podnoszenie świadomości społecznej nt. problemu wad postawy u dzieci. Planowane interwencje w programie stanowią ćwiczenia korekcyjne dla zakwalifikowanych do udziału w programie uczniów klas I-VI gminy Bodzechów oraz znikome działania



edukacyjne skierowane do rodziców dzieci. Program ten jest długofalowy, od 2014-2020 roku. Planowane koszty całkowite to 105 tys. zł na cały okres realizacji programu.

Problem zdrowotny

Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci i młodzieży wchodzą w zakres rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych – zapobieganie najczęstszemu 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

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 ortopedów i pediatrów. Także eksperci proszeni o opinię wyrazili gorące 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 skoliozy, poświęcono tysiące publikacji, brak 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 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 [25] 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.

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 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 zdrowotnego Gminy Śliwice:

Dot. problemu zdrowotnego:

Program dotyczy istotnego problemu zdrowotnego i społecznego – profilaktyki wad postawy wśród dzieci i młodzieży szkolnej. Wpisuje się więc w priorytet zdrowotny - zapobieganie najczęstszemu 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 – należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21.08.09 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

Wnioskodawca nie ustosunkowuje się do epidemiologii wad postawy w Gminie Bodzechów, jak i ogólnie do sytuacji krajowej. Informacje te zostały uzupełnione przez analityka w rozdziale 2.1.3. Warto zaznaczyć, że problem wad postawy występuje u znacznej liczby dzieci w wieku szkolnym, a w przypadku Gminy Bodzechów (zgodnie z dostępnymi danymi statystycznymi) dotyczy blisko 40% mieszkających tam dzieci.

Dot. celów programu i populacji:

Główny cel projektu programu nie został jednoznacznie określony. Wnioskodawca prezentuje liczne cele, działania w programie, które dotyczą m.in. wczesnego wykrywania wad postawy wśród uczniów szkół podstawowych, korygowania czy też zapobiegania tym wadom, ale i podniesienia świadomości kształtowania prawidłowej postawy i prawidłowych nawyków z tym związanych oraz poprawy sprawności fizycznej dzieci poprzez przewidziane ćwiczenia korekcyjne.

W projekcie programu brakuje odniesienia do jego oczekiwanych efektów oraz mierników efektywności adekwatnych do jego założeń.

Populacja docelowa programu to uczniowie szkół podstawowych (klas I-VI, tj. osoby w wieku 6-13 lat) na terenie gminy Bodzechów wyłonione przez pielęgniarki szkolne (higienistki). Wnioskodawca nie ustosunkowuje się jednak do liczebności danej populacji. Nie oszacowuje

też, jaką jej część chce objąć działaniami programu. Zgodnie z danymi GUS za 2013 r. liczba dzieci i młodzieży w wieku przedszkolnym i szkolnym, tj. od 5 do 14 roku życia, stanowiła blisko 1324 osoby (w obu grupach wiekowych tj. 5-9 lat i 10-14 lat, liczba dziewcząt i chłopców była porównywalna (patrz ryc. 1, rozdz. 2.1.3).

Tryb zapraszania do udziału w programie nie został precyzyjnie określony. Wnioskodawca informuje jedynie o odpowiednim rozpropagowaniu i nagłośnieniu programu. Tym samym warto zaznaczyć, że dobrze zorganizowana akcja promocyjna programu jest jednym z wyznaczników równego dostępu do świadczeń.

Dot. interwencji:

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. Programy ćwiczeń korekcyjnych według ekspertów mogą być skuteczne pod warunkiem indywidualnego doboru zestawu ćwiczeń oraz systematycznego ich nadzorowania i dostosowywania. Wnioskodawca sygnalizuje, że dla każdego beneficjenta zostanie przygotowany indywidualny program ćwiczeń, natomiast Realizator programu przydzieli każdego z nich do odpowiednich grup ćwiczeniowych zgodnych z zaleceniami. Nie określono jednak, jaka będzie liczba grup ani jaka będzie ich liczebność.

Wydaje się, że Wnioskodawca przewiduje w ramach programu działania edukacyjne, kwestia ta została przedstawiona zbyt ogólnie. Wspomniano o przekazywaniu informacji nt. określonej wady postawy i wiedzy dot. realizacji określonych ćwiczeń korekcyjnych w warunkach domowych, ale i możliwości prowadzenia zajęć pokazowych w obecności rodziców/opiekunów dzieci. Nie ustosunkowano się natomiast do szczegółów danego przekazu oraz osób za to odpowiedzialnych.

Dot. organizacji programu:

W projekcie programu, harmonogram zadań jest nieprecyzyjnie skonstruowany. Wnioskodawca nie uwzględnia jasno przeprowadzenia akcji promocyjno-informacyjnej, która stanowi jeden z istotnych czynników w programie. Sposób kwalifikacji uczestników do udziału w programie zdrowotnym również budzi wątpliwości. Przede wszystkim Wnioskodawca nie uwzględnia wyrażenia zgody rodziców/opiekunów dziecka na realizację planowanych interwencji, co jest wymagane u osób poniżej 16 roku życia. Dodatkowo wyłonienie potencjalnych uczestników ćwiczeń korekcyjnych przez pielęgniarki szkolne jest również niedokładnie określone. Wnioskodawca nawiązując do instytucji higienistki w szkole wspomina również o skierowaniu lekarza (różnych specjalizacji) do udziału w gimnastyce korekcyjnej. W niniejszych działaniach organizacyjnych brakuje hierarchii. Prawdopodobnie po wstępnej weryfikacji pielęgniarki szkolnej oraz określonego w projekcie programu lekarza pierwszego kontaktu lub specjalisty, uczestnik zostanie przydzielony do odpowiedniej grupy ćwiczeniowej oraz wraz z rodzicami/opiekunami poinstruowany nt. dalszego postępowania i korygowania określonej wady postawy. Wnioskodawca dokładnie określa czas i miejsce zajęć, oraz podkreśla niekolidowanie danych ćwiczeń z innymi zajęciami lekcyjnymi dziecka. Wykwalifikowani rehabilitanci będą prowadzić zajęcia w dwóch salach gimnastycznych gminy Bodzechów, tj. w Szkole Podstawowej w samym Bodzechowie oraz w Szewnie. Argumentuje to dobrze przystosowanym sprzętem i warunkami niezbędnymi do wykonania zadania. Mimo wszystko realizacja świadczeń tylko w dwóch placówkach szkolnych może być

swego rodzaju ograniczeniem w ich dostępie dla pozostałych uczniów gminy Bodzechów. Oprócz Szewna i Bodzechowa, na terenie gminy znajdują się również 4 inne, publiczne szkoły podstawowe, których uczniowie mogliby skorzystać z działań przewidzianych w danym projekcie programu zdrowotnego.

Realizator programu zostanie wybrany na zasadach otwartego konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

Brakuje odniesienia do sposobu zakończenia udziału w danym programie zdrowotnym. Wnioskodawca nie ustosunkowuje się również do bezpieczeństwa planowanych interwencji.

Dot. monitorowania i ewaluacji:

Monitorowanie i ewaluacja zostały zaplanowane w projekcie programu w bardzo okrojonej formie. Określona zostaje forma oceny jakości świadczeń, tj. przy pomocy ankiet dla rodziców dzieci dot. zadowolenia z prowadzonych zajęć korekcyjnych. Monitorowanie zadań programu polegać ma na przekazywaniu informacji do placówek szkolnych oraz Urzędu Gminy dot. liczby wykonanych ćwiczeń oraz osób objętych programem. Nie określono dokładnie, kto będzie odpowiedzialny za w/w funkcję. Biorąc pod uwagę, że w projekcie programu nie odniesiono się do oczekiwanych efektów i mierników efektywności, ocena efektywności programu również nie została sprecyzowana.

Program będzie realizowany w ciągu 7 lat, tj. od 2014 do 2020 roku.

Dot. planowanych kosztów:

Koszty całkowite programu zostały oszacowane na 15 000 zł rocznie, natomiast w ciągu 7 lat budżet całkowity będzie stanowić 105 000 zł i zostanie zabezpieczony w gminnych środkach finansowych. Wnioskodawca nie przedstawia zestawienia kosztów jednostkowych przewidzianych w projekcie programu. Biorąc pod uwagę dostępny budżet i liczebność populacji docelowej możliwym byłoby określenie kosztu interwencji przypadającego na jedną osobę. Jednak w projekcie programu nie ustosunkowano się również do liczby uczestników, co wyklucza w/w działanie.

Do projektu programu nie dołączono również piśmiennictwa oraz wspomnianej w monitorowaniu i ewaluacji – ankiety dot. zadowolenia rodziców z udziału ich dzieci w programie.

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez *American Public Health Association*) można stwierdzić, że:

- I. Program dotyczy istotnego problemu zdrowotnego i społecznego – profilaktyki i wczesne wykrywanie wad postaw u dzieci i młodzieży szkolnej.
- II. Dostępność działań Programu dla beneficjentów - projekt nie zakłada przeprowadzenia akcji informacyjno-promocyjnej, co jest jednym z wyznaczników właściwego poziomu dostępności do świadczeń.
- III. Skuteczność działań – programy przesiewowe, 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.

- IV. Podano planowane koszty całkowite realizacji programu – ok. 105 000 zł, nie odniesiono się do zestawienia kosztów jednostkowych przewidzianych w projekcie programu.
- V. Program zakłada monitorowanie i ewaluację. Natomiast nie odnosi się do oceny efektywności programu, nie określając tym samym mierników efektywności adekwatnych do założonych celów.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: AOTM-OT-441-147/2014 „Gminny program zdrowotny na lata 2014-2020 w zakresie profilaktyki korekcji wad postawy dla dzieci ze szkół podstawowych z terenu gminy Bodzechów” realizowany przez: Gminę Bodzechów, Warszawa, lipiec 2014 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, maj 2012.