



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 9/2017 z dnia 18 stycznia 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Gminny program
ochrony zdrowia, promocji i profilaktyki ”Zdrowie - dobrem życia”
na lata 2016-2020”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Gminny program ochrony zdrowia, promocji i profilaktyki ”Zdrowie - dobrem życia” na lata 2016-2020”

Uzasadnienie

Negatywna opinia Prezesa Agencji uwarunkowana jest brakiem licznych elementów projektu programu, bez których utrudniona jest weryfikacja poprawności zaplanowanych działań. W nadesłanym dokumencie brakuje opisu kluczowych elementów programu, takich jak planowane do wdrożenia działania, opis populacji docelowej i oszacowanie jej liczebności, oraz wielkość budżetu. Projekt programu zawiera chaotycznie i hasłowo przedstawione treści, które uniemożliwiają weryfikację ich poprawności. Konieczne jest uzupełnienie zapisów programu oraz przygotowanie projektu zgodnie z dostępnymi zaleceniami na temat poprawnego tworzenia programów polityki zdrowotnej.

W odniesieniu do poszczególnych treści programu, proszę zapoznać się z poniżej wskazanymi uwagami:

- Projekt programu nie posiada sprecyzowanego problemu zdrowotnego, do którego będzie się odnosić, brakuje również danych epidemiologicznych uzasadniających jego wdrożenie;
- Projekt nie zawiera celu głównego, zaś cele szczegółowe nie zostały opracowane poprawnie. Brakuje także mierników efektywności;
- Populacja docelowa wskazana w projekcie to wszyscy mieszkańcy gminy. Konieczne jest wskazanie konkretnej populacji docelowej do której skierowane będą działania z poszczególnych zakresów tematycznych oraz jej liczebności. Niezbędne jest także określenie kryteriów kwalifikacji do programu;
- Na podstawie przedstawionych informacji wyodrębniono 4 zakresy tematyczne, do których odnoszą się zapisy programu. Należy jednak wskazać, że żadne z zaproponowanych działań nie opisuje konkretnych interwencji, które będą realizowane w ramach programu. Brakuje odniesienia do charakteru i rodzaju prowadzonych działań, sposobu ich realizacji oraz koordynacji;
- Projekt nie zawiera opisu monitorowania i ewaluacji;
- Projekt nie zawiera oszacowań kosztów związanych z jego realizacją.

Przedmiot opinii



Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący promocji zdrowia wśród mieszkańców gminy Piecki. W projekcie nie przedstawiono budżetu jaki planuje się przeznaczyć na realizację programu. Okres realizacji programu to lata 2016-2020.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

W projekcie programu nie sprecyzowano jakie problemy zdrowotne zostaną ujęte w ramach programu. Opisy poszczególnych problemów zdrowotnych zostały przedstawione bardzo pobieżnie. Nie określono poszczególnych jednostek chorobowych jakich dotyczą elementy programu.

W projekcie brakuje także odniesienia do lokalnych danych epidemiologicznych odnoszących się do poszczególnych zagadnień zawartych w problemie zdrowotnym. Zawarto jedynie informacje, że „ocena stanu zdrowia ludności zamieszkałej na terenie gminy Piecki za 2015 r. wskazuje, iż od lat zdecydowanie największym zagrożeniem życia dla mieszkańców gminy, podobnie jak dla mieszkańców całego kraju, są choroby układu krążenia (główna przyczyna chorobowości i zachorowalności oraz zgonów), jak również nowotwory, choroby odkleszczowe oraz przede wszystkim schorzenia spowodowane niewłaściwą dietą i brakiem aktywności fizycznej zarówno wśród dzieci i młodzieży jak i osób dorosłych (wady postawy, schorzenia kręgosłupa, otyłość, cukrzyca, alergie”.

Nie zamieszczono jednak żadnych informacji dotyczących przeprowadzonej oceny stanu zdrowia mieszkańców Gminy Piecki. Nie jest chociażby jasne w jakim wieku była populacja mieszkańców w poszczególnych problemami zdrowotnymi, których mogła dotyczyć powyższa ocena.

Cele i efekty programu

W projekcie nie określono celu głównego. Wskazano jedynie 9 celów szczegółowych. Należy przy tym zauważyć, że żaden z nich nie spełnia reguły SMART, wg której cel powinien być .in.. szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy. Dodatkowo należy stwierdzić, że cele określone w projekcie programu stanowią działania chociażby w przypadku celu określonego jako „poprawa sposobu żywienia ludności” czy też „rehabilitacja medyc-na - schorzenia narządu ruchu związane z dolegliwościami ze strony kręgosłupa oraz walka z otyłością”. Natomiast cel dotyczący „wczesnej diagnostyki chorób Alzheimera i Parkinsona” nie ma odniesienia do pozostałych części projektu.

Nie określono mierników efektywności odpowiadającym celom programu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu mają stanowić mieszkańcy gminy Piecki. Nie określono wielkości populacji oraz wieku osób włączanych do programu co uniemożliwia szczegółowe odniesienie założeń projektu do zaleceń/wytucznych.

Poza tym nie określono również rodzaju interwencji wykorzystywanych w poszczególnych grupach populacji gminy Piecki. Brakuje kryteriów kwalifikacji do programu oraz sposobu zapraszania uczestników do programu.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie działań z wielu zakresów tematycznych. Na podstawie przedstawionych informacji określono 4 zakresy interwencji dotyczące:

1. zdrowego odżywiania/profilaktyki otyłości,
2. profilaktyki cukrzycy u dzieci,
3. wad postawy u dzieci oraz

4. edukacji rodziców w kwestii autyzmu u dzieci.

Ad.1

W odniesieniu do interwencji prowadzonych w celu edukowania mieszkańców gminy Piecki na temat zdrowego odżywiania i profilaktyki otyłości w projekcie nie określono żadnych szczegółów w jaki sposób będzie ona prowadzona, co uniemożliwia weryfikację poprawności założeń.

Można jedynie stwierdzić, że zgodnie z wytycznymi European Association for the Study of Obesity 2015 konieczne jest tworzenie dla pacjentów możliwości korzystania z wielodyscyplinarnych zespołów ekspertów m.in. dietetyków, psychologów. Dodatkowo stwierdza się, że najbardziej skuteczne są interwencje obejmujące aktywność fizyczną, zmianę nawyków żywieniowych i interwencje behawioralne/wparcie psychologiczne. Powinny one obejmować kilka sesji trwających od kilku tygodni do kilku miesięcy.

Ad.2.

Kolejne działania mają odnosić się do prowadzenia badań przesiewowych na określenie poziomu cukru u dzieci z nadwagą i/lub stwierdzoną cukrzycą u rodziców. W projekcie nie wskazano w jaki sposób prowadzone będą badania przesiewowe, brakuje kryteriów kwalifikacji do badań. Należy wskazać, że konieczne jest uzupełnienie opisu planowanych badań przesiewowych.

Należy wskazać, że badania przesiewowe w kierunku cukrzycy znajdują swoje odzwierciedlenie w wytycznych, jednak aby były poprawnie zaplanowane, należy wziąć pod uwagę skierowanie działań do odpowiedniej populacji (biorąc pod uwagę czynniki ryzyka). Ponadto należy wskazać, że badania oznaczenia glukozy we krwi stanowią świadczenia gwarantowane, zatem konieczne jest zaplanowanie działań, które nie będą powielać świadczeń już finansowanych.

Ad. 3

W projekcie zaplanowano zajęcia gimnastyki korygującej wady postawy u dzieci przedszkolnych i szkolnych. Konieczne jest wskazanie dokładnego charakteru zajęć (rodzaju zajęć i wykorzystywanych metod korekcyjnych) czasu i miejsca ich trwania, oraz czy będą to zajęcia zindywidualizowane do potrzeb każdego dziecka.

Warto podkreślić, że działania dotyczące prowadzenia zajęć gimnastyki korekcyjnej są zalecane przez wytyczne/rekomendacje.

Ad. 4

Ostatnie działanie dotyczy prowadzenia prelekcji dla rodziców dzieci przedszkolnych oraz klas I-II na temat wczesnego wykrywania spektrum autyzmu u dzieci, i ewentualnej rehabilitacji. Również to działanie nie zostało przedstawione szczegółowo i nieznanym jest zakres tematyczny, czas i miejsce prowadzenia tego działania oraz osób za nie odpowiedzialnej.

Na podstawie odnalezionych wytycznych stwierdza się, że terapeuci zajęciowi powinni przekazywać rodzinom informacje i zalecenia w celu zwiększenia uczestnictwa ich dziecka w różnych środowiskach. W ramach wytycznych zasugerowano by terapeuci zajęciowi przekazywali rodzinom informacje i zalecenia w celu zwiększenia uczestnictwa ich dziecka w różnych środowiskach. Wydaje się zatem, że interwencja dotycząca prelekcji prowadzonych wśród rodziców jest zgodna z rekomendacjami.

Pozostałe działania zaplanowane przez wnioskodawcę m.in. kontynuacja programów wszechstronnej edukacji zdrowotnej w przedszkolach i szkołach czy też integracja uczniów niepełnosprawnych w środowisku szkolnym nie są możliwe do zweryfikowania z uwagi na brak szczegółowych odniesień do poszczególnych interwencji. Należy doprecyzować, co zostanie zawarte w ramach edukacji, jakie badania diagnostyczne przewiduje się wykorzystać czy też na czym szczegółowo ma polegać chociażby profilaktyka wad rozwojowych. Sugeruje się doprecyzowanie poszczególnych interwencji wraz z dopasowaniem ich do odpowiednich populacji gminy Piecki. Niejasnym również wydaje się punkt dotyczący „organizowania spotkań ze specjalistami i udzielanie wskazówek na temat pielęgnacji ciała, makijażu” czy też „żywiania miejsc sprzyjających aktywności ruchowej”.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie nie opisano prawidłowo sposobu monitorowania i ewaluacji programu, nie wskazano planowanych do wykorzystania wskaźników oraz rodzaju danych, które będą gromadzone.

Monitorowanie powinno odnosić się do czasu w jakim realizowany jest program i jest procesem zbierania danych o realizacji i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępów. Proces ten uzasadnia modyfikacje, które wspierają realizację celów programu. Monitorowanie programu powinno zostać oparte o wskaźniki m.in. liczba osób uczestniczących w akcjach edukacyjnych, liczba przeprowadzonych badań.

Monitorowanie realizacji programu powinno się odbywać na każdym jego etapie. Zasadnym jest powołanie do ww. funkcji osoby kompetentnej i tworzącej rzetelne sprawozdania. Można również zastosować: karty uczestnictwa w programie (lub listy obecności), ankiety dot. ewentualnej poprawy jakości programu (dzięki którym możliwa będzie bieżąca poprawa uchybień, niedociągnięć w jego realizacji), sprawozdania pracownicze (w przypadku personelu zatrudnionego do realizacji programu), raporty finansowe etc.

W odniesieniu do ewaluacji, należy pamiętać, że ewaluacja jest procesem długoterminowym i powinna trwać np. kilka lat po zakończeniu programu. Wskaźniki zastosowane w ewaluacji mogłyby obejmować np. częstość występowania poszczególnych schorzeń (np. podwyższonego poziomu glukozy we krwi u dzieci, wskaźnika BMI określającego otyłość/nadwagę) czy też odsetek populacji, które poddały się profilaktycznym badaniom przesiewowym. Warto podkreślić, że ważna jest także funkcja monitorowania przeprowadzanych działań w programie.

Warunki realizacji

W projekcie nie przedstawiono części składowych programu. Nie zaplanowano akcji informacyjnej, nie wiadomo zatem w jaki sposób zaplanowano powiadomienie o programie ewentualnych uczestników. W projekcie przedstawiono pobieżne informacje dotyczące kompetencji/warunków niezbędnych do realizacji programu. Zostali wymienieni jedynie realizatorzy. Nie określono w ramach jakiego trybu zostaną wyłonieni realizatorzy programu a także wymagań kadrowych, sprzętowych oraz lokalowych dotyczących realizatora programu (choćby miejsc oraz godzin przyjęć uczestników programu).

Brakuje informacji na temat kwalifikowania poszczególnych uczestników. Z uwagi na rozległy charakter programu warto byłoby wskazać precyzyjne kryteria włączenia do poszczególnych grup uczestników. Nie przedstawiono również informacji dotyczących zakończenia programu i ewentualnego kontynuowania świadczeń.

W projekcie nie przedstawiono budżetu jaki planuje się przeznaczyć na realizację programu. Konieczne jest uzupełnienie tego elementu, z uwzględnieniem kosztów poszczególnych składowych programu.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Otyłość

Według definicji WHO nadwaga i otyłość są definiowane jako nieprawidłowa lub nadmierna akumulacja tłuszczu, która stanowi zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Jest to przewlekła choroba metaboliczna wynikająca z zaburzeń homeostazy energii. Jest jedną z głównych przyczyn chorobowości i umieralności w krajach o średnim i wysokim rozwoju cywilizacyjnym. Otyłość jest jedną z najważniejszych przewlekłych chorób niezakaźnych, która przybrała charakter epidemii.

Cukrzyca

Obecnie na świecie obserwuje się niekorzystną tendencję wzrostu zachorowań na cukrzycę typu 2, spowodowaną głównie prowadzeniem niezdrowego trybu życia - nieodpowiednie odżywianie powodujące nadwagę i otyłość oraz sprzyjająca im mała aktywność fizyczna. Na podstawie najnowszych danych epidemiologicznych (raport WHO z 2016 r. „Global Report on Diabetes” i

badanie NCD-RisC z 2016 r.), od 1980 do 2014 roku rozpowszechnienie cukrzycy wśród osób dorosłych na świecie wzrosło z 4,3% do 9,0% w przypadku mężczyzn i z 5,0% do 7,9% w przypadku kobiet. Liczba dorosłych z cukrzycą wzrosła z 108 mln w 1980 roku do 422 mln w 2014 roku. Według profilu cukrzycowego stworzonego przez Światową Organizację Zdrowia dla Polski w 2016 roku, cukrzyca odpowiada za 2% wszystkich zgonów w Polsce. Współczynnik zapadalności na cukrzycę cały czas rośnie zarówno u mężczyzn jak i u kobiet. W Polsce w 2014 roku wyniósł on około 9% dla mężczyzn i około 7,5% dla kobiet. Od 1980 roku w grupie mężczyzn współczynnik zapadalności na cukrzycę niemal się podwoił.

Wady postawy

W krajach o wysokim stopniu rozwoju cywilizacyjnego wady postawy występują powszechnie, a chorobę przeciążeniową kręgosłupa (ok. 80-90% populacji osób dorosłych) można uznać za chorobę cywilizacyjną. Fizyczna postawa człowieka jest nawykiem ruchowym kształtującym się na określonym podłożu morfologicznym i funkcjonalnym oraz związanym z codzienną działalnością danej osoby. Stanowi wskaźnik mechanicznej wydolności zmysłu kinetycznego, równowagi mięśniowej oraz koordynacji nerwowo-mięśniowej. Do najczęstszych wad postawy należą: plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy wklęsło-okrągłe, plecy płaskie, boczne skrzywienia kręgosłupa – skoliozy, wady klatki piersiowej oraz wady kończyn dolnych.

Autyzm

Autyzm jest całościowym zaburzeniem rozwoju dziecka, znanego również pod nazwą „autyzm klasyczny” lub „autyzm wczesnodziecięcy” (z uwagi na jego występowanie we wczesnym dzieciństwie), którego objawy nieprawidłowego funkcjonowania obserwuje się we wszystkich obszarach rozwoju. Pierwsze symptomy autyzmu mogą pojawić się bardzo wcześnie, nawet u kilkunastomiesięcznych niemowląt, ale najczęściej są widoczne przed ukończeniem przez dziecko 3 roku życia. Autyzm można zdiagnozować już u bardzo małych dzieci, ale często diagnozuje się go również u nastolatków, a nawet u osób dorosłych

Alternatywne świadczenia

W ramach świadczeń gwarantowanych dostępnych jest szereg świadczeń z zakresu zarówno badań przesiewowych w kierunku cukrzycy (m.in. oznaczenie poziomu glukozy), wykrywania wad postawy. Ponadto dostępne są porady specjalistów m.in. w zakresie poradnictwa psychologicznego, dietetyczne, diabetologicznego i rehabilitacyjnego.

Ze względu na brak określenia w projekcie konkretnych interwencji, utrudnione jest wskazanie możliwych dla nich technologii opcjonalnych, finansowanych obecnie ze środków publicznych.

Ocena technologii medycznej

Poniżej przedstawiono podsumowanie wytycznych klinicznych odnoszących się do profilaktyki otyłości, cukrzycy, wad postawy i autyzmu: European Association for the Study of Obesity (EASO 2015), Obesity Committee within The Danish Paediatric Society (OC/DPS 2015), Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD 2016), German Diabetes Association (GDA 2014), American Diabetes Association (ADA 2015), U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), UK National Screening Committee (UK NSC 2016), Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Research Society (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatrics (AAP), American Occupational Therapy Association (AOTA 2009), National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2016)

Otyłość/właściwe odżywianie

Osoby otyłe powinny mieć zapewnioną długookresową opiekę prowadzoną przez wykwalifikowany multidyscyplinarny zespół w skład którego wchodzić będzie: dietetyk, specjalista aktywności fizycznej, specjalista promocji zdrowia (np. psycholog sportowy), psycholog kliniczny, psychiatra, pediatra, pielęgniarka pediatryczna. Najbardziej skuteczne są multikomponentowe interwencje obejmujące aktywność fizyczną, zmianę nawyków żywieniowych i interwencje behawioralne/wparcie psychologiczne. Powinny one obejmować kilka sesji trwających od kilku tygodni do kilku miesięcy.

Należy informować osoby z nadwagą i otyłością, że nawet niewielka zmiana w diecie, aktywności fizycznej może przynieść wymierne korzyści zdrowotnej (np. zredukować ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2, nadciśnienia, udaru). Skuteczne leczenie nadwagi i otyłości jest ściśle zależne od zaangażowania całej rodziny pacjenta. Rodzina jako całość powinna wspierać inicjatywy i brać udział w leczeniu, w tym czynnie uczestniczyć w zmianach nawyków żywieniowych i zmianie diety. Istotnym jest opracowanie indywidualnego planu dietetycznego dla każdego pacjenta. Główną zasadą leczenia jest redukcja przyjmowanych kalorii (niekoniecznie mniejszych porcji posiłków, ale zawierających więcej błonnika i „zielonych” produktów) wraz ze wzrostem aktywności fizycznej.

Cukrzyca

U otyłych osób mogą się rozwinąć zaburzenia gospodarki węglowodanowej lub cukrzyca typu 2. U dzieci powyżej 10. roku życia (lub wcześniej, gdy okres dojrzewania już się rozpoczął), cechujących się BMI powyżej 95. centyla, zaleca się wykonywanie testu OGTT co 2 lata (badanie z oznaczeniem stężenia insuliny). U dzieci > 10. roku życia należy co rok wykonywać OGTT z oznaczeniem glikemii na czczo, po 30, 60, 90 i 120 minutach.

U dzieci i osób młodych, w pierwszej kolejności należy brać pod uwagę cukrzycę 1 typu, chyba, że obecne są silne przesłanki dla cukrzycy 2 typu, takie jak: historia rodzinna cukrzycy 2 typu, otyłość, są czarnoskóre lub są Azjatami, nie mają zapotrzebowania na insulinę lub jest mniejsza niż 0,5 jednostek/kg/waga ciała/dzień, po częściowej fazie remisji, obecne są przesłanki wskazujące na insulinooporność (np. rogowacenie ciemne).

Powszechne badania przesiewowe w kierunku cukrzycy 1 typu nie powinny być prowadzone wśród dzieci i młodzieży w populacji ogólnej ani w grupach wysokiego ryzyka. Ryzyko rozwoju cukrzycy jest 3 razy wyższe u dziecka, u którego ojciec ma cukrzycę, niż u dziecka, którego matka ma cukrzycę. Podczas gdy przeciwciała i inne markery umożliwiają ocenę ryzyka, że u danej osoby rozwinię się cukrzyca, tak nie ma efektywnych strategii, które mogłyby zapobiec wystąpieniu cukrzycy.

W celu wczesnego rozpoznania cukrzycy 2 typu, doustny test tolerancji glukozy powinien być wykonany wszystkim dzieciom z nadwagą (BMI>90 centyl) w wieku 10 lat lub starszym, które mają przynajmniej 2 z poniższych czynników ryzyka: osoby o bliskim pokrewieństwie mają cukrzycę 2 typu, przynależność do grupy etnicznej o zwiększonym ryzyku cukrzycy (Azjaci, Afroamerykanie, Latynosi), skrajna otyłość (BMI>99,5 centyl), oznaki insulinooporności (nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, podwyższone transaminazy, zespół policystycznych jajników, rogowacenie ciemne).

Skrining w kierunku cukrzycy 2 typu i stanu przedcukrzycowego rekomendowany jest dzieciom (w wieku 18 lat i młodszym) z nadwagą (BMI>85 centyl) i mającym przynajmniej 2 z poniższych czynników ryzyka: historia cukrzycy 2 typu w rodzinie (w 1 lub 2 linii pokrewieństwa), rdzenny Amerykanin lub Afroamerykanin lub Latynos lub Azjata lub mieszkaniec wysp Pacyfiku, oznaki insulinooporności lub czynniki wskazujące na insulinooporność (rogowacenie ciemne, nadciśnieniem dyslipidemia, zespół policystycznych jajników, niska masa urodzeniowa), cukrzyca u matki w trakcie ciąży.

Skrining powinno się rozpoczynać w wieku 10 lat lub w okresie dojrzewania; skring co 3 lata przy użyciu badania HbA1c. Dzieciom z cukrzycą lub stanem przedcukrzycowym zaleca się aktywność fizyczną obejmującą co najmniej 60 min aktywności/dzień.

Wady postawy

Zgodnie z wytycznymi USPSTF (stanowisko wydane w roku 2004, podtrzymane w latach 2009 oraz 2014) skryning w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wśród młodzieży bez objawów choroby nie jest rekomendowany. USPSTF nie znalazło dobrych dowodów popierających tezę, że skryning młodzieży bez objawów choroby wykrywa skoliozę idiopatyczną na wcześniejszym stadium niż metody wykrywania choroby nieuwzględniające prowadzenia skryningu. Precyzja najbardziej popularnego testu (testu Adamsa z użyciem lub bez użycia skoliometru) służącego wykryciu młodzieży ze skoliozą idiopatyczną, charakteryzuje się natomiast zmiennością, istnieją też dowody mówiące o niedostatecznej obserwacji młodzieży ze skoliozą idiopatyczną wykrytej przez populacyjne programy przesiewowe.

USPSTF znalazło dowody mówiące, że terapia skoliozy idiopatycznej podczas lat młodzieńczych prowadzi do korzyści zdrowotnych (zmniejszenie bólu, dysfunkcji) jedynie w przypadku małego odsetka osób. Większość przypadków wykrytych poprzez przeprowadzone testy przesiewowe nie rozwiną się do klinicznie istotnej formy skoliozy. Przypadki skoliozy wymagające agresywnej terapii, takiej jak operacja, prawdopodobnie zostaną wykryte bez konieczności przeprowadzenia skryningu.

Rekomendacje negatywne odnośnie prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wydało również UK National Screening Committee. Głównymi powodami prezentowanego przez UK NSC stanowiska jest brak wspólnego konsensusu odnośnie zgody lekarzy na zasadność dalszej terapii po przeprowadzeniu testu Adamsa (w wyniku powyższego część dzieci zostanie skierowana na dalsze badania, w momencie gdy nie wpłyną one na poprawę ich funkcjonowania, część natomiast nie zostanie skierowana na dalsze testy oraz terapię, która mogłaby okazać się dla nich korzystna). Kolejnym badaniem diagnostycznym w kierunku wykrycia skolioz jest badanie z wykorzystaniem promieniowania X, ekspozycja na wskazane promieniowanie może być natomiast szkodliwa. Niejasne jest również czy leczenie osób wykrytych podczas prowadzenia badań przesiewowych jest lepsze od oczekiwania na rozwinięcie symptomów.

Stanowisko przeciwne do rekomendacji przedstawionych powyżej prezentują AAOS, SRS, POSNA i AAP. Choć zgadzają się, że poparcie dla badań przesiewowych ma w omawianym przypadku ograniczenia, w swoim stanowisku twierdzą, że potencjalne korzyści dla pacjentów ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią ich deformacji, mogą być znaczące. Wytyczne te w swoim wspólnym stanowisku dochodzą do konkluzji, że jeżeli skryning w kierunku wykrycia skoliozy jest przeprowadzany, dziewczęta powinny być poddane badaniom dwukrotnie – w wieku 10 i 12 lat, natomiast chłopcy jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat. Powyżej sformułowane zalecenie poparte jest faktem, iż dziewczęta osiągają dojrzałość płciową ok. 2 lat wcześniej niż chłopcy oraz 3-4 razy częściej cierpią na skoliozę wymagającą leczenia. Rekomendacje podkreślają, że aby program profilaktyczny był skuteczny, musi być prowadzony przez dobrze wyszkolony personel, który odpowiednio przeprowadzi test Adamsa oraz wykona pomiary skoliometrem, co umożliwi poprawne zidentyfikowanie osób z młodzieńczą skoliozą idiopatyczną.

Autyzm

Biorąc pod uwagę profil dzieci z autyzmem, terapia zajęciowa powinna skupiać się na ułatwianiu aktywnego angażowania dziecka. Aktywne zaangażowanie powinno obejmować odpowiednią uwagę i pobudzenie, podtrzymany kontakt wzrokowy, wspólne zwrócenie uwagi na czynność oraz drugą osobę, odpowiedni wpływ, komunikację potrzeb, zamianę ról, gestykulację jako część interakcji oraz inicjację zaangażowania społecznego.

Terapeuci zajęciowi powinni przekazywać rodzinom informacje i zalecenia w celu zwiększenia uczestnictwa ich dziecka w różnych środowiskach. Rodzice powinni być zachęceni do informowania pracownika służby zdrowia, jeśli podejrzewają, opóźnienia lub nieprawidłowości w rozwoju ich dziecka lub jego zachowaniu. Powinno się zapewnić rodzicom/opiekunom udzielenie ustnych i pisemnych informacji dotyczących ich praw do krótkich przerw i opieki zastępczej oraz do formalnej oceny ich własnych fizycznych i psychicznych potrzeb i sposobu dostępu do nich.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.246.2016 „Gminny program ochrony zdrowia, promocji i profilaktyki „Zdrowie - dobrem życia” na lata 2016-2020” realizowany przez: Gminę Piecki”, Aneksów do raportów szczegółowych: „Diagnostyka i terapia chorób ze spektrum zaburzeń autystycznych (ASD) - wspólne podstawy oceny”, kwiecień 2015, „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny”, kwiecień 2016, „Programy z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy – wspólne podstawy oceny”, kwiecień 2016, „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, styczeń 2017,

oraz Opinii Rady przejrzystości nr 9/2017 z dnia 16 stycznia 2017 o projekcie programu polityki zdrowotnej „Gminny program ochrony zdrowia, promocji i profilaktyki ”Zdrowie - dobrem życia” na lata 2016-2020”