



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 88/2012 z dnia 28 maja 2012 r.
o projekcie programu zdrowotnego „Prosto do Europy”,
realizowanego przez powiat Kłodzki

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję negatywną opinię o projekcie programu zdrowotnego „Prosto do Europy” realizowanego przez powiat Kłodzki.

Uzasadnienie

W programie nie określono sposobu indywidualnego doboru ćwiczeń korygujących, brakuje informacji o kosztach jednostkowych programu, nie opisano właściwie mierników efektywności, ani też nie wskazano elementów programu, które będą monitorowane, ani samego sposobu monitorowania.

Przedmiot opinii

Projekt programu zdrowotnego „Prosto do Europy”, który ma na celu wczesne rozpoznawanie wad postawy u dzieci i młodzieży, zahamowanie procesu powstawania i utrwalania się tych wad oraz zwiększanie świadomości zdrowotnej poprzez realizację odpowiednio badań lekarskich, ćwiczeń korekcyjnych oraz działań edukacyjnych, nadesłany przez Starostę powiatu kłodzkiego.

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).



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 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 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 powielające 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 powiatu Kłodzkiego

Realizacja programu zdrowotnego gminy Kłodzko „Prosto do Europy” ma na celu wczesne rozpoznawanie wad postawy u dzieci i młodzieży, zahamowanie procesu powstawania i utrwalania się tych wad oraz zwiększenie świadomości zdrowotnej.

Planowane w ramach programu interwencje to badanie lekarskie, ćwiczenia korekcyjne oraz zajęcia edukacyjne kierowane do dzieci oraz ich rodziców (lub prawnych opiekunów), a także nauczycieli zajmujących się korekcją wad postawy. Ćwiczenia korekcyjne stanowią uzupełnienie świadczeń gwarantowanych i są zalecane w ramach programów zdrowotnych realizowanych przez jednostki samorządów terytorialnych. Informacje dotyczące realizacji ćwiczeń korekcyjnych są w programie bardzo zdawkowe, brakuje danych odnośnie liczby grup oraz ich liczebności (w przypadku zajęć grupowych) oraz czasu trwania zajęć. Istotnym elementem uzupełniającym świadczenia gwarantowane są również działania edukacyjne. Sposób ich przeprowadzania nie został prawidłowo opisany.

Część programu dotycząca badań szkolnych oraz realizowanych przez lekarza POZ może pokrywać się z zakresem badań przesiewowych, które są świadczeniem gwarantowanym i kierowane są do dzieci w wieku lat 6 lub 7 oraz lat 10, 12, 13 i 16. Beneficjentami programu

mają być dzieci w wieku od 4 do 19/20 lat. Istnieje pewna nieścisłość w opisie populacji docelowej. Według informacji zawartej w opisie celów głównych, rozpoznawanie wad postawy ma obejmować dzieci w wieku od 0 do 18 lat. Natomiast program kierowany jest do dzieci uczęszczających do przedszkoli, uczniów klas podstawowych, gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych, czyli osób w wieku od 4 do 19/20 lat. Liczbę miejsc w programie oszacowano łącznie na 3236.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa warunki wyboru realizatora programu zdrowotnego (art. 48). Wybór realizatora powinien dokonywać się w drodze konkursu ofert. W opisie programu nie zostało wyjaśnione czy „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku, który będzie realizował program, został wybrany na drodze konkursu ofert.

Mierniki efektywności programu nie zostały właściwie opisane, dokumentacja prowadzona przez lekarza POZ i fizjoterapeutę i monitoring prowadzony przez pielęgniarki medycyna szkolnej nie są wskaźnikami efektywności. Podpunkt powinien zostać dokładnie opisany, w tym wypadku istotne byłyby informacje o tym co będzie zawierała dokumentacja z przeprowadzonych działań.

Koszt całkowity realizacji programu wyniesie 16 462,00 zł i zostanie pokryty z budżetu „Zespołu Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku oraz budżetu Starostwa Powiatowego w Kłodzku. Kosztorys powinien uwzględniać koszt jednostkowy realizacji ćwiczeń korekcyjnych, z uwzględnieniem podziału na zajęcia grupowe i indywidualne. Według informacji zawartej w opisie programu, łączna liczba zaplanowanych godzin to 1300, koszt jednej godziny wynosiłby w przybliżeniu 10 zł. Ponieważ opis programu nie zawiera informacji odnośnie liczby grup i liczby zajęć indywidualnych oraz częstości przeprowadzania zajęć korekcyjnych, nie jest możliwa prawidłowa ocena zaproponowanego kosztorysu. Ponadto, brakuje informacji o kosztach związanych z realizacją działań edukacyjnych (możliwe, że zostały zawarte w kosztach utrzymania poradni).

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 „Prosto do Europy” realizowanym przez powiat Kłodzki, nr: AOTM-OT-441-48/2012, Warszawa, maj 2012 i aneksu „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, maj 2012.