



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 129/2013 z dnia 13 maja 2013 r.
o projekcie programu „Program wczesnego wykrywania,
profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci i młodzieży w wieku
szkolnym na terenie gminy Oleśnica”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję negatywną opinię o projekcie programu „Program wczesnego wykrywania, profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym na terenie gminy Oleśnica”.

Uzasadnienie

Autorzy programu nie przedstawili wskaźników epidemiologicznych i nie podjęli próby oszacowania potencjalnej liczby beneficjentów programu oraz oczekiwanych efektów planowanych działań. Nie wiadomo jakim konkretnym interwencjom zostaną podani uczestnicy programu, który częściowo powiela świadczenia gwarantowane ze środków publicznych. W programie przedstawiono wprawdzie koszty całkowite, ale brak jest w nim informacji o kosztach jednostkowych i szczegółowym kosztorysie programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny z zakresu profilaktyki drugorzędowej, mający na celu skuteczną identyfikację dzieci i młodzieży zagrożonych wadami postawy, wdrożenie indywidualnych programów terapeutycznych dla dzieci i młodzieży, u których stwierdzono wadę postawy oraz edukację w zakresie profilaktyki wad postawy: spotkania z rodzicami i szkolenia dla nauczycieli prowadzących gimnastykę korekcyjną. Na realizację programu przeznaczono środki finansowe z budżetu gminy Oleśnica, w wysokości 40 000 zł (rok 2013).

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 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.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego

Wady postawy

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.

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 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 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 programu gminy Oleśnica

Projekt programu zawiera elementy schemat programu zdrowotnego zaproponowanego przez AOTM, jednak nie uwzględniono w nim między innymi: wskaźników epidemiologicznych, sytuacji demograficznej gminy, oczekiwanych efektów, skuteczności i bezpieczeństwa planowanych działań.

Autorzy programu nie podjęli próby oszacowania potencjalnej liczby beneficjentów programu.

Autorzy informują, że badania oraz rehabilitacja będą prowadzone zgodnie z procedurami medycznymi. Na podstawie analizy projektu nie wiadomo, jakim konkretnym interwencjom zostaną podani beneficjenci programu.

Projekt zakłada edukację zdrowotną rodziców/opiekunów.

W projekcie nie sprecyzowano, kim jest wysoko wyspecjalizowany pracownik medyczny, który miałby prowadzić konsultacje lekarskie.

Programem objęte są dzieci w wieku między 7-13 lat i młodzież między 14-16 rokiem życia. Program w części powiela świadczenia gwarantowane ze środków publicznych. Świadczeniami gwarantowanymi w zakresie wykrywania wad postawy objęte są dzieci w wieku 6-7 lat (I kasa szkoły podstawowej) oraz 10, 12, 13 i 16 lat.

Przedmiotowy program uzupełnia działania dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych, ale tylko w odniesieniu do badań przesiewowych. Z projektu nie wynika, aby umożliwiał dalszą diagnostykę.

Interwencje dotyczące badania wad postawy są zgodne z rekomendacji i wytycznymi.

Z informacji zawartych w projekcie programu zdrowotnego wynika, iż w szkołach prowadzone są zajęcia edukacyjne i korekcyjne w zakresie prawidłowej postawy. Nie jest jasne, jakie będzie dalsze postępowanie z osobami, u których wykryto jakiegokolwiek zaburzenia.

Autorzy programu przedstawili koszty całkowite wynoszące 40 000 zł na rok 2013. Koszty jednostkowe zostaną określone w wyniku rozstrzygnięcia konkursu. Projekt ma zostać sfinansowany w całości z budżetu gminy. Brak jest szczegółowego kosztorysu programu.

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 o programie: „Program wczesnego wykrywania, profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym na terenie gminy Oleśnica” realizowanym przez gminę Oleśnica, nr: AOTM-OT-441-34/2013, Warszawa kwiecień 2013 oraz aneksu: „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny” Warszawa, maj 2012.

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

1. Nie dotyczy.