



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 36/2015 z dnia 18 lutego 2015 r.
o projekcie programu „Przesiewowe badania wad postawy u dzieci
na lata 2015-2020” gminy Pszczyna

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Przesiewowe badania wad postawy u dzieci na lata 2015-2020” gminy Pszczyna.

Uzasadnienie

Projekt dotyczy istotnego z punktu widzenia zdrowia publicznego problemu zdrowotnego wśród dzieci i młodzieży szkolnej. Wpisuje się więc w priorytet zdrowotny – zapobiegania najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym oraz zmniejszania przedwczesnej zachorowalności, ograniczania negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego – należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 09 2009r. (Dz.U.2009 Nr137, poz. 1126).

Projekt zawiera jednak wiele braków merytorycznych i formalnych. Nie uwzględniono budżetu całkowitego i jednostkowego, kryteriów dostępności nie określono jednostek odpowiedzialnych za przeprowadzenie działań edukacyjnych. Brakuje także opisu oczekiwanych efektów oraz sposobu oceny osiągnięcia efektów, jak i oceny samej jakości świadczeń.

Same zaplanowane przez wnioskodawcę działania znajdują się już w wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarki, higienistki szkolne oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Program wymaga zagwarantowania niepowielania świadczeń finansowanych przez NFZ.

Przedmiot opinii

Przedmiotem niniejszej opinii jest projekt programu zdrowotnego, którego celem jest przeprowadzenie badań przesiewowych w celu wykrycia wad postawy u dzieci w wieku szkolnym oraz przygotowania do działań w zakresie, rozpoznanie wady i określenie jej topografii, podjęcie adekwatnych ćwiczeń korekcyjnych, właściwe ukierunkowanie sportowe, wzrost świadomości zdrowotnej i higieny życia. Projekt ma być realizowany w latach 2015-2020.



Ocena projektu programu polityki zdrowotnej gminy Pszczyna

Znaczenie problemu zdrowotnego

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

Przedmiotowy projekt stanowi element, poza pozostałymi czterema, Gminnego Programu Profilaktyki Zdrowia na lata 2015-2020. Należy podkreślić, że w słownikowym znaczeniu słowo „profilaktyka” oznacza „działania mające na celu zapobieganie niekorzystnym zjawiskom, zwłaszcza chorobom” [Słownik języka polskiego PWN], w związku z tym użycie w tytule zwrotu „profilaktyki zdrowia” jest całkowicie błędne.

Opis problemu zdrowotnego nie został ujęty, jednak przedstawiono podstawowe dane z zakresu epidemiologii wad postawy w populacji dzieci na podstawie realizacji projektu w latach 2010-2014.

Populacja docelowa

Populacja docelowa została określona – I klasa szkoły podstawowej i II klasy podstawowej, gdy nie zostały objęte badaniem rok wcześniej) – jednak bez oszacowania liczby potencjalnych beneficjentów. Zgodnie z danymi GUS na terenie gminy zamieszkuje ok. 637 dzieci w wieku 7 lat i zlokalizowanych jest 19 szkół podstawowych (dane Centrum Informatycznego Edukacji MEN).

Interwencja

Wnioskodawca planuje realizację badań przesiewowych (badania palpacyjne z wykorzystaniem tablic do badań postawy) w zakresie identyfikacji wad postawy uczniów szkół podstawowych przeprowadzanych przez wykwalifikowany personel medyczny, mianowicie lekarzy ortopedów. Interwencja zaproponowana w opisie programu znajduje się w zestawie rutynowych badań wykonywanych w wieku szkolnym. Badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Powinny być one rutynowo wykonywane u dzieci w wieku 6 albo 7 lat, 10 lat, 12 lat, 13 lat i 16 lat. (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej; załącznik 1 i 4). 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.

Projekt w swojej interwencji przewiduje także przeprowadzenie kampanii edukacyjnej wśród rodziców dzieci służącej omówieniu wyników badań oraz działań profilaktycznych.

Jak podkreślają eksperci ważnym elementem programu jest akcja informacyjno-edukacyjna. Niemniej, podjęcie działań edukacyjnych jednoznacznie determinuje określenie dodatkowej grupy docelowej jaką są rodzice, co nie zostało opisane w projekcie. Należy podkreślić, że planowane działania będą odbywały się w miejscu wskazanym przez dyrektora szkoły. Treść przedłożonego projektu nie zawiera informacji precyzujących kryteria dostępności, czyli udzielania porady informacyjno-edukacyjnej, pod względem czasu oraz miejsca. W związku z tym, że obok dzieci w wieku szkolnym grupą docelową są także rodzice, organizatorzy winni przewidzieć ograniczenia z tym związane i zaplanować interwencje edukacyjne, które będą dostępne dla rodziców lub opiekunów dzieci. Wnioskodawca nie zawarł informacji, kto będzie odpowiedzialny za przeprowadzenie działań edukacyjnych. Właściwie zaplanowania kampania umożliwi zrównoważenie dostępności oferowanych świadczeń. W przypadku przedmiotowego projektu, może mieć to kluczowe znaczenie w zakresie interwencji skierowanej do rodziców. Przewidziane jest uzyskanie zgody na przeprowadzenie badania lekarskiego.

Zgodnie z opiniami ekspertów do realizacji programów powinni być włączeni, obok lekarzy poz – rehabilitanci, nauczyciele wychowania fizycznego, lekarze szkolni, lekarze rodzinni, pielęgniarki szkolne, pracownicy przedszkoli, czyli wszyscy, którzy mają do czynienia z dziećmi i młodzieżą. Pojęcie wad postawy powinno obejmować, oprócz skoliozy, także zaburzenia budowy stóp (płaskostopie statyczne), deformacje klatki piersiowej. Należy wykonać ocenę osi kończyn górnych i dolnych, a także chodu i koordynacji ruchowej ciała oraz wydolność fizyczną. Za działania w zakresie diagnostyki mają być odpowiedzialni specjaliści ortopedzi, w przypadku wykrycia nieprawidłowości beneficjent kierowany jest do leczenia w poradni specjalistycznej. Należy podkreślić, że dalsze możliwie wymagane świadczenia dostępne są wyłącznie w ramach świadczeń finansowanych przez płatnika publicznego.

Reasumując komentarz dotyczący interwencji, projekt nie zawiera szczegółowego opisu interwencji odpowiadającej celom.

Cele i efekty

Nie jest możliwe odniesienie się do celów programu bez adekwatnego opisu interwencji oraz W projekcie nie zawarto opisu oczekiwanych efektów programu i wskaźników (mierników) efektywności, przez co nie jest możliwe przeprowadzenie pełnej ewaluacji realizacji programu oraz oceny jego skuteczności.

Monitorowanie i ewaluacja

Aspekty dotyczące monitorowania i ewaluacji zostały wyłącznie ograniczone do przeprowadzenia oceny wyników programu na podstawie raportów z realizacji badań. Nie uwzględniono oceny stopnia zgłaszalności do programu, oceny jakości udzielanych świadczeń, oraz oceny osiągniętych efektów. Wspomniane w projekcie wyniki zawarte w raportach badań, nie stanowią podstawy do monitorowania przebiegu programu, ze względu na brak precyzyjnego określenia mierników. Nie jest wiadomym, co jest zawarte w treści rzeczonych raportów. W związku z powyższym można stwierdzić, że projekt jest pozbawiony opisu monitorowania i ewaluacji.

Ocena jakości świadczeń (np. przy wykorzystaniu anonimowego kwestionariusza) pozwala na uwzględnienie uwag beneficjentów w procesie oceny oraz wprowadzenie modyfikacji do programu, już na etapie jego realizacji.

Warunki realizacji

Projekt prawidłowo przewiduje wybranie realizatora programu w drodze konkursu.

Nie określono kosztów realizacji projektu w latach 2015-2020. Przytoczono wyłącznie dane z realizacji poprzedniej edycji programu w latach 2010-2013. Wówczas koszt całkowity wyniósł: 28.000 zł. Brak informacji szczegółowych: kosztów materiałów, kosztów osobowych i kosztów kampanii informacyjnej.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

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, 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.

Ocena technologii medycznej

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 skolioz, poświęcono tysiące publikacji, brak dobrych metodologicznie badań poświadczających efektywność skriningu. Odnajdzone 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 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 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 rzadko 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.

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-441-244/2014 „Program - przesiewowe badania wad postawy u dzieci na lata 2015-2020” realizowany przez: Miasto Pszczyna, Warszawa, luty 2015 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, maj 2012.