

Opinia

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych

nr 141/2014 z dnia 30 czerwca 2014 r.

o projekcie programu „Program profilaktyczny dotyczący wczesnego wykrywania wad postawy uczniów szkół podstawowych z terenu Gminy Tarnowo Podgórne”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu zdrowotnego „Program profilaktyczny dotyczący wczesnego wykrywania wad postawy uczniów szkół podstawowych z terenu Gminy Tarnowo Podgórne”.

Uzasadnienie

Projekt dotyczy ważnego problemu zdrowotnego, jakim są wady postawy. Celem programu jest skuteczna identyfikacja dzieci zagrożonych wadami postawy, wdrożenie indywidualnych programów terapeutycznych dla dzieci, u których stwierdzono wadę postawy, edukacja w zakresie profilaktyki wad postawy oraz spotkania z rodzicami, szkolenia dla nauczycieli prowadzonych gimnastyką korekcyjną.

Chociaż przedstawiony program dotyczy ważnego problemu zdrowotnego i został w dużej mierze przygotowany zgodnie z zaleceniami AOTM, to jednak z uwagi na brak wystarczającej jasności w określeniu głównych i cząstkowych celów programu, ich wzajemnej relacji oraz sposobów ich realizacji, nie może być w obecnej wersji rekomendowany:

- autorzy programu koncentrują się wyłącznie na badaniu przesiewowym oraz akcji edukacyjnej dla rodziców i nauczycieli. Nie uwzględniają jednak w programie żadnych interwencji dotyczących terapii dzieci z wykrytymi wadami.
- projekt programu przewiduje przeprowadzenie kampanii informacyjnej, jednak nie zawiera jej opisu, ani też nie uwzględnia w budżecie kosztów prowadzenia tej kampanii.
- projekt nie przewiduje przeprowadzenia oceny jakości udzielanych świadczeń ani oceny skuteczności interwencji edukacyjnej.
- proponowane w projekcie działania są w dużej mierze dublowane przez przeznaczone dla dzieci szkolnych świadczenia gwarantowane.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny gminy Tarnowo Podgórne z zakresu wykrywania wad postawy. Celem głównym jest wykrycie i zapobieganie wadom postawy młodzieży, oraz edukacja rodziców i nauczycieli gminnych szkół podstawowych w zakresie profilaktyki wad postawy. Program głównie kierowany jest do dzieci mieszkających na terenie gminy w wieku 7-9 lat (klasy I-III szkoły podstawowej). Program ma być realizowany w latach 2014-2018. Planowane koszty całkowite realizacji programu wynoszą 19.630 zł. Program w całości finansowany jest ze środków budżetu gminy Tarnowo Podgórne.

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 a także 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 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 dodatkiego 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 (Montgomery 1990). 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 badania autorzy sugerują nie wykluczać go, ale 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, koszty badań i dalszej diagnostyki/leczenia, a 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 niepotrzebny – 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.). Dane z badania kosztowej efektywności Montgomery 1990, wykazują, że badania wykonywane narzędziami zwiększającymi wartość predykcijną (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 pielęgniarce lub higienistki szkolnej i lekarzy POZ, są powszechnie zalecane przez ekspertów, mimo braku twardych dowodów ich efektywności. Programy ćwiczeń korekcyjnych 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 gminy Tarnowo Podgórne:

Przedmiotowy projekt zawiera wszystkie elementy programu zdrowotnego określone przez Agencję. Projekt dotyczy ważnego problemu zdrowotnego, jakim są wady postawy. Celem głównym programu jest wykrycie i zapobieganie wadom postawy młodzieży, wdrażanie programów terapeutycznych dla dzieci, oraz edukacja w zakresie profilaktyki wad postawy wśród rodziców oraz pedagogów.

Jednym z celów projektu programu jest wdrożenie indywidualnych programów terapeutycznych dla dzieci ze stwierdzoną wadą, jednak opis interwencji nie precyzuje zasad udziału terapii oraz jej realizacji. Zakres projektu w dziedzinie profilaktyki jest także ograniczony do działań edukacyjnych, jednak wyłącznie skierowanych do osób dorosłych – rodziców dzieci i nauczycieli.

Plan realizacji projektu nie uwzględnia działań terapeutycznych - osoba ze stwierdzoną wadą jest zmuszona do podjęcia leczenia już wyłącznie we własnym zakresie, wykorzystując świadczenia finansowane przez płatnika publicznego. Wiąże się to z ryzykiem oczekiwania na świadczenia i nieosiągnięcia zamierzonego celu terapeutycznego w określonym czasie.

Populacja programu została określona, skupiając się wyłącznie na grupie uczniów, u których mają zostać przeprowadzone badania przesiewowe. Nie oszacowano liczby rodziców oraz pedagogów, którzy mają brać udział w interwencji edukacyjnej. Wstępne oszacowanie liczby osób biorących udział w zajęciach edukacyjnych pozwoli na określenie zapotrzebowania lokalowego, a także pozwoli na sprecyzowanie kosztów poniesionych w realizacji projektu. Nie jest w pełni jasne, które grupy wiekowe uczniów są włączone do badania przesiewowego. Wstępnie autorzy deklarują udział uczniów w klasach I-III, jednak zgodnie z opisem realizacji poszczególnych etapów projektu wymieniono wyłącznie uczniów klas I (etap pierwszy) oraz III (etap drugi). Autorzy winni określić kryterium wieku jako kryterium włączenia, tak aby rozwiać wątpliwości osób zgłaszających się do udziału. Ponadto, kryterium kwalifikacji uwzględnia wyłącznie dzieci uczęszczające do szkoły oraz zamieszkałe na terenie gminy, co ogranicza dostęp dla dzieci nie uczęszczających do szkół zlokalizowanych na terenie gminy. Rachunek oszacowania populacji docelowej powinien zawierać dane pozwalające na określenie jakiej wielkości jest to grupa.

Interwencja została określona, polega na przeprowadzeniu badań przesiewowych oraz przeprowadzeniu zajęć edukacyjnych wśród rodziców dzieci oraz pedagogów. Projekt zawiera opis przeprowadzanego badania przesiewowego, uwzględniono także opis działań edukacyjnych z podziałem na rodziców oraz nauczycieli. W procesie realizacji uwzględniono przeprowadzenie kampanii informacyjnej, jednak jej forma oraz zakres nie zostały zawarte w treści projektu. Oczekuje się, że na etapie projektu określono zasady dostępności pod względem czasu i miejsca, szczególnie na zróżnicowanie grupy odbiorców programu. Działania edukacyjne skierowane do rodziców winny być dostosowane do możliwości czasowych rodziców, stąd też realizatorzy powinni zwrócić na ten fakt szczególną uwagę. Tryb zgłaszania ma charakter spontaniczny, zarówno w przypadku dzieci i rodziców oraz pedagogów.

W przypadku badania przesiewowego autorzy określili osobę odpowiedzialną za przeprowadzenie interwencji, określono także kryteria wyboru dla realizatora projektu. W przypadku działań edukacyjnych nie zawarto kryteriów. Z opisu nie wynika jednoznacznie, kto jest odpowiedzialny za część edukacyjną i jakie są stawiane wymagania dla edukatora przeprowadzającego sesje z rodzicami i pedagogami.

Udział w programie jest dobrowolny. Autorzy przewidują uzyskanie zgody opiekuna/rodzica na udział dziecka w programie. Określono kryteria kwalifikacji dzieci (miejsce zamieszkania), natomiast kryterium wieku nie jest jednoznacznie sprecyzowane. Projekt przewiduje wybór realizatora w drodze konkursu. Sposób zakończenia udziału w programie został określony. Jak opisują autorzy, pełne uczestnictwo w programie polega na przeprowadzeniu badań przesiewowych, kontrolnych, a w razie potrzeby w zajęciach korekcyjnych oraz indywidualnych konsultacjach – dwa ostatnie elementy nie są jednak przedmiotem interwencji.

Przedmiotowy program uzupełnia działania dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych, jednak tylko w odniesieniu do badań przesiewowych. Autorzy programu podają, że osoby z nieprawidłowymi wynikami zostaną poddane terapii, jednak projekt nie zawiera szczegółów tego działania.

- Badania przesiewowe w kierunku wad postawy, mające na celu wczesne wykrywanie tych wad i kierowanie dzieci do leczenia, zanim się one utrwala, 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 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. Zatem populacja docelowa programu jest częściowo objęta badaniami w tym zakresie – 7-9 lat. Autorzy podkreślają, że zakres działań objętych interwencją jest szerszy od zakresu świadczeń udzielanych w badaniach bilansowych.
- Opinie ekspertów dotyczące wykrywania wad postawy uzyskane w drodze oceny innych programów z tego zakresu wykazały, że 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 – co częściowo zostało ujęte w projekcie przedmiotowego projektu programu zdrowotnego.

Oczekiwane efekty nawiązują do obranych celów głównych i szczegółowych programu. Jednak wybrane mierniki nie pozwalają na dokonanie wyczerpującej ewaluacji efektywności programu zdrowotnego. Określone mierniki uwzględniają wyłącznie liczbę dzieci zakwalifikowanych do programu, liczbę dzieci uczestniczących w programie, oraz raporty opracowane przez realizatorów programu wg przygotowanego schematu. Należy podkreślić, że wykonanie raportu nie jest miernikiem efektywności. Wspomniany schemat nie został także uwzględniony w treści przedłożonego projektu. Autorzy przewidują przeprowadzenie analizy porównawczej, jednak nie określono grupy referencyjnej oraz sposobu jej wyboru.

Oczekiwane efekty projektu wskazują na podniesienie poziomu wiedzy rodziców i nauczycieli, a także na wykształcenie u dzieci nawyku dbania o ładną sylwetkę i prawidłową postawę ciała. W tym zakresie projekt nie zawiera opisu mierników pozwalających na zmierzenie poziomu wiedzy oraz pomiar efektu edukacyjnego. Nie zawarto metodyki pozwalającej na przeprowadzenie ewaluacji interwencji edukacyjnej. Aktualny opis interwencji nie przewiduje działań edukacyjnych skierowanych do dzieci, co pozwoliłoby, jak ujęto w projekcie, wykształcenie nawyku dbania o ładną sylwetkę i prawidłową postawę ciała. Takie założenia bezwzględnie wymagają niezależnej oceny, przynajmniej dwuetapowo, co pozwoli na dokonanie ewaluacji efektywności procesu edukacyjnego.

W aktualnej postaci projekt nie przewiduje przeprowadzenia oceny jakości udzielanych świadczeń.

Przedstawiono koszt całkowity projektu programu oraz uwzględniono koszty jednostkowe. Nie jest jasna przyczyna oszacowania kosztów przeprowadzenia edukacji wśród rodziców oraz kampanii informacyjnej w wysokości zero złotych.

Program w całości finansowany ze środków budżetu gminy Tarnowo Podgórne.

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

- I. Program odnosi się do ważnego problemu zdrowotnego.
- II. Dostępność działań Programu dla beneficjentów: projekt programu przewiduje przeprowadzenie kampanii informacyjnej, jednak nie zawiera jej opisu. Planowane działania zakładają objęcie wszystkich dzieci zamieszkujących i uczęszczających do szkół podstawowych na terenie gminy Tarnowo Podgórne.
- III. Program wykorzystuje interwencje o udowodnionej skuteczności i zalecanych wytycznych, jednak skupia się jedynie na badaniu przesiewowym oraz edukacji rodziców i nauczycieli, bez uwzględnienia interwencji w zakresie terapii osób z wykrytymi wadami.
- IV. Przedstawiono wyłącznie koszt całkowity programu w wysokości 19.630,00 zł, nie uwzględniono kosztów jednostkowych. Program w całości finansowany ze środków budżetu gminy Tarnowo Podgórne. Nie jest jasna przyczyna oszacowania kosztów przeprowadzenia edukacji wśród rodziców oraz kampanii informacyjnej w wysokości zero złotych.
- V. Mierniki efektywności dotyczą wyłącznie wskaźników wykrywalności wad postawy, jednak cele dotyczą także zmiany stanu zdrowia oraz zmiany postawy dzieci jak i poprawy stanu wiedzy rodziców oraz nauczycieli, co jest sprzeczne z zakresem planowanej interwencji. W aktualnej postaci projekt nie przewiduje przeprowadzenia oceny jakości udzielanych świadczeń ani oceny skuteczności interwencji edukacyjnej.

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-441-19/2014 „Program profilaktyczny dotyczący wczesnego wykrywania wad postawy uczniów szkół podstawowych z terenu Gminy Tarnowo Podgórne” realizowany przez: Gminę Tarnowo Podgórne, Warszawa, czerwiec 2014 oraz aneksu do raportów szczegółowych „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, Warszawa maj 2012.