

Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 142/2014 z dnia 30 czerwca 2014 r.
o projekcie programu „Program rozpoznawania wad postawy i
rehabilitacji wśród dzieci i młodzieży” gminy Siechnice

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu zdrowotnego „Program rozpoznawania wad postawy i rehabilitacji wśród dzieci i młodzieży” gminy Siechnice.

Uzasadnienie

Uważam, że chociaż przedstawiony program dotyczy ważnych problemów zdrowotnych, jakimi są: wykrywanie i zapobieganie wadom postawy; ograniczenie nadwagi i otyłości wśród dzieci; działania rehabilitacyjne; edukacja i kształtowanie postaw prozdrowotnych rodziców, to jednak z uwagi na brak wystarczającej jasności w określeniu głównych i częściowych celów programu, ich wzajemnej relacji oraz sposobów ich realizacji, program ten nie może być w obecnej wersji rekomendowany. Nie wiadomo co jest celem głównym, a co środkiem realizacji programu. Wydaje się też, że działania edukacyjne są dla autorów programu znacznie ważniejsze niż wykrycie i rzeczywiste skorygowanie wad postawy czy redukcja nadwagi i przeciwdziałanie otyłości dzieci.

Planowane w programie działania mają objąć wszystkie zamieszkałe w gminie Siechnice dzieci. Nie wiadomo jednak, w jaki sposób autorzy programu zamierzają przeprowadzić akcję informacyjną i rekrutację dzieci do programu. Projekt nie uwzględnia konieczności uzyskania zgody rodziców na udział dzieci w programie. Proponowane w projekcie działania są w dużej mierze dublowane przez przeznaczone dla dzieci szkolnych świadczenia gwarantowane. Przyjęte w projekcie pojęcie wad postawy jest zbyt wąskie. Projekt nie zawiera mierników efektywności proponowanych interwencji. Brak jest jednoznacznych kryteriów monitorowania i ewaluacji.

Niepodobna więc stwierdzić, czy i w jakiej mierze możliwa jest skuteczna realizacja tego programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny gminy Siechnice z zakresu wykrywania wad postawy. Celem głównym jest: wykrycie i zapobieganie wadom postawy młodzieży, a także zapoznanie rodziców z problemem zdrowotnym dzieci. Program kierowany jest do dzieci mieszkających na terenie gminy w wieku 6-16 lat. Program ma być realizowany w latach 2014-2016. Planowane koszty całkowite realizacji programu szacowane są na 310 000 zł. Program w całości finansowany ze środków budżetu gminy Siechnice.

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 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 (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 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.). 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 dublujące świadczenia gwarantowane leżące w obowiązkach pielęgniarki 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 Siechnice:

Projekt programu zdrowotnego dotyczy ważnego problemu zdrowotnego, jakim są wady postawy oraz problem nadwagi i otyłości wśród dzieci. Celem głównym programu jest wykrycie i zapobieganie wadom postawy młodzieży oraz zapoznanie rodziców z problemem zdrowotnym dzieci. Autorzy nie zdefiniowali celu związanego z redukcją otyłości i przeciwdziałaniem nadwadze, co później zostało opisane w zakresie oczekiwanych efektów, a także działań związanych z zajęciami korekcyjnymi mającymi na celu zmniejszenie zdiagnozowanych wad. Widoczna jest niekonsekwencja w procesie definiowania założeń projektu programu zdrowotnego, zarówno w zakresie zdefiniowanych celów jak i oczekiwanych efektów wraz z pomiarem efektywności.

Populacja programu została określona w sposób ogólny bez podania właściwych danych liczbowych z podaniem podziału na grupy wiekowe. Szczególnie uwzględniając doświadczenie autorów związane z realizacją poprzedniej edycji programu. Autorzy wskazują na liczbę ok. 1600 dzieci w wieku szkolnym i gimnazjalnym, jednak nie ujęto kryteriów włączenia bądź wykluczenia osób, zakładając, że część młodzieży została już objęta programem zdrowotnym realizowanym w poprzednich latach. Brak jest także informacji czy jest to liczba dzieci przebadana rocznie, czy w całym okresie realizacji projektu.

Interwencja nie została precyzyjnie określona. Autorzy ogólnie opisują, że polega ona na rozpoznaniu wad postawy. Ponadto, będą planowane na poszczególnych etapach leczenia działania profilaktyczne polegające na zajęciach edukacyjnych w formie pogadank. Nie określono zakresu oraz typu przeprowadzanych badań, określono jednak zakres i kompetencje osoby wykonującej badania. Nie uwzględniono szczegółowych informacji dotyczących edukacji, przede wszystkim charakteru oraz zakresu przekazywanej wiedzy. Wnioskodawca nie precyzuje wymaganych kompetencji osoby przeprowadzającej akcję edukacyjną.

Należy jednak zauważyć, że program skupia się wyłącznie na wykrywaniu schorzeń, nie uwzględnia w zakresie swojej interwencji działań leczniczych mających na celu skorygowanie wykrytej wady oraz działaniach edukacyjnych w formie pogadank. Wnioskodawca zwraca uwagę na konieczność dalszego leczenia w przypadku wykrycia wady, jednak dalszy proces leczenia nie jest już oferowany przez program zdrowotny, ponadto nie udzielono szczegółów związanych z kontynuacją procesu terapeutycznego.

Treść projektu nie uwzględnia przeprowadzenia akcji informacyjnej dotyczącej interwencji. Nie opisano zasad udzielania świadczeń, pod względem czasu oraz dostępności, które, jak zaznaczają autorzy, będą przeprowadzane poza szkołą. Ten sam problem dotyczy organizacji działań edukacyjnych. Szczególną uwagę autorów programu winna koncentrować konieczność udziału osób dorosłych w procesie edukacyjnym, zatem czas realizacji interwencji powinien być dostosowany do możliwości czasowych rodziców, umożliwiając udział jak największej grupie odbiorców.

Autorzy przewidują włączenie do procesu badania wszystkie dzieci, jednak bez określenia konieczności uzyskania zgody opiekuna/rodzica na przeprowadzenie badania. W projekcie zawarto informacje dotyczące wymaganych kompetencji, jednak bez określenia sposobu wyboru realizatora programu w drodze konkursu ofert.

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 skierowane na dalszą konsultację i leczenie.

- 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. Powinny być rutynowo wykonywane u dzieci w wieku 6 albo 7 lat, 10 lat, 12 lat, 13 lat i 16 lat. Zatem populacja programu jest częściowo objęta badaniami w tym zakresie.
- 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.

Projekt pozbawiony jest mierników efektywności w pełni adekwatnych do obranych celów. Mierniki efektywności dotyczą wyłącznie wskaźników wykrywalności wad postawy, jednak cele dotyczą także zmiany stanu zdrowia, co jest sprzeczne z zakresem planowanej interwencji.

Projekt w bardzo ograniczonym stopniu omawia aspekt monitorowania przebiegu programu. Ewaluacja nie została ujęta. Zgodnie ze stanowiskiem autorów projektu, jakość świadczeń zostanie spełniona poprzez realizację wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia. Należy jednak zwrócić uwagę, że ocena jakości udzielanych świadczeń w procesie realizacji programu zdrowotnego jest oceniana przez beneficjentów, a nie przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W przypadku realizacji przedmiotowego programu zdrowotnego, autorzy deklarują, że wszystkie osoby biorące udział będą poproszone o wyrażenie opinii dotyczącej oceny świadczenia, zadowolenia z niego oraz propozycji własnej modyfikacji. Nie opisano jednak przy pomocy jakich narzędzi proces oceny zostanie dokonany, ze szczególnym uwzględnieniem faktu, że beneficjentami interwencji są zarówno dzieci, młodzież jak i dorośli.

Autorzy przedstawiają szereg przewidywanych efektów, takie jak zmniejszenie wskaźnika dzieci i młodzieży z wykrytymi wadami postawy, lepsza edukacja postaw prozdrowotnych u dzieci i młodzieży, zapobieganie otyłości wśród młodzieży i dzieci, pogłębienie współpracy rodziców ze szkołami i opieką medyczną. Nie przedstawiono żadnych potencjalnych mierników mających na celu zmierzenie wymienionych efektów, a co za tym idzie dokonanie ewaluacji interwencji. Proces ewaluacji nie uwzględnia także oceny skuteczności działań edukacyjnych oraz zmiany postaw prozdrowotnych uczniów oraz ich rodziców. Zmierzenie efektu przeprowadzonej interwencji wymaga przeprowadzenia analizy porównawczej, która nie została uwzględniona w treści projektu.

Szczególnie ważne jest uwzględnienie danych z poprzedniej realizacji projektu oraz przeprowadzenie porównania, które pozwoli w wiarygodny sposób na dokonanie ewaluacji samej interwencji jak i procesu realizacji zamierzonych działań zdrowotnych.

Przedstawiono wyłącznie koszt całkowity projektu programu, nie uwzględniono kosztów jednostkowych. Autorzy wskazują jednak, że na koszt badania składa się świadczenie udzielone przez lekarza oraz pielęgniarkę. Ze względu na brak dokładnego oszacowania liczby osób poddanych badaniu na przełomie 2014-2016 nie jest możliwe precyzyjne wyliczenie kosztu jednego badania. Zakładając liczbę 1600 uczniów rocznie,

koszt jednostkowy badania wynosi ok 96zł. Planowany budżet nie uwzględnia kosztów przeprowadzenia kampanii informacyjnej oraz interwencji edukacyjnej.

Program w całości finansowany ze środków budżetu gminy Siechnice.

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 nie przewiduje przeprowadzenia kampanii informacyjnej. Planowane działania zakładają objęcie wszystkich dzieci zamieszkujących gminę Siechnice, jednak nie opisano jakim sposobem grupa osób zostanie zaproszona do udziału w programie.
- III. Skuteczność działań: autorzy nie przedstawili informacji dotyczących skuteczności oraz bezpieczeństwa planowanych interwencji, szczególnie przez pryzmat wcześniejszych doświadczeń z realizacji programu zdrowotnego realizowanego w latach poprzednich.
- IV. Przedstawiono wyłącznie koszt całkowity programu w wysokości 310.000 zł, nie uwzględniono kosztów jednostkowych. Program w całości finansowany ze środków budżetu gminy Siechnice. Kosztorys nie uwzględnia kosztów interwencji edukacyjnej ani kosztów kampanii informacyjnej.
- V. Projekt pozbawiony jest mierników efektywności w pełni adekwatnych do obranych celów. Mierniki efektywności dotyczą wyłącznie wskaźników wykrywalności wad postawy, jednak cele dotyczą także zmiany stanu zdrowia, co jest sprzeczne z zakresem planowanej interwencji. Projekt w bardzo ograniczonym stopniu omawia aspekt monitorowania przebiegu programu. Ewaluacja nie została ujęta. Nie opisano przy pomocy, jakich narzędzi proces oceny zostanie dokonany, ze szczególnym uwzględnieniem faktu, że beneficjentami interwencji są zarówno dzieci, młodzież jak i dorośli.

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-441-62/2014 „Program rozpoznawania wad postawy i rehabilitacji wśród dzieci i młodzieży” realizowany przez: Gminę Siechnice, Warszawa, czerwiec 2014 oraz aneksu do raportów szczegółowych „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, Warszawa maj 2012.