



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 145/2015 z dnia 24 sierpnia 2015 r. o projekcie programu
„Trzymam się prosto - profilaktyka wad postawy u dzieci”
realizowany przez powiat Legionowski**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Trzymam się prosto - profilaktyka wad postawy u dzieci”.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy istotnego problemu zapobiegania występowaniu wad postawy u dzieci w wieku szkolnym. W ramach projektu w sposób poprawny zdefiniowano problem zdrowotny, nie uwzględnia jednak szeregu istotnych informacji, które bezwarunkowo wymagają uzupełnienia. W programie nie wskazano danych epidemiologicznych, które umożliwiłyby ocenę skali problemu w regionie. Wykorzystując wskaźniki można jedynie wnioskować o 90% częstości występowania wad postawy w grupie 7-8 latków w powiecie, czyli w grupie ok. 2 800 osób. Programem planuje się objąć ok. 550 osób, czyli ok. 20% populacji docelowej. Program nie przewiduje działań dla pozostałych osób, które również mogą wymagać objęcia programem. Przy wysokim (ok. 90%) zapotrzebowaniu proszę rozważyć zaprojektowanie programu wieloletniego.

Cele określone w projekcie przedstawiają działania możliwe do przeprowadzenia i powinny zostać przeformułowane. W programie nie wskazano mierników efektywności, co także wymaga uzupełnienia.

W projekcie nie wskazano liczby planowanych interwencji, co wraz z oceną wielkości populacji jest podstawą wiarygodnego oszacowania budżetu. Planowane interwencje należy dokładnie określić pod względem rodzaju rozważanych badań diagnostycznych. Ważne jest również ustosunkowanie się do działań edukacyjnych.

Doprecyzowania wymagają kwestie organizacyjne. Należy wskazać wymagania względem realizatora świadczeń oraz określić rolę rodzica/opiekuna w ramach programu. Dodatkowo należy określić sposób zakończenia udziału w programie oraz ustosunkować się do kwestii świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych w ramach korekcji wad postawy.

Ze względu na brak wyszczególnienia planowanych interwencji utrudnione jest wnioskowanie, czy zaplanowany budżet jest wystarczający na pokrycie kosztów programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący wczesnego wykrywania i korekcji wad postawy u dzieci w powiecie Legionowskim. Budżet całkowity przeznaczony na realizację programu wynosi 3 300 zł, zaś okres realizacji to rok 2015.



Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Projekt odnosi się do problemu występowania wad postawy wśród dzieci i młodzieży. Jest to problem znaczący, który dotyka ok. 90% dzieci w wieku szkolnym w całej populacji. W projekcie poprawnie zdefiniowano 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.

W projekcie programu w sposób ogólny przedstawiono krajowe dane epidemiologiczne. Określenie skali problemu jest istotne z punktu widzenia planowania programów polityki zdrowotnej, zaplanowania budżetu oraz określenia istotności problemu w regionie.

Wyniki raportu HBSC 2012 na temat zdrowia nastolatków w Europie, koordynowanego przez specjalistów z Instytutu Matki i Dziecka wyraźnie pokazują, że w ostatnich latach znacznie zwiększyła się liczba czynników powodujących powstawanie wad postawy u dzieci i młodzieży. Zgodnie z treścią raportu Ośrodka Rozwoju Edukacji zniekształcenia kręgosłupa zdiagnozowano u 17,14 % populacji w wieku 0–18 lat oraz u 9,7% dzieci i młodzieży w wieku 2–9 lat. Wymienia się wiele przyczyn powstawania wad postawy, z czego jako pierwsze wymieniane są: siedzący tryb życia, mała aktywność fizyczna, zbyt długie przebywanie w jednej pozycji, błędy popełniane przy noszeniu dziecka oraz meble nieodpowiednio dobrane do wzrostu dziecka.

Cele i efekty programu

Celami głównymi programu są: wczesne wykrycie wady postawy podczas badania przesiewowego uczniów w wieku 7-8 lat, zobrazowanie skali problemu na terenie Powiatu Legionowskiego, rozwijanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych, zobrazowanie skali problemu na poziomie placówki oświatowej, wskazanie i zainteresowanie rodziców problemem - a co za tym idzie - podjęcie właściwych kroków zapobiegających dalszemu rozwojowi wady u dziecka, zmniejszenie liczby dzieci i młodzieży z wadami postawy oraz ograniczenie ich następstw. Należy wskazać, że cele takie jak wczesne wykrycie wad postawy, zobrazowanie skali problemu, zainteresowanie rodziców problemem są interwencjami możliwymi do przeprowadzenia, w związku z czym powinny zostać przeformułowane. Wątpliwa jest zasadność celu przedstawionego jako wczesne wykrycie, gdyż bilans w wieku 5-6 lat może pozwolić na wykrycie wad na jeszcze wcześniejszym etapie rozwoju dzieci.

Wskazane w projekcie oczekiwane efekty pozostają spójne z postawionymi celami i odnoszą się m. in do: zmniejszenia częstotliwości występowania wad postawy u dzieci, wykształcenia u dzieci umiejętności samooceny, samokontroli i korekcji postawy, wzrostu aktywności ruchowej dzieci i młodzieży.

W projekcie nie wskazano mierników efektywności, co powinno zostać uzupełnione. Należy pamiętać, że są one niezbędne do określenia stopnia zrealizowania postawionych celów. W omawianym projekcie miernikami efektywności mogą być: liczba dzieci u których wykryto wady postawy i skierowano do dalszego leczenia oraz sprawdzenie ile dzieci spośród leczonych (po zakończeniu programu) po 3 miesiącach od zakończenia zajęć terapeutycznych

utrzymuje prawidłową pozycję ciała, ile z dzieci nadal wykonuje zalecone ćwiczenia i jaki jest ich stan wiedzy na temat dbania o prawidłową postawę ciała.

Populacji docelowa

Adresatami programu są dzieci w wieku 7-8 lat (uczęszczające do II klasy szkoły podstawowej).

W projekcie oszacowano, że w danej grupie wiekowej w powiecie znajduje się ok. 2 223 osób, ale zaznacza się, że ok. 75% z nich uczęszcza do II klasy (1667 uczniów). Przedstawione oszacowania znacząco odbiegają od danych udostępnianych w ramach statystyk GUS (3130 dzieci w wieku 7-8 lat). Ostatecznie, według zestawienia kosztów całkowitych projektu programu, zaplanowano uczestnictwo ok. 550 dzieci z populacji docelowej. Do programu zostaną zakwalifikowane dzieci, których rodzice/opiekunowie za pośrednictwem wychowawcy wyrazili zgodę na uczestnictwo w badaniach.

Interwencja

Projekt programu przewiduje realizację badań przesiewowych w kierunku wad postawy u dzieci oraz spotkania edukacyjne z rodzicami/opiekunami prawnymi. Nie odniesiono się do szczegółów w/w interwencji. Brakuje informacji dotyczących metod przesiewowych w kierunku wykrycia wad postawy zastosowanych w projekcie. Zaznacza się, że będą one wykonywane przez specjalistę fizjoterapii bądź rehabilitacji.

Również w odniesieniu do spotkań edukacyjnych dotyczących problemu wad postawy i związanego z nimi postępowania nie wskazano szczegółów ich dotyczących.

Część poświęconą planowanym interwencjom warto uzupełnić i doprecyzować, tak aby przedstawiała szczegółowy opis świadczeń, które mają być udzielane uczestnikom.

Należy zaznaczyć, że zaproponowane interwencje w kierunku wad postawy znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne oraz lekarzy POZ w ramach porad patronażowych, badań bilansowych. Powinny być one rutynowo wykonywane u dzieci w wieku 6-7, 10, 12, 13 i 16 lat. W związku z czym w podanym zakresie istnieje ryzyko dublowania świadczeń w w/w grupie wiekowej.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie nie zaplanowano monitorowania programu zgodnie z wytycznymi AOTMiT. Zamieszczono jedynie informacje na temat sprawozdań, które będą przygotowywane przez realizatora, jednak nie wskazano jakie informacje będą one zawierać. W załączniku do projektu programu zamieszczono ankietę skierowaną do uczestników programów, która zbierać będzie dane na temat zadowolenia z udzielonych świadczeń.

Monitorowanie i ewaluacja programu powinny zostać zaplanowane z uwzględnieniem oceny zgłaszalności, oceny jakości udzielonych świadczeń i oceny efektywności prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności może odbyć się na podstawie list uczestnictwa oraz liczby osób niezakwalifikowanych do udziału w programie.

Ocena jakości udzielonych świadczeń może zostać przeprowadzona w oparciu o ankietę satysfakcji uczestnika lub zgłaszanie przez uczestników pisemnych uwag do realizatora programu.

Ocena efektywności prowadzonych działań powinna w sposób rzetelny wskazywać w jaki sposób prowadzone działania wpłynęły na zdrowie populacji. W omawianym programie oceny takiej można dokonać na podstawie: liczby dzieci z wykrytymi wadami postawy

skierowanymi do dalszej diagnostyki, liczba dzieci korzystających z zajęć korekcji wad postawy (po wcześniejszym uczestnictwie w programie) oraz liczba dzieci u których nastąpiła zmiana postawy ciała utrzymująca się po 3 miesiącach od zakończenia zajęć korekcyjnych.

Warunki realizacji

W projekcie programu brakuje informacji na temat realizatora programu. Nie określono jakimi zasobami kadrowymi, sprzętowymi oraz lokalowymi powinien dysponować. W projekcie wspomniano jedynie, że wszystkie interwencje będą wykonywane przez specjalistów fizjoterapii/rehabilitacji na terenie szkół podstawowych.

Opis projektu programu nie zawiera odniesienia do trybu wyboru realizatora. Zgodnie z zapisami ustawowymi sugeruje się rozpisanie otwartego konkursu ofert lub zapytania ofertowego. Procedura otwartego konkursu ofert, według której każdemu przysługuje prawo ubiegania się o realizację zadań finansowanych ze środków publicznych, i podmiot wnioskujący o ich przyznanie musi przedstawić ofertę zgodną z zasadami uczciwej konkurencji, gwarantuje wykonanie zadania w sposób efektywny i oszczędny.

Budżet całkowity przeznaczony na realizację programu wynosi 3 300 zł, zaś koszt jednostkowy to ok. 6 zł. Przy braku informacji o zakresie badań planowanych do realizacji w ramach programu trudno jest określić czy podany koszt interwencji został określony prawidłowo. Uwzględniono koszty kampanii promocyjnej, jednak nie wliczono ich do całkowitego budżetu. Warto to doprecyzować, jeśli planuje się do zaplanowanej interwencji dodatkowe źródło finansowania.

Okres realizacji programu to wrzesień-grudzień 2015r.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Do najczęstszych wad postawy należą: plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy wklęsło-okrągłe, plecy płaskie, boczne skrzywienia kręgosłupa – skoliozy, wady statyczne kończyn dolnych.

Plecy okrągłe to nadmierne wygięcie kręgosłupa ku tyłowi. Charakteryzują się osłabieniem mięśni, wysunięciem do przodu głowy i barków, przykurczem mięśni klatki piersiowej, upośledzeniem funkcji oddechowej klatki piersiowej. Najczęstszą przyczyną powstawania pleców okrągłych jest utrzymywanie niewłaściwej pozycji pleców przy pracy lub nauce.

Plecy wklęsłe to pogłębienie lordozy lędźwiowej, co często jest uwarunkowane wiekiem, ustawieniem miednicy, napięciem i długością mięśni stabilizujących stawy biodrowe. Wada ta może być nabyta lub wrodzona.

Plecy wklęsło-okrągłe charakteryzują się zwiększoną lordozą lędźwiową i kifożą piersiową, co prowadzi do pochylecia głowy ku przodowi, spłaszczenia klatki piersiowej, rozciągnięcia prostownika grzbietu odcinka piersiowego oraz jego skrócenia w odcinku lędźwiowym, przykurczy mięśni obręczy barkowej i klatki piersiowej, przesunięcia narządów jamy brzusznej ku przodowi i pod ich naporem rozciągnięcia mięśni brzucha.

Plecy płaskie charakteryzują się spłaszczeniem lub brakiem fizjologicznych wygięć kręgosłupa, co powoduje osłabienie funkcji amortyzacyjnej kręgosłupa, przeciążenia prowadzące do zmian zwyrodnieniowych, upośledzenie pojemności i ruchomości klatki piersiowej, większą skłonność do powstawania bocznych skrzywień kręgosłupa.

Skolioza idiopatyczna jest typem skoliozy strukturalnej (skolioza utrwalona), o nieznannej etiologii. Cechami charakterystycznymi są: deformacja kręgosłupa w trzech płaszczyznach

(czołowej, strzałkowej i poprzecznej), kąt skrzywienia mierzony sposobem Cobba na zdjęciu RTG wykonanym w pozycji stojącej w projekcji przednio-tylnej wynosi co najmniej 10°, powstaje w wieku rozwojowym, ma tendencję do pogłębiania się w okresach szybkiego wzrostu kręgosłupa, zaś progresja dotyczy głównie dziewcząt. Nieleczona skolioza może prowadzić do deformacji tułowia ograniczających pojemność oraz biomechanikę funkcjonowania klatki piersiowej, wydolność wysiłkową, ogólną sprawność i zdolność do pracy. Ten rodzaj schorzenia znacząco obniża jakość życia chorych. Skoliozy stanowią problem terapeutyczny oraz społeczno-ekonomiczny, gdyż występują w około 2-5% populacji, a w Polsce może dotyczyć nawet 15% społeczeństwa. Znaczenie prognostyczne zarówno w profilaktyce, jak i w leczeniu bocznych idiopatycznych skrzywień kręgosłupa mają pomiary antropometryczne. Do najbardziej użytecznych należy zaliczyć pomiar wysokości ciała w pozycjach stojącej i siedzącej oraz pomiary rozstępu ramion, ustawienia barków, ustawienia miednicy (symetryczne, asymetryczne), długości kończyn górnych i dolnych, wielkości kifozy i lordozy, ruchomości całkowitej kręgosłupa w płaszczyznach strzałkowej i czołowej oraz wielkość garbu żeberowego i wału lędźwiowego ocenianych w teście zgięciowym Adamsa. Badanie radiologiczne ma w skoliozach pierwszoplanowe znaczenie. Ocenę obrotu, czyli rotacji kręgow w skoliozie dokonuje się metodą Pedriolle.

Wady kończyn dolnych takie jak. kolana koślawe i kolana szpotawe. Kolana koślawe mogą być wada nabytą lub wrodzoną. Schorzenie charakteryzuje się tym, że oś podudzia tworzy z osią uda kąt otwarty na zewnątrz, a kostki przyśrodkowe, przy wyprostowanych i zwartych kolanach są oddalone od siebie o ponad 5 centymetrów. Kolana szpotawe to skrzywienie kończyn dolnych do wewnątrz. W tym schorzeniu kolana charakteryzują się występowaniem nadwyprostu w stawach kolanowych, mięśnie wewnętrznej strony kończyn dolnych ulegają skróceniu, a po stronie zewnętrznej nadmiernemu rozciągnięciu. Oś podudzia tworzy z osią uda kąt otwarty do wewnątrz.

Alternatywne świadczenia

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach porad patronażowych, badań bilansowych, w tym badań przesiewowych. Powinny być one rutynowo wykonywane u dzieci w wieku 6-7 lat, 10, 12, 13 i 16 lat, tzn. u dzieci w wieku przedszkolnym (wykrywanie zaburzeń układu ruchu, w tym boczno skrzywienia kręgosłupa, zniekształceń statycznych kończyn dolnych), w III klasie szkoły podstawowej (wykrywanie zaburzeń układu ruchu, w tym boczno skrzywienia kręgosłupa), w V klasie szkoły podst., w I klasie gimnazjum oraz w I klasie szkoły ponadgimnazjalnej (wykrywanie zaburzeń układu ruchu, w tym boczno skrzywienia kręgosłupa i nadmiernej kifozy piersiowej).

Ocena technologii medycznej

Zaproponowana w projekcie programu zdrowotnego interwencja ma na celu wczesne wykrywanie wad postawy i kierowanie dzieci do leczenia, zanim się one utrwalą. Działania te są szeroko popierane w opiniach ekspertów z zakresu ortopedii i rehabilitacji.

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 autorzy sugerują nie wykluczać tego badania, lecz stosować razem z dodatkowymi testami. Stosowanie oceny wartości kąta rotacji tułowia, oceny fotogrametrycznej Moire'a oraz zdjęcia rentgena w wykonanego w niskich dawkach lub kombinacja tych metod dowodzi trafności skierowań do specjalisty, lecz brak jest wystarczających dowodów na to, że badania te wykazują dodatkowe korzyści.

Pomimo różnych, nierzadko sprzecznych, rekomendacji i zaleceń, badania przesiewowe w kierunku wad postawy są silnie zalecane przez środowiska medyczne, zwłaszcza w populacji dzieci w wieku szkolnym, kiedy to prawidłowy rozwój organizmu jest najintensywniejszy.

Istotne jest z punktu widzenia zasadności finansowania udzielanych aktualnie świadczeń gwarantowanych, aby badania przesiewowe nie powieły świadczeń już finansowanych, a stanowiły ich uzupełnienie. Dodatkową wartością samorządowych programów zdrowotnych jest organizowanie dalszej diagnostyki lub ćwiczeń korekcyjnych i rehabilitacji, która może być udzielana w miejscach łatwo dostępnych dla uczestników oraz w dogodnym dla nich czasie. Kolejnym ważnym elementem jest edukacja zdrowotna mająca na celu uświadomienie dzieciom i rodzicom czynników sprzyjających wadom postawy, budowanie i wzmacnianie znaczenia zachowania prawidłowej postawy, nieprzeciążania dziecięcych plecaków i tornistrów oraz zachęcania do większej aktywności fizycznej dzieci.

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 istotny wpływ aktywności fizycznej na sferę rozwoju psychicznego.

Kwestie organizacyjne zaplanowanej interwencji zostały bardzo dokładnie i prawidłowo opisane.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: AOTMiT-OT-441-147/2015, „Trzymam się prosto - profilaktyka wad postawy u dzieci” realizowany przez: Powiat legionowski, Warszawa, lipiec 2015 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, maj, 2012 r.