



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 67/2016 z dnia 21 kwietnia 2016 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
wad postawy u dzieci w wieku szkolnym” realizowany przez gminę
Dobroń**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki wad postawy u dzieci w wieku szkolnym” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy ważnej kwestii, jaką jest wczesne wykrywanie wad postawy wśród dzieci.

Postawione w projekcie cele warto doprecyzować, tak aby pozostawały w zgodzie z regułą SMART.

Wskazana w projekcie populacja docelowa wydaje się być określona poprawnie. Program swoim zasięgiem objąć ma 100% populacji dzieci z klas I-VI szkół podstawowych, co może pozwolić na osiągnięcie widocznych efektów zaplanowanych interwencji w populacji.

W ramach projektu nie przedstawiono jakie dokładnie badania zostaną wykonane u uczestników w kierunku wykrycia wad postawy, co uniemożliwia ocenę poprawności ich wyboru. Warto tą kwestię uzupełnić.

Ważnym elementem, który nie został uwzględniony w projekcie jest zaplanowanie działań edukacyjnych, które mogą wpłynąć na utrzymywanie prawidłowych postaw u dzieci. Warto zatem rozważyć prowadzenie edukacji zdrowotnej.

Monitorowanie i ewaluacja programu zostały zaplanowane w sposób poprawny.

W budżecie nie przedstawiono informacji na temat kosztu kampanii informacyjnej, co należy uzupełnić.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci. Okres realizacji programu został zaplanowany na rok 2017, zaś budżet całkowity wynosi ok. 50 000 zł.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego



Projekt odnosi się do problemu występowania wad postawy wśród dzieci. 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.

W projekcie programu w sposób zwięzły opisano problem zdrowotny oraz odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej.

Według danych Zakładu Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka (IMiDz 2013) aż 90% dzieci w Polsce cierpi obecnie na wady postawy, szczególnie często dotyczące kręgosłupa, kolan i stóp. W projekcie odniesiono się do mniejszego odsetka, mianowicie 50-60% populacji w zależności od regionu.

Wyniki raportu Health Behaviour in School-aged Children 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

Celem głównym programu jest wczesne rozpoznanie i niwelowanie występujących u dzieci wad postawy. Dodatkowo wskazano 6 celów szczegółowych. Należy zwrócić uwagę, że cele główny, jak i częściowo cele szczegółowe, przedstawiają możliwe do podjęcia interwencje, nie zaś ich rezultaty. Warto cele programowe tworzyć zgodnie z zasadą SMART, według której cel powinien być m. in. szczegółowy (zawierający czytelny przekaz), mierzalny (liczbowe określenie stopnia jego realizacji), realistyczny (możliwy do osiągnięcia), ambitny/atrakcyjny i terminowy (określony w czasie).

Oczekiwane efekty nie zostały wskazane w sposób poprawny. Należy określić konkretne spodziewane rezultaty wynikające z prowadzonych działań w ramach programu np. poprawa postawy u wskazanej części dzieci biorących udział w zajęciach korekcyjnych.

W projekcie programu określono mierniki efektywności, które odnoszą się zarówno do zgłaszalności jak i efektywności programu i mogą umożliwić określenie stopnia realizacji celów.

Populacja docelowa

Populację docelową stanowią uczniowie klas I-VI szkół podstawowych na terenie gminy wiejskiej Dobroń, a w pierwszej kolejności zaplanowano uczestnictwo klas IV-VI, co nie zostało odpowiednio uzasadnione.

Oszacowano liczbę populacji możliwej do zakwalifikowania do udziału w programie, tj. ok. 687 dzieci w 2017 r. Liczebność ta nieznacznie różni się od danych GUS (ok. 606 osób w wieku 6-13 lat w gminie).

Główne kryteria kwalifikacji do uczestnictwa w programie to: uczęszczanie do klas I-VI szkoły podstawowej oraz pisemna zgoda rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie.

W projekcie podkreśla się, że w realizację celu głównego programu zostaną zaangażowani także rodzice/opiekunowie prawni dzieci, jednak nie oszacowano liczebności tej populacji, co warto uzupełnić. Proszę także rozważyć współpracę z lokalnymi szkołami podstawowymi, ze szczególnym uwzględnieniem grona pedagogicznego i dyrekcji danych placówek oświaty.

Interwencja

W ramach planowanych interwencji, projekt programu zakłada wykonanie badań przesiewowych w kierunku wad postawy w populacji dzieci.

W projekcie nie wskazano jakie narzędzie przesiewowe zostanie wykorzystane. Zamieszczono natomiast informację, że na podstawie ww. przesiewu specjalista (ortopeda/ rehabilitant/ fizjoterapeuta) lub lekarz POZ zakwalifikuje potencjalnego uczestnika, zgodnie z załączoną do programu kartą badania, do odpowiedniej grupy dalszych działań (dzieci z prawidłową postawą ciała, dzieci z wadami postawy wymagające ćwiczeń korekcyjnych, dzieci z wadami postawy wymagające konsultacji specjalistycznych).

Projekt programu zapewnia realizację tzw. gimnastyki korekcyjnej dla uczniów z wykrytymi wadami postawy. Każde dziecko z wspomnianej grupy będzie zobowiązane do wykonania cyklu ćwiczeń instruktażowych z udziałem rodziców/opiekunów prawnych. Jeden cykl został zaplanowany na 5 zajęć (raz w tygodniu po 45 minut), w trakcie których zostanie pokazanych 10 ćwiczeń do wykonania. Dodatkowo zostanie przeprowadzony instruktaż wykonywania ww. ćwiczeń w warunkach domowych.

W wyniku realizacji całego cyklu zajęć gimnastycznych uczestnik zostanie poddany ponownemu badaniu kontrolnemu postawy ciała. Jeśli działania okażą się nieskuteczne, zostanie skierowany na dalszą diagnostykę specjalistyczną poza programem.

Zaplanowane działania pozostają zgodne z wytycznymi i wydają się być dobrze zaplanowane.

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.

Należy mieć na uwadze, że opiniowany program może uzupełniać świadczenia gwarantowane w części populacji (uczniowie klas I, II, IV i VI) oraz swoim działaniem obejmuje całą populację dzieci w wieku szkolnym, zatem zasadne wydaje się jego przeprowadzenie.

Ważnym elementem ocenianego projektu są działania edukacyjne przeprowadzane zarówno wśród uczestników programu, jak i ich rodziców/opiekunów prawnych. W projekcie nie zaplanowano takich działań. Warto zatem rozważyć przeprowadzenie edukacji, która będzie zwracać uwagę na problem zachowania prawidłowej postawy ciała u dzieci. Działanie takie może podnieść jakość programu i pozytywnie wpłynąć na poprawę w zdrowia w omawianym zakresie.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie odniesiono się w sposób poprawny do monitorowania oraz ewaluacji programu. Zakłada się ocenę zgłaszalności do programu na podstawie liczby pacjentów zgłoszonych do udziału oszacowanej przez realizatora, ocenę jakości świadczonych usług na podstawie ankiety ewaluacyjnej oraz ocenę efektywności programu na podstawie dokładnie określonych mierników efektywności.

Zaplanowane wskaźniki pozwolą na ocenę przebiegu realizacji programu oraz ocenę wpływu przeprowadzonych działań na zdrowie populacji docelowej.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wyłoniony w ramach otwartego konkursu ofert. Wskazano także warunki niezbędne do realizacji świadczeń.

Projekt zawiera opis części składowych, etapy i działania organizacyjne. Przedstawiono także kryteria kwalifikacji uczestników do programu, sposób udzielania świadczeń oraz sposób zakończenia udziału w programie.

W projekcie programu przedstawiono zestawienie jego kosztów jednostkowych, tj. koszt wykonania badania przesiewowego oraz badania kontrolnego u jednego dziecka (35 zł) oraz koszt jednego cyklu zajęć gimnastyki korekcyjnej (75 zł/osobę). Nie uwzględniono kosztów akcji informacyjno-

promocyjnej programu, co warto uzupełnić. Całkowity koszt programu oszacowano na kwotę 50 tys. zł.

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.

Plecy wklęsłe to pogłębienie lordozy lędźwiowej, co często jest uwarunkowane wiekiem, ustawieniem miednicy, napięciem i długością mięśni stabilizujących stawy biodrowe.

Plecy wklęsło-okrągłe charakteryzują się zwiększoną lordozą lędźwiową i kifozą 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), której 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.

Alternatywne świadczenia

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdują się na 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 (Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – Dz.U z 2013 r. poz. 1248).

Ocena technologii medycznej

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

Podkreślić należy brak dobrych metodologicznie badań poświadczających efektywność skringingu. Odnalezione dane wskazują, że wartość predykcja wyniku dodatniego standardowego badania przesiewowego jest wyjątkowo niska (5%), co oznacza, że 95% dzieci jest niepotrzebnie kierowanych w wyniku przesiewu na dalszą diagnostykę.

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. Podkreśla się, że jest to metoda raczej subiektywna i zależna od doświadczenia i kompetencji

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

Pomimo różnych 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 powielały 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 znaczenia czynników sprzyjających wadom postawy oraz budowania i wzmacniania znaczenia zachowania prawidłowej postawy. Istotne jest też nieprzeciążanie dziecięcych plecaków i tornistrów oraz zachęcanie dzieci do większej aktywności fizycznej dzieci.

Niezależnie od programów skierowanych na problem zdrowotny wad postawy u dzieci i młodzieży, należy zwrócić uwagę wszystkich, zarówno samorządów, jak i władz szkolnych i innych organizacji zajmujących się dziećmi i młodzieżą, na potrzebę działań skierowanych na zwiększenie aktywności fizycznej młodego pokolenia. Działania te mogą skutkować nie tylko zmniejszeniem problemu wad postawy, ale też wpływać na problemy takie jak otyłość, zaburzenia lipidowe, osteoporoza i inne, oraz na istotny wpływ aktywności fizycznej na sferę rozwoju psychicznego.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.44.2016 „Program profilaktyki wad postawy u dzieci w wieku szkolnym” realizowany przez: gminę Dobroń, Warszawa kwiecień 2016 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, maj 2012. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 112/2016 z dnia 11 kwietnia 2016 roku o projekcie programu „Program profilaktyki wad postawy u dzieci w wieku szkolnym” gminy Dobroń