



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 83/2015 z dnia 13 kwietnia 2015 r.
o projekcie programu „Program rozpoznawania i korekty wad
postawy wśród dzieci i młodzieży gminy Siechnice na lata 2015-
2017” realizowany przez: Gminę Siechnice.**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program rozpoznawania i korekty wad postawy wśród dzieci i młodzieży gminy Siechnice na lata 2015-2017” realizowany przez: Gminę Siechnice

Uzasadnienie

Autor porusza ważną kwestię dotyczącą wad postawy i w sposób zgodny z aktualnymi wytycznymi przedstawia sposoby prowadzenia badań przesiewowych oraz dalszego postępowania. Nieliczne kwestie zawarte w projekcie wymagają uszczegółowienia i doprecyzowania. Projekt programu przedstawionego przez gminę Siechnice został przygotowany zgodnie z wytycznymi AOTMiT.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego dotyczącego wykrywania i korekty wad postawy u dzieci i młodzieży w wieku 6-16 lat na terenie gminy Siechnice. Program został zaplanowany na lata 2015-2017, zaś jego koszt został określony na 310 000 zł, z uwzględnieniem kosztów jednostkowych. Program w swoim działaniu zakłada nie tylko badania diagnostyczne i terapię, ale również edukację zdrowotną dla rodziców i opiekunów.



Ocena projektu programu polityki zdrowotnej gminy Siechnice

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 opisano problem zdrowotny. Uzupełnienia wymaga piśmiennictwo. 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.

Cele i efekty programu

W projekcie dokładnie i szczegółowo opisano cele programu, które nie budzą zastrzeżeń. Priorytetem jest diagnostyka, terapia i edukacja w zakresie zaburzeń postawy ciała wśród dzieci i młodzieży zamieszkujących gminę Siechnice. Jako cele szczegółowe podano:

- Skuteczna identyfikacja dzieci zagrożonych wadami postawy, która doprowadzi do podjęcia działań w kierunku korekty wady, a w przypadku zmian chorobowych podjęcia leczenia specjalistycznego w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia.
- Edukacja w zakresie profilaktyki schorzeń kręgosłupa w postaci spotkań z rodzicami, omówienia wyników badań, uświadomienia zagrożeń i konsekwencji rozpoznanych wad jak również zwrócenie uwagi na czynniki wpływające na rozwój wad (np. częste zwolnienia z zajęć WF dzieci przez rodziców) jak również przekazanie wiedzy i umiejętności w zakresie kształtowania prawidłowych postaw uczniów, wzmocnienie ich aktywności ruchowej, co może 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.
- Pokazanie różnych form terapii, które mogą być kontynuowane po zakończeniu działań w ramach programu.
- Uzyskanie efektu w postaci wzrostu świadomości u rodziców, dzieci i dyrektorów szkół z zagrożeń zdrowotnych, jakie niosą za sobą wady postawy.

Głównymi efektami programu, do których odnosi się projekt jest wczesne wykrywanie wad postawy, w szczególności skolioz, zmniejszenie odsetka dzieci z nieleczoną skoliozą i ograniczenie jej następstw, zwiększenie świadomości rodziców, uświadomienie roli ergonomii miejsca pracy i aktywności ruchowej w profilaktyce wad postawy, wdrożenie nawyku przyjmowania prawidłowej pozycji ciała.

Wskazać należy, że identyfikacja dzieci z wadami postawy i edukacja są działaniami, więc nie powinny być celami. Celem jest to, co zostanie uzyskane dzięki zastosowaniu edukacji i identyfikacji dzieci z wadami postawy.

Autor wskazuje, że efekty z przeprowadzonego programu mają zostać zmierzone poprzez określenie zgłaszalności do programu, oszacowanie liczby dzieci, które wzięły udział w projekcie, ocenę jakości świadczeń przy użyciu ankiety skierowanej do uczestników programu. Po zakończonym projekcie mają zostać przeprowadzone analizy dotyczące

porównania otrzymanych wyników z wynikami z badań przeprowadzonych w latach poprzednich.

Populacji docelowa

Program skierowany jest do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym (6-16 lat) zamieszkujących gminę Siechnice i uczęszczające do szkół na jej obszarze (szkoły podstawowe i gimnazjum). Organizator projektu planu objąć działaniami diagnostycznymi 1500 dzieci, co według stanowi 100% populacji ogólnej. Zgodnie z informacjami zamieszczonymi w Banku Danych Lokalnych GUS na 2013 r., populację docelową tj. młodzież od 6 do 16 roku życia stanowiło blisko 2 035 osób, natomiast według wstępnych szacunków liczebność ta wzrośnie w 2015 r. do nawet 2 233. Liczebność wnioskowana diametralnie różni się od oszacowań GUS. Należy podkreślić, że jest to liczba szacunkowa, gdyż nie wszyscy mieszkańcy gminy uczęszczają do szkół zlokalizowanych na jej terenie. Edukacja zdrowotna ma być skierowana do 4000 osób, w tym rodziców i opiekunów dzieci. W projekcie zabrakło uwzględnienia lokalnych danych epidemiologicznych. Dane te stanowiłyby cenne źródło umożliwiające potwierdzenie zasadności realizacji przedłożonego projektu.

Według danych Zakładu Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka aż 90% dzieci w Polsce cierpi obecnie na wady postawy, szczególnie często dotyczące kręgosłupa, kolan i stóp. 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.

Interwencja

W ramach interwencji program zdrowotny przewiduje dwa etapy działań.

Etap pierwszy zakłada wykonanie badań przesiewowych, w tym: tradycyjne badania fizykalne z testem zdjęciowym Adamsa wykonane przez odpowiedniego specjalistę, analizę wyników i ich opis wraz z zaleceniami. Badania przesiewowe mają wyłonić trzy grupy pacjentów, którzy będą objęci odpowiednim postępowaniem:

- I grupa - dzieci z postawą prawidłową, nie wymagającą podjęcia obecnie żadnych działań terapeutycznych i kierowanych do monitorowania w latach następnych;
- II grupa - dzieci ze zdiagnozowaną wadą postawy wymagającą podjęcia działań terapeutycznych
- III grupa - wymagająca skierowania do specjalistycznej konsultacji lekarskiej i prowadzenia w formie indywidualnych zajęć korekcyjnych według specjalistycznych metod terapeutycznych. Do tej grupy kierowane będą dzieci z podejrzeniem: idiopatycznej skoliozy wielopłaszczyznowej, pochylenia i rotacji miednicy, znacznej dysfunkcji kończyn dolnych i zgłaszające odkręgosłupowe dolegliwości bólowe.

W tym etapie wdrażane będą również działania edukacyjne. Organizator planuje zorganizowanie spotkań edukacyjno-informacyjnych na których szczegółowo omówione będą wyniki badań i postawionej diagnozy, zostaną uświadomione zagrożenia i konsekwencje rozpoznanych wad. Nie wskazano jednak ilości przewidzianych spotkań edukacyjnych oraz miejsca ich realizacji.

Drugi etap interwencji to prowadzenie zajęć terapeutycznych na terenie szkoły do której uczęszczają dzieci. Zajęcia będą prowadzone w formie grupowych zajęć korekcyjnych dla dzieci z grupy II, zaś w formie indywidualnej dla dzieci z grupy III.

Cykl zajęć dla grupy II będzie obejmować co najmniej 20 spotkań, 2 razy w tygodniu po 45 minut, w trakcie których rodzice/opiekunowie będą mogli obserwować postęp terapii u dzieci. Na zakończenie cyklu każdy uczestnik otrzyma informację o zestawie ćwiczeń do samodzielnego wykonywania w domu oraz wskazówki i zalecenia dotyczące dalszego postępowania i leczenia.

Zajęcia indywidualne dla dzieci z grupy II będą prowadzone według specjalistycznych metod neurofizjologicznych (PNF, Terapia Manualna). Uczestnik otrzyma spersonalizowany zestaw ćwiczeń przygotowanych w trakcie instruktażu, z zaleceniami do wykonywania codziennie przez 30 minut. Program zakłada obowiązkową kontrolę lekarską co miesiąc, zaś zajęcia z instruktorem będą odbywać się w cyklu co najmniej 3 spotkań, z częstotliwością 1 raz w miesiącu po 45 minut. Na zakończenie cyklu uczestnik otrzyma zestaw ćwiczeń domowych oraz dalsze zalecenia dotyczące postępowania i leczenia.

Bardzo szczegółowo i precyzyjnie zostały opisane zaplanowane interwencje, łącznie z prowadzeniem działań edukacyjnych. Należałoby się jednak zastanowić nad wyborem metody diagnostycznej, gdyż badania wskazują na niską skuteczność testu zgięciowego. Dla pewnego potwierdzenia diagnozy należałoby dodatkowo wykonać badania uzupełniające, w celu uniknięcia zakwalifikowania do terapii dzieci bez wad postawy. Projekt nie opisuje również ćwiczeń, które miałyby być zalecane dzieciom, dlatego należy podkreślić, że powinny być one zgodne z aktualnie obowiązującą praktyką lekarską i posiadać potwierdzoną skuteczność i bezpieczeństwo.

Monitoring i ewaluacja

Monitorowanie programu opierać się będzie w głównym stopniu na oszacowaniu populacji kwalifikującej się do badania, oraz liczbie dzieci przydzielonej do poszczególnych grup i etapów. Oszacowana zostanie również liczba spotkań edukacyjnych oraz ilość osób biorących w niej udział. Przeprowadzeniem monitoringu zajmować się będzie specjalnie wyznaczona do tego celu osoba. Dodatkowo uczestnicy programu będą mieli możliwość przekazywania swoich uwag na bieżąco do organizatorów.

W ramach monitorowania należałoby również uwzględnić odniesienie liczb dzieci włączonych do programu do planowanej populacji docelowej oraz do całkowitej populacji dzieci w gminie.

Ważne, że określono kto będzie odpowiedzialny za monitorowanie programu. Należałoby uzupełnić ten aspekt o harmonogram monitorowania oraz o kontrolę nad budżetem, stopniem realizacji programu w czasie i zgodności z harmonogramem programu.

Ocena efektywności programu opierać się będzie na ocenie jakości świadczeń, opartej na przeprowadzeniu badania ankietowego skierowanego do uczestników; na porównaniu poszczególnych wyników badań u dzieci z wynikami uzyskanymi w programach prowadzonych w poprzednich latach. Projekt programu wymaga uzupełnienia o projekt ankiety, która ma być przekazywana respondentom oraz o konkretne mierniki efektywności, gdyż, w tej postaci odnoszą się one wyłącznie do działań organizacyjnych. Mierniki efektywności powinny pozwalać na ocenę efektów przeprowadzonych interwencji oraz mierzyć ich wpływ na stan zdrowia uczestników. Ważne jest również uwzględnienie w tym

zakresie danych z poprzedniej edycji programu, w celu przeprowadzenia porównania. Mierniki efektywności powinny pozwalać na zmierzenie oczekiwanych efektów programu.

Warunki realizacji

Realizacja programu została przewidziana na lata 2015-2017. W projekcie zabrakło informacji o sposobie wyboru realizatora programu, który powinien zostać wyłoniony w ramach konkursu ofert. Autor dokładnie określa kompetencje realizatora programu oraz poszczególnych pracowników, którzy powinni być specjalistami w dziedzinie ortopedii bądź rehabilitacji.

Kwalifikacja do programu będzie się odbywać na podstawie roku urodzenia dzieci oraz pisemnej zgody rodziców. Dodatkowo na organizację zajęć i przeprowadzenie programu w szkołach muszą wyrazić zgodę dyrektorzy placówek.

Działania marketingowe będą prowadzone za pośrednictwem stron internetowych i plakatów udostępnianych na terenie Urzędu Miasta, placówki organizatora i szkół.

Wnioskodawca dokładnie określa koszty jednostkowe zaplanowanych interwencji oraz roczny koszt przeprowadzenia akcji promocyjno-edukacyjnej. Oszacowano również koszty całkowite realizacji projektu programu na 310 tys. zł w latach 2015-2017. Środki finansowe zostaną zagospodarowane w budżecie Gminy.

Wnioskodawca nie oszacował wstępnej liczebności grup, wśród których będą realizowane grupowe zajęcia terapeutyczne oraz przewidywanej liczby osób, która zostanie na nie skierowana, w związku z czym nie jest możliwe stwierdzenie, czy oszacowany budżet całkowity będzie wystarczający na realizację celu głównego. Należy podkreślić, że na wykonanie samych badań przesiewowych przy 100% frekwencji przewiduje się kwotę 126 tys. zł w ciągu 3 lat wdrażania projektu.

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), dla której na obecnym etapie wiedzy nie znaleziono przyczyny. 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 a-p 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 wielu 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 duży 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 żebrowego i wału lędźwiowego ocenianych w teście zgięciowym Adamsa. Badanie radiologiczne ma w skoliozach pierwszoplanowe znaczenie. Ocenę obrotu, czyli rotacji kręgów w skoliozie dokonuje się metodą Pedriolle.

Wady kończyn dolnych m. in. kolana koślawe i kolano szpotawe. Kolana koślawe mogą być wada nabytą lub wrodzona. 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 skręcenie kończyn dolnych do wewnątrz. W tym schorzeniu kolana charakteryzują się występowaniem nadwyprostu w stawach kolanowych, zaś 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 bocznego skrzywienia kręgosłupa, zniekształceń statycznych kończyn dolnych), w III klasie szkoły podstawowej (wykrywanie zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa), w V klasie szkoły podst., w klasie I gimnazjum oraz w I klasie szkoły ponadgimnazjalnej (wykrywanie zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego 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 skryningu. 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 rentgena w niskich dawkach lub kombinacji tych metod dowodzi trafności skierowań do specjalisty lecz brak jest wystarczających dowodów, 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 powiełały 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 tornistrów i 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-441-69/2015, „Program rozpoznawania i korekty wad postawy wśród dzieci i młodzieży gminy Siechnice na lata 2015-2017”, Warszawa, marzec 2015 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, maj 2012