



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 113/2015 z dnia 22 czerwca 2015 r.
o projekcie programu „Program zdrowotny w Gminie Pruszcz
Gdański na lata 2015-2017 w zakresie profilaktyki
wad postawy ciała u dzieci”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program zdrowotny w Gminie Pruszcz Gdański na lata 2015-2017 w zakresie profilaktyki wad postawy ciała 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, jednak nie wskazano danych epidemiologicznych, które umożliwiłyby ocenę skali problemu w regionie.

Cele postawione w projekcie przedstawiają działania możliwe do przeprowadzenia i powinny zostać przeformułowane. Oczekiwane efekty powinny zostać skonstruowane tak, aby przedstawiać spodziewane, realne skutki przeprowadzonych działań oraz pozostawać w spójności z celami. W programie nie wskazano mierników efektywności, co wymaga uzupełnienia.

W projekcie nie oszacowano liczebności populacji docelowej, ani nie wskazano liczby planowanych interwencji, co bezwzględnie wymaga uzupełnienia, gdyż jest podstawą wiarygodnego oszacowania budżetu. Planowane interwencje należy dokładnie określić pod względem rodzaju rozważanych badań diagnostycznych oraz sposób i liczby prowadzenia zajęć gimnastyki korekcyjnych. Ważne jest również ustosunkowanie się do działań edukacyjnych.

Doprecyzowania wymagają również 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.

Budżet przedstawiony w projekcie wymaga doprecyzowania. Należy wskazać koszty jednostkowe, przypadające na 1 uczestnika programu oraz poszczególne składowe kosztorysu. Obecne przedstawienie budżetu uniemożliwia jego weryfikację.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący wczesnego wykrywania i korekcji wad postawy u dzieci w gminie Pruszcz Gdański. Budżet całkowity przeznaczony na realizację programu wynosi 130 000 zł, zaś okres realizacji to lata 2015-2017.



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 nie przedstawiono natomiast danych epidemiologicznych, co wymagałoby uzupełnienia. 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, skoordynowanego 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

W projekcie programu określono cel główny, którym jest zapobieganie pogłębianiu się i utrwalaniu wad postawy ciała u dzieci. Dodatkowo wskazano 5 celów szczegółowych, które opisują możliwe do realizacji działania, nie zaś założenia, które mają zostać spełnione. W tej części należałoby uwzględnić cele, które mają być osiągnięte w wyniku przeprowadzonych interwencji, jak np. podniesienie poziomu wiedzy wśród uczestników, poprawa zgłaszalności na badania profilaktyczne i zajęcia korekcyjne oraz utrzymanie prawidłowej postawy ciała wśród dzieci.

Oczekiwane efekty przedstawione w projekcie odnoszą się głównie do podniesienia poziomu wiedzy wśród nauczycieli, rodziców i uczniów na temat profilaktyki wad postawy, wykształcenia nawyku utrzymania prawidłowej postawy ciała u dzieci, zahamowania wzrostu wad postawy. Warto jednak mieć na względzie, że sama zmiana świadomości nie musi prowadzić do zmiany zachowań. Zatem dodatkowym parametrem sprawdzającym, czy zmiana świadomości ma przełożenie na zmianę zachowań jest sprawdzenie, czy dzieci poddane interwencji utrzymują prawidłową postawę ciała i aktywność fizyczną. Należy mieć także na uwadze, że oczekiwane efekty powinny być spójne z postawionymi celami, powinny być możliwe do zmierzenia i nie odzwierciedlać konkretnych interwencji.

W projekcie nie przedstawiono mierników efektywności. 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 oraz sprawdzenie ile dzieci spośród leczonych po 3 miesiącach od zakończenia programu

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

Populacja docelowa

Populację docelową stanowią uczniowie klas I szkół podstawowych z terenu Pruszcza Gdańskiego. Nie oszacowano dokładniej liczebności tej populacji. Nie wskazano również jaki odsetek populacji docelowej ma zostać objęty badaniami diagnostycznymi. Nie określono również dokładnych kryteriów kwalifikacji do zaplanowanych działań. Oraz tego ile osób ostatecznie planuje się objąć gimnastyką korekcyjną.

Zgodnie z informacjami zamieszczonymi w Banku Danych Lokalnych GUS na 2014 r., populację docelową tj. dzieci w wieku 6 lat stanowiły 423 osoby.

W programie pojawia się również informacja o planowanych działaniach informacyjno-edukacyjnych, które miałyby również objąć rodziców/opiekunów dzieci. Nie określono jednak liczebności tej populacji.

Ta część projektu powinna zostać uzupełniona.

Interwencja

W projekcie w sposób bardzo ogólny przedstawiono interwencje. W ramach programu planuje się wykonanie badań diagnostycznych pod kątem wad postawy u dzieci oraz przeprowadzenie zajęć gimnastyki korekcyjnej na podstawie doboru odpowiednich zestawów ćwiczeń do korekcji wykrytej wady. Nie określono w projekcie programu za pomocą jakich badań diagnostycznych oraz kontrolnych będą wykrywane wady podstawy, a także nie określono samych ćwiczeń korekcyjnych, co wymaga uzupełnienia.

Istotną kwestią jest odpowiednie dobranie metod diagnostycznych. Zgodnie z wytycznymi, w wykrywaniu wad postawy pomocna może okazać się ocena wartości kąta rotacji tułowia, oceny fotogrametrycznej Moire'a oraz RTG w niskich dawkach.

Należy w odpowiedni sposób zaplanować przeprowadzanie zajęć gimnastyki korekcyjnej. Dobrym rozwiązaniem w tej kwestii jest podział uczestników na grupy, zależny od stopnia zaawansowania wady postawy i dobranie odpowiedniego zestawu ćwiczeń i ich częstotliwości do poszczególnej z grup. Warto mieć również na uwadze dzieci, które będą wymagały ćwiczeń indywidualnych.

Ważną rolę w kształtowaniu prawidłowej sylwetki dzieci mają ich rodzice/opiekunowie. Dlatego też program powinien zostać skonstruowany w taki sposób, aby umożliwić rodzicom uczestnictwo w zajęciach oraz umożliwić kontynuowanie ćwiczeń w domu pod ich okiem.

Należy zaznaczyć, że zaproponowane badania 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.

Ważnym aspektem opiniowanego projektu są działania edukacyjne przeprowadzane zarówno wśród beneficjentów programu oraz ich rodziców. Niestety nie zostało doprecyzowane co będzie tematem spotkań, ani jak planuje się zorganizować część edukacyjną. Nie określono również kto będzie odpowiedzialny za prowadzenie cyklu spotkań, co warto byłoby uzupełnić.

Monitorowanie i ewaluacja

W przedstawionym projekcie programu nie zaplanowano monitorowania i ewaluacji. Jest to niezbędny element programów polityki zdrowotnej, który umożliwi sprawdzenie, czy program jest realizowany zgodnie z założeniami oraz określenie efektywności i jakości prowadzonych działań oraz ich wpływu na zdrowie populacji. Monitorowanie powinno zostać przeprowadzone w oparciu o plan monitorowania uwzględniający harmonogram monitorowania, zakres monitorowanych informacji, źródło ich pozyskiwania oraz osoby odpowiedzialne za przeprowadzenie monitorowania programu. Jednym z monitorowanych elementów może być ocena zgłaszalności do programu oraz ocenę jakości udzielonych świadczeń.

W zakresie monitorowania programu można wykorzystać wskaźniki takie jak: liczba osób zgłoszonych do programu, liczba dzieci niezakwalifikowanych z powodu braku zgody rodziców, liczba uczestników działań edukacyjnych, liczbę uczestników zajęć gimnastyki korekcyjnej, liczbę wydanych skierowań do dalszej diagnostyki, liczbę potwierdzonych wad postawy oraz w odniesieniu do oceny jakości wyniki ankiety badania satysfakcji uczestników.

Warunki realizacji

W projekcie nie przedstawiono żadnych informacji dotyczących realizatora programu. Nie określono jakimi zasobami kadrowymi, sprzętowymi oraz lokalowymi powinien dysponować realizator programu. Wykwalifikowany personel, jakimi są specjaliści w zakresie rehabilitacji ruchowej, ortopedzi, czy też osoby specjalizujące się w fizjoterapii lub korektach wady postawy, to podstawa dobrze przygotowanego programu w tym zakresie. Jest to zgodne z wytycznymi, które mówią, że efektywność przesiewu zwiększa wykonywanie go przez doświadczonych, wyspecjalizowanych pracowników medycznych. Nie wskazano w jaki sposób zostanie wybrany realizator świadczeń. Zgodnie z zapisami ustawowymi, realizator powinien zostać wyłoniony w otwartym konkursie ofert.

W projekcie programu nie odnaleziono informacji na temat zakończenia udziału w programie. Zakończenie udziału w programie powinno być możliwe na każdym etapie programu na życzenie rodzica. Nie wspomniano również o ewentualnej obowiązkowej zgodzie rodziców na udział danego dziecka w programie. Tę kwestię również warto doprecyzować.

Budżet całkowity przeznaczony na realizację programu wynosi 130 000 zł. Nie określono jednak kosztów jednostkowych, jak również nie podano kosztu poszczególnych świadczeń udzielanych w ramach programu oraz wielkości populacji docelowej. W związku z tym zweryfikowanie, czy przedstawiony budżet jest wystarczający na pokrycie zaplanowanych działań jest utrudnione. Co więcej ze względu na brak spójności między celami, efektami i działaniami trudno jest uzasadnić, że planowane środki będą zasadnym wydatkiem z budżetu jst.

Okres realizacji programu to lata 2015-2017.

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 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 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 kolana 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 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 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-441-110/2015, „Program zdrowotny w Gminie Pruszcz Gdański na lata 2015-2017 w zakresie profilaktyki wad postawy ciała u dzieci”, Warszawa, czerwiec 2015 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, Warszawa maj 2012