



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 151/2015 z dnia 2 października 2015 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Zapobieganie
wadom postawy u dzieci zamieszkałych na terenie Miasta Kalisza
uczęszczających do I klasy szkoły podstawowej”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Zapobieganie wadom postawy u dzieci zamieszkałych na terenie Miasta Kalisza uczęszczających do I klasy szkoły podstawowej”.

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. Ze względu jednak na szereg uchybień, niemożliwe jest wydanie pozytywnej opinii. Wskazane braki sugerują, że podjęte działania nie wpłyną na poprawę stanu zdrowia w populacji objętej programem.

Nie wskazano jednak danych epidemiologicznych, które umożliwiłyby ocenę skali problemu w regionie.

Przedstawione cele, oczekiwane efekty i mierniki efektywności nie są ze sobą spójne, co powinno zostać skorygowane. Należy pamiętać, że cele nie powinny przedstawiać planowanych interwencji, a skutek prowadzonych działań. Oczekiwane efekty powinny określać wielkość wprowadzonych zmian. Mierniki efektywności powinny dostarczać informacji na temat stopnia realizacji postawionych celów.

Populacją wskazaną w projekcie są uczniowie I klas szkoły podstawowej oraz ich rodzice/opiekunowie prawni. W projekcie nie wskazano liczebności poszczególnych grup ani planowanej liczby uczestników co wymaga uzupełnienia.

Zaplanowane w projekcie interwencje stanowią w zakresie badań diagnostycznych działania już finansowane ze środków publicznych. W odniesieniu zaś do działań edukacyjnych nie wskazano szczegółów ich dotyczących, przez co nie można odnieść się do niej merytorycznie.

Doprecyzowania wymaga zaplanowana ocena efektywności programu. Proszę zauważyć, że powinna uwzględniać mierniki efektywności i być przeprowadzona w sposób umożliwiający wiarygodną ocenę wpływu interwencji na zdrowia i zachowania prozdrowotne uczestników.

Przedstawiony w projekcie budżet nie zawiera kosztów poszczególnych składowych, co uniemożliwia jego weryfikację.



Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący wczesnego wykrywania i korekcji wad postawy u dzieci. Budżet całkowity przeznaczony na realizację programu wynosi 50 000 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

Głównym celem programu jest podniesienie świadomości rodziców w zakresie ochrony zdrowia i możliwości zapobiegania wadom postawy. Dodatkowo wskazano 3 cele szczegółowe. Proszę zauważyć, że szerzenie wśród rodziców i opiekunów informacji na temat prawidłowego rozwoju ruchowego dziecka oraz promocja zdrowego stylu życia są działaniami możliwymi do podjęcia, nie zaś celami. Wśród celów programu proszę uwzględnić skutki działania programu.

Oczekiwane efekty wskazane zostały w sposób ogólny nie odnoszący się bezpośrednio do celów programu. Wskazano, że prowadzone działania doprowadzą do zmiany postawy zdrowotnej grupy docelowej. Aby móc ocenić wielkość uzyskanego efektu zdrowotnego należy zdefiniować go precyzyjnie.

Mierniki efektywności zostały określone w sposób nieprecyzyjny. Proszę pamiętać, że są one niezbędne do określenia stopnia zrealizowania postawionych celów. W omawianym projekcie miernikami efektywności mogą być: liczba dzieci spośród badanych u których wykryto wady postawy i skierowano do dalszego leczenia oraz liczba dzieci spośród leczonych (po zakończeniu programu) która, po 3 miesiącach od zakończenia zajęć terapeutycznych utrzymuje prawidłową pozycję ciała, liczba dzieci spośród leczonych, która

nadal wykonuje zalecone ćwiczenia. W celu oceny stanu wiedzy na temat dbania o prawidłową postawę ciała, proszę rozważyć przeprowadzenie ankiety.

Populacja docelowa

Populację docelową stanowią uczniowie klas I szkoły podstawowej (w danym roku realizacji programu) na terenie Kalisza oraz ich rodzice/opiekunowie prawni. W projekcie nie wskazano precyzyjnie liczby osób objętych działaniami programu, jednak w zestawieniu kosztów całkowitych podkreśla, że w danym roku realizacji zostały zagospodarowane środki na uczestnictwo 58% dzieci z całej populacji docelowej (wg wyliczeń analityka ok. 769 osób).

Według danych GUS, populację docelową w 2014 r., tj. dzieci w I kl. szkoły podstawowej w Kaliszu, stanowiło blisko 2 056 osób. Zgodnie z informacjami przedstawionymi przez Centrum Informatyczne Edukacji na terenie miasta znajduje się 15 szkół podstawowych (stan na 27.03.2015). W projekcie nie wspomniano o docelowej liczbie placówek oświaty objętych działaniami programu, jak i miejscu wykonywania zaplanowanych świadczeń.

W projekcie nie wskazano liczebności populacji rodziców/opiekunów prawnych, którzy mają być objęci działaniami edukacyjnymi.

Interwencja

Projekt programu przewiduje realizację badań przesiewowych w kierunku wad postawy u dzieci oraz spotkania edukacyjne z rodzicami/opiekunami prawnymi.

W ramach badań przesiewowych przewiduje się diagnostykę fizjoterapeutyczną (badania czynnościowego wraz z oceną, badania mięśni, zakresu ruchów, pomiary antropometryczne) oraz ocenę potrzeb zaopatrzenia ortotycznego i w razie potrzeby dobór indywidualnego zestawu ćwiczeń dla uczestników programu..

Natomiast w odniesieniu do spotkań edukacyjnych dotyczących problemu wad postawy i związanego z nimi postępowania, nie podano szczegółów ich realizacji.

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 powielania świadczeń i podwójnego finansowania w w/w grupie wiekowej.

Monitorowanie i ewaluacja

Ocena zgłaszalności oparta będzie o listy uczestnictwa oraz comiesięczne sprawozdania przedstawiane przez realizatora programu. Warto te dane odnieść do całkowitej liczby osób, które mogą być dotknięte problemem wad postawy.

Celem oceny jakości świadczeń w programie zostanie wyznaczona osoba za nią odpowiedzialna. Każdy rodzic/opiekun dziecka zostanie poinformowany o możliwości zgłaszania pisemnych uwag w danym zakresie.

Ocena efektywności została zaplanowana w oparciu o ocenę frekwencji w programie co ogranicza się do oceny zgłaszalności. Należy mieć na uwadze, że ocena efektywności prowadzonych działań powinna w sposób rzetelny wskazywać w jaki sposób prowadzone działania wpłynęły na zdrowie populacji i uczestników programu. W omawianym programie oceny takiej można dokonać na podstawie zaproponowanych mierników efektywności:

liczby dzieci spośród badanych u których wykryto wady postawy i skierowano do dalszej diagnostyki, liczby dzieci korzystających z zajęć korekcji wad postawy (po wcześniejszym uczestnictwie w programie) oraz liczby dzieci spośród leczonych u których nastąpiła zmiana postawy ciała utrzymująca się po 3 miesiącach od zakończenia zajęć korekcyjnych.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wyłoniony na podstawie otwartego konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W projekcie przedstawiono najważniejsze części składowe, etapy i działania organizacyjne. Określono planowane interwencje, kryteria kwalifikacji uczestników do programu. Przedstawiono także sposób zakończenia uczestnictwa w programie.

Całkowity budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 50 000 zł. Wskazano koszt jednostkowy, jednak nie przedstawiono kosztu poszczególnych składowych programu, co uniemożliwia pełną weryfikację budżetu.

Okres realizacji programu został zaplanowany na II połowę roku 2015.

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. Wada ta charakteryzuje się osłabieniem mięśni, wysunięciem do przodu głowy i barków, przykurczem mięśni klatki piersiowej oraz 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 i ustawieniem miednicy oraz napięciem i długością mięśni stabilizujących stawy biodrowe. Wada ta może być wrodzona lub nabyta w skutek dystonii mięśniowej.

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. W konsekwencji dochodzi do 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. Przeciążenie kręgosłupa prowadzi do zmian zwyrodnieniowych, upośledzenia pojemności i ruchomości klatki piersiowej i zwiększa skłonność do powstawania bocznych skrzywień kręgosłupa.

Skolioza idiopatyczna (SI) jest typem skoliozy strukturalnej (skolioza utrwalona), o nieznanym etiologii. Cechami charakterystycznymi są: deformacja kręgosłupa w trzech płaszczyznach (czołowej, strzałkowej i poprzecznej) i kąt skrzywienia mierzony sposobem Cobba na zdjęciu RTG wykonanym w pozycji stojącej w projekcji przednio-tylnej wynoszący co najmniej 10°. SI powstaje w wieku rozwojowym, ma tendencję do pogłębiania się w okresach szybkiego wzrostu kręgosłupa. Progresja SI 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 wada ta może dotyczyć nawet 15% społeczeństwa. Znaczenie prognostyczne zarówno w profilaktyce, jak i w leczeniu bocznych idiopatycznych skrzywień kręgosłupa mają pomiary antropometryczne. Do najbardziej użytecznych testów należy zaliczyć: pomiar wysokości ciała w pozycjach stojącej i siedzącej, pomiary rozstępu ramion, ustawienia barków i ustawienia miednicy (symetryczne, asymetryczne), pomiar długości kończyn górnych i dolnych, wielkości kifozy i lordozy oraz ruchomości całkowitej kręgosłupa w płaszczyznach strzałkowej i czołowej: wielkość garbu żeberowego 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.

Wadami kończyn dolnych, są tzw 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 skręcenie kończyn dolnych do wewnątrz. W tym schorzeniu kolana charakteryzują się występowaniem nadwyprostu w stawach kolanowych, natomiast 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.

Podkreślić należy brak dobrych metodologicznie badań poświadczających efektywność skringu. Odnalezione dane wskazują, że wartość predykcyjna 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, 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 znaczenie czynników sprzyjających wadom postawy oraz budowanie i wzmacnianie znaczenia zachowania prawidłowej postawy. Istotne jest też znaczenie nieprzeciążania 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. 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-441-175/2015, „Zapobieganie wadom postawy u dzieci zamieszkałych na terenie Miasta Kalisza uczęszczających do I klasy szkoły podstawowej” realizowany przez: Miasto Kalisz, Warszawa, sierpień 2015 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, maj 2012.