



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 66/2016 z dnia 21 kwietnia 2016 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki wad postawy u dzieci” realizowany przez powiat Legionowski

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki wad postawy u dzieci” 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 II szkół podstawowych, co może pozwolić na osiągnięcie widocznych efektów zaplanowanych interwencji w populacji. Ponadto do programu planuje się zaprosić dzieci z wykrytymi wadami postawy z poprzedniej edycji programu, jednak nie wskazano uzasadnienia dla włączenia tej populacji oraz określenia jej liczebności.

W ramach projektu nie przedstawiono jakie dokładnie badania zostaną wykonane 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 wymagają doprecyzowania, tak aby możliwa była ocena przebiegu realizacji programu oraz wpływu interwencji na zdrowie populacji.

Przedstawiony budżet budzi wątpliwości pod względem określonego kosztu badania przesiewowego oraz rozbieżności dotyczących populacji biorącej udział w ćwiczeniach korekcyjnych.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci. Okres realizacji programu został zaplanowany na rok 2016, zaś budżet całkowity wynosi ok. 21 900 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.

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 wykrycie wady postawy podczas badania przesiewowego uczniów w wieku 7-8 lat. Dodatkowo wskazano 5 celów szczegółowych. 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 zostały wskazane w sposób poprawny.

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 programu stanowią uczniowie klas II szkół podstawowych na terenie powiatu legionowskiego oraz ich rodzice, jak również w ramach gimnastyki korekcyjnej – uczniowie z wadami postawy zdiagnozowanymi w poprzedniej edycji programu.

Oszacowano liczbę potencjalnych uczestników badań przesiewowych w kierunku wad postawy, tj. 1,5 tys. uczniów klas II z całego powiatu oraz liczbę uczestników zajęć gimnastyki korekcyjnej tj. 466 dzieci (ok. 50%) z wadami postawy z poprzedniej edycji programu (2015 r.) i ich rodzice. Metodologia wybranych liczebności populacji nie została w projekcie dokładnie określona. Nie przedstawiono liczebności rodziców zaproszonych do uczestnictwa w spotkaniach informacyjnych.

Mimo uwzględnienia w populacji docelowej uczniów szkół podstawowych i ich rodziców/opiekunów prawnych, warto uszczegółwić kwestię współpracy z lokalnymi szkołami podstawowymi, ze szczególnym uwzględnieniem grona pedagogicznego i dyrekcji danych placówek oświaty. Opis roli potencjalnych wychowawców drugoklasistów w projekcie programu wydaje się być bardzo chaotyczny.

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, co należy uzupełnić.

Projekt programu zapewnia realizację tzw. gimnastyki korekcyjnej dla uczniów z wykrytymi wadami postawy, jednak budzi ona pewne wątpliwości. W projekcie nie uzasadniono organizacji ćwiczeń dla dzieci z poprzedniej edycji programu oraz nie wskazano powodu włączenia do programu tylko 50% tej populacji. Ponadto ćwiczenia korekcyjne w ramach programu będą trwały stosunkowo krótko, gdyż zaplanowano jedynie 3 zajęcia w odstępach 10-dniowych. Trzeba mieć na uwadze, że zaplanowana liczba zajęć może nie wystarczyć na osiągnięcie widocznej poprawy postawy ciała u dzieci.

Należy podkreślić, że testy przesiewowe w kierunku wad postawy, mające na celu ich wczesne wykrywanie oraz kierowanie dzieci do leczenia, zanim wady te się utrwalą, znajdują się w zestawie rutynowych badań wykonywanych tradycyjnie w wieku szkolnym. Projekt programu uzupełnia ww. zakres badań przesiewowych w kierunku wad postawy o świadczenia wśród uczniów klasy II szkoły podstawowej.

Ważnym elementem projektów programach polityki zdrowotnej o tej tematyce 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

Monitorowanie i ewaluacja programu nie zostały uwzględnione w projekcie programu, co należy uzupełnić.

W ramach oceny zgłaszalności warto określić liczbę osób, która wzięła udział w poszczególnych etapach programu oraz liczbę osób niezakwalifikowaną do programu oraz która zrezygnowała z udziału w jego trakcie.

Ocena jakości udzielanych świadczeń może zostać przygotowana z wykorzystaniem wyników ankiety satysfakcji uczestników.

W ramach oceny efektywności proszę rozważyć zbadanie w odniesieniu do dzieci: odsetka wykrytych wad postawy, odsetka uczestników skierowanych do dalszej diagnostyki, liczby uczestników stosujących się do zaleceń zdrowotnych oraz zmianę w poziomie wiedzy na temat prawidłowych zachowań prozdrowotnych.

Warunki realizacji

W projekcie brakuje informacji na temat realizatora, co należy uzupełnić. Należy pamiętać, że wybór realizatora powinien odbyć się na zasadach otwartego konkursu ofert.

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 kosztów jednostkowych i jego koszt całkowity, który wynosi 21 900 zł. Wątpliwości budzi zarówno niski koszt badania przesiewowego (ok. 5 zł/osobę), jak również sposób finansowania gimnastyki korekcyjnej. W projekcie uwzględniono współfinansowanie świadczeń rehabilitacyjnych przez rodziców populacji zdiagnozowanej w roku 2015. Nie uzasadnia jednak podziału kosztów zaplanowanych działań.

Ponadto w zestawieniu kosztów jednostkowych w projekcie sugeruje się uczestnictwo blisko 800 dzieci w gimnastyce korekcyjnej. W opisie populacji docelowej wspomina się jednak o 466 potencjalnych uczestnikach programu. Należy ustosunkować się do ww. rozbieżności.

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 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), 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 predykcjna 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 wszystkim, 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.441.35.2016 „Program profilaktyki wad postawy u dzieci” realizowany przez: powiat legionowski, Warszawa kwiecień 2016, Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny” , maj 2012. oraz opinii Rady Przejrzystości nr 111/2016 z dnia 11 kwietnia 2016 roku o projekcie programu „Program profilaktyki wad postawy u dzieci” powiatu legionowskiego