



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 85/2016 z dnia 13 maja 2016 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program badań wad
postawy u dzieci szkół podstawowych i gimnazjum gminy
Trzebowniko”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program badań wad postawy u dzieci szkół podstawowych i gimnazjum gminy Trzebowniko”.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy istotnej kwestii jaką jest wczesne wykrywanie wad postawy u dzieci i młodzieży.

W projekcie nie przedstawiono najważniejszych informacji, które są podstawą do oceny zasadności przeprowadzenia programu. Brak podstawowych informacji o projekcie warunkuje negatywną opinię Prezesa Agencji.

W projekcie należy poprawnie określić cele, zgodnie z zasadą SMART, oraz odpowiednio dobrać do nich mierniki efektywności.

Oszacowanie dotyczące populacji powinno zawierać możliwą do włączenia populację docelową oraz odsetek osób, który planuje się do programu zaprosić. Istotne jest także jasne określenie kryteriów kwalifikacji.

W omawianym problemie zdrowotnym należy także wziąć pod uwagę zaproszenie do programu rodziców/opiekunów prawnych dzieci oraz kadry pedagogicznej w zakresie edukacji zdrowotnej.

Interwencje planowane w programie powinny zostać opisane w sposób jasny i precyzyjny z dokładnym przedstawieniem wykorzystywanych metod diagnostycznych. Ważne jest także określenie kompetencji personelu, który interwencje będzie realizować.

W zakresie wykrywania wad postawy warto zaplanować działania z zakresu gimnastyki korekcyjnej. Mogą to być spotkania w formie zajęć grupowych, jednorazowy instruktaż lub też zalecenia do wykonywania ćwiczeń w domu pod okiem opiekunów. Działania takie pozwolą na kontynuację interwencji podjętych w programie. W przypadku braku możliwości ich zaplanowania, warto poinformować uczestników, gdzie powinni zgłosić się na dalsze postępowanie terapeutyczne.

Projekt powinien zawierać także opis procesu monitorowania i ewaluacji, który umożliwi ocenę efektywności programu, jego wpływu na zdrowie populacji, oraz ocenę przebiegu realizacji programu.

Niezbędne jest także oszacowanie kosztów związanych z programem, które powinny uwzględniać koszty poszczególnych składowych w odniesieniu do określonej liczebności populacji docelowej.

Wskazanie okresu realizacji programu pozwala natomiast ocenić czy założone cele będą możliwe do realizacji przy wykorzystaniu danej interwencji. Należy więc tą kwestię także uzupełnić.

Przedmiot opinii



Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci. Nie określono czasu realizacji programu oraz nie wskazano kosztów programu.

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 nie przedstawiono opisu problemu zdrowotnego oraz danych epidemiologicznych, co wymaga uzupełnienia. Jest to ważna kwestia, która pozwala ocenić skalę problemu w regionie.

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 minimalizowanie zjawiska społecznego jakim są wady postawy wśród dzieci i młodzieży w gminie Trzebowno. Dodatkowo wskazano 7 celów szczegółowych. Należy zwrócić uwagę, że 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 klarowny. Należy określić konkretne spodziewane rezultaty wynikające z prowadzonych działań w ramach programu np. poprawa postawy u wskazanej części dzieci biorących udział w zajęciach korekcyjnych.

Przedstawiony projekt nie zawiera mierników efektywności. Proszę mieć na względzie, że jest to niezbędny element przy realizacji programów polityki zdrowotnej, który umożliwia ocenę stopnia realizacji celów. W omawianym programie miernikami efektywności mogą być odsetek dzieci, u których wykryto wady postawy i schorzenia kręgosłupa i skierowano do dalszego leczenia. Dane te należy odnieść do wcześniejszej sytuacji epidemiologicznej. Warto także sprawdzić stan wiedzy na temat dbania o prawidłową postawę ciała przed i po przeprowadzeniu projektu.

Populacja docelowa

Populację docelową stanowią uczniowie szkół podstawowych i gimnazjalnych z terenu Gminy Trzebownik w wieku od 6 do 15 lat. W projekcie nie określono liczebności populacji jaka może skorzystać z programu. Na podstawie danych GUS za 2014 r. populację można oszacować na ok. 2 400 osób. Należy jednak kwestię tą uzupełnić. Określenie populacji, która zostanie włączona do programu jest istotne z punktu widzenia osiągnięcia efektów zdrowotnych oraz odpowiedniego zaplanowania budżetu.

Główne kryteria kwalifikacji do uczestnictwa w programie to: uczęszczanie do klas I-VI szkoły podstawowej. Należy także uwzględnić w kryteriach pisemną zgodę rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie.

W realizację programu zostaną zaangażowane placówki oświaty z terenu gminy. Szczególnie dużą rolę mają mieć osoby kierujące tymi placówkami czyli dyrektorzy szkół. Warto w tym miejscu uwzględnić także rolę kadry pedagogicznej. Wspomniana populacja odgrywałaby ważną rolę w rozpowszechnianiu informacji o możliwości uczestnictwa w programie badań przesiewowych w kierunku wad postawy oraz w działaniach edukacyjnych populacji docelowej i ich rodziców/opiekunów prawnych.

Istotne jest także zaangażowanie w działania programowe rodziców/opiekunów, którzy powinni zostać poinstruowani o możliwych wadach postawy oraz postępowaniu profilaktycznym i/lub terapeutycznym.

Interwencja

W ramach planowanych interwencji, projekt programu zakłada wykonanie badań kontrolnych w kierunku wad postawy w populacji uczniów szkół podstawowych oraz gimnazjów jak również przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej wśród uczniów.

W projekcie nie wskazano jakie narzędzie przesiewowe zostanie wykorzystane. Należałoby tą kwestię uzupełnić i przedstawić zakres prowadzonych badań.

W projekcie programu nie przewidziano prowadzenia działań z zakresu gimnastyki korekcyjnej, ani ewentualnego przekazania zaleceń do wykonywania ćwiczeń w domu. Działanie takie wydaje się być niewłaściwe. Pozostawianie uczestników z wynikiem badania, bez zapewnienia dalszego postępowania może narażać uczestników na dyskomfort. Ponadto brak zapewnienia działań terapeutycznych (nawet poza programem, jako kontynuacja świadczeń) utrudnia późniejsze monitorowanie zmiany stanu zdrowia u uczestników (nie wiadomym będzie u ilu dzieci wada postawy zmniejszyła się lub pogłębiła), co uniemożliwi ocenę efektywności programu.

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 II,IV szkoły podstawowej oraz II i III gimnazjum).

Ważnym elementem ocenianego projektu są działania edukacyjne przeprowadzane zarówno wśród uczestników programu, jak i ich rodziców/opiekunów prawnych. W projekcie nie zaplanowano działań skierowanych do opiekunów, zaś te skierowane do uczestników nie zostały dostatecznie opisane. Warto zatem tą część programu uzupełnić.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie programu nie odniesiono się do jego monitorowania oraz ewaluacji, co należy uzupełnić. Jest to ważny element programu polityki zdrowotnej, który pozwala na ocenę realizacji programu (czy spełnione zostały założenia dotyczące frekwencji, wykonawstwa badań itp.), jak również pozwala na ocenę efektów zastosowanych interwencji (czy zaplanowana interwencja pozwoliła na zdiagnozowanie wszystkich przypadków wad postawy, czy wszyscy uczestnicy z wadami postawy

zostali skierowani do leczenia, czy działania edukacyjne pozwoliły na uniknięcie występowania nowych przypadków wad postawy). Późniejsza ewaluacja programu pozwala natomiast na ocenę długookresowych efektów zdrowotnych (trendy epidemiologiczne występowania wad postawy) i ewentualną ocenę potrzeby wdrożenia kolejnych edycji programu.

Warunki realizacji

Projekt programu zawiera pobieżny opis działań organizacyjnych. Brakuje dokładnego podziału na etapy organizacyjne. Dodatkowo każdy z etapów powinien zawierać określone działania. Dodatkowo projekt nie zawiera podstawowych elementów dobrze skonstruowanego projektu programu takich jak: sposób kwalifikacji do programu, zaplanowanych i opisanych interwencji, zasad udzielania świadczeń w programie, sposobu powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych oraz sposobu zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji.

Realizator programu zostanie wybrany na zasadach konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. Nie określono dokładnie jakimi zasobami kadrowymi, sprzętowymi oraz lokalowymi powinien dysponować.

W projekcie nie przedstawiono budżetu, co należy uzupełnić. Istotne jest, aby kosztorys zawierał oszacowanie wszystkich składowych programu z uwzględnieniem kosztów jednostkowych. Ważne jest aby środki w ramach programu były wydatkowane w sposób efektywny.

Projekt nie zawiera także okresu realizacji, co uniemożliwia ocenę czy w danym okresie postawiony cel może zostać zrealizowany.

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 pochylenia 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 skriningu. Odnalezione dane wskazują, że wartość predykcyjna wyniku dodatkiego 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 powieliły 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.441.57.2016 „Program badań wad postawy u dzieci szkół podstawowych i gimnazjum gminy Trzebowniko” realizowany przez: gminę Trzebowniko, Warszawa kwiecień 2016, Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, maj 2012. oraz opinia Rady Przejrzystości nr 134/2016 z dnia 9 maja 2016 roku o projekcie programu „Program badań wad postawy u dzieci szkół podstawowych i gimnazjum gminy Trzebowniko”