



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 212/2016 z dnia 28 października 2016 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program wczesnego
wykrywania i zapobiegania powstawaniu wad postawy u dzieci
w wieku szkolnym z terenu Gminy Bieruń”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program wczesnego wykrywania i zapobiegania powstawaniu wad postawy u dzieci w wieku szkolnym z terenu Gminy Bieruń”.

Uzasadnienie

Na negatywną opinię Prezesa Agencji wpływa brak przedstawienia najważniejszych informacji, które są podstawą do oceny zasadności przeprowadzenia programu m.in. planowanych interwencji, monitorowania i ewaluacji oraz kosztów szczegółowych. W odniesieniu do poszczególnych części wskazano następujące uwagi.

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

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

Nie określono szczegółów planowanych interwencji, co jest koniecznym warunkiem prawidłowo zaplanowanego programu. Oprócz badań diagnostycznych warto byłoby w ramach programu zaplanować również działania z zakresu gimnastyki korekcyjnej.

Należy także doprecyzować proces ewaluacji programu, który jest ważnym źródłem informacji na temat wpływu działań programowych na zdrowie populacji.

Brak określenia szczegółów interwencji uniemożliwia weryfikację budżetu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci. Wskazany czas realizacji programu to lata 2016-2017, a całkowity koszt przewidziany program określono na 30 000 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. Przedstawiono opis problemu zdrowotnego, w który wymieniono najczęściej występujące wady postawy oraz wskazano przyczyny ich powstawania. Odniesiono się do częstości występowania wad postawy w wieku rozwojowym, ale nie zawarto informacji na temat lokalnej sytuacji epidemiologicznej.

Zaburzenia układu ruchu, związane z intensywnym wzrastaniem i kształtowaniem się postawy ciała, według różnych autorów występują u 10–80% dzieci w wieku szkolnym. Tak duże różnice przedstawionego odsetka wynikają przede wszystkim z braku ujednoczonych kryteriów diagnostycznych oraz indywidualnego przebiegu posturogenezy. Uznać można, że zaburzenia charakteryzujące się poważnym przebiegiem dotyczą ok. 10–15% dzieci. Wśród najczęściej występujących zaburzeń układu ruchu wymienić należy: boczne skrzywienie kręgosłupa (skoliozę) występujące u 2-4% dzieci i młodzieży, młodzieńczą kifozę piersiową (chorobę Scheuermana) występującą u 3-5% nastolatków, oraz zniekształcenia statyczne kończyn dolnych, które dotyczą ok. 10-15% dzieci.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest czesne rozpoznanie występujących u dzieci wad postawy, skolioz i innych nieprawidłowości w narządach ruchu, a także identyfikacja dzieci zagrożonych wadami postawy, która doprowadzi do podjęcia działań w kierunku korekty wady, a w przypadku zmian chorobowych, rozpoczęcia leczenia specjalistycznego w ramach ubezpieczenia w NFZ. Dodatkowo wskazano 9 celów szczegółowych. Ważne jest, by cele szczegółowe nie przedstawiały działań możliwych do podjęcia, ale ich rezultaty. W związku z tym zaproponowane cele szczegółowe (np. przekazywanie wiedzy i umiejętności w zakresie kształtowania prawidłowych postaw dzieci) nie zostały sformułowane w sposób prawidłowy. Warto cele programowe tworzyć zgodnie z zasadą SMART, według której cel powinien być m.in. szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

Prezentowany projekt nie zawiera mierników efektywności. Proszę mieć na względzie, że jest to niezbędny element przy realizacji programów polityki zdrowotnej, który umożliwi 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 ocenianego programu stanowią uczniowie klas I i II szkół podstawowych gminy Bieruń. Liczbę potencjalnych uczestników programu oszacowano na około 600 osób (400 uczniów w roku 2016 oraz 200 uczniów w roku 2017), co jest zbieżne z danymi GUS.

Populacja docelowa została zaplanowana prawidłowo.

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 przesiewowych w kierunku wad postawy w populacji pierwszo- oraz drugoklasistów (uczyszczających do szkół podstawowych z terenu Gminy Bieruń). Nie sprecyzowano jednak jakie badania zostaną wykonane. Także w zestawieniu kosztów programu brak odwołania do szczegółów planowanej interwencji.

W projekcie nie wskazano jakie narzędzie przesiewowe zostanie wykorzystane, co jest poważnym ograniczeniem przedstawionego projektu programu. Należałoby tą kwestię uzupełnić i przedstawić zakres prowadzonych badań.

Należy wskazać, że odnalezione wytyczne nie są zgodne co do prowadzenia przesiewowych programów z zakresu wykrywania wad postawy. Niektóre wytyczne wskazują, że szkolne programy przesiewowe stanowią narzędzie umożliwiające wczesną diagnozę wad postawy i istnieje potrzeba prowadzenia skutecznych badań przesiewowych (z wykorzystaniem m.in. testu Adamsa oraz pomiaru

skoliometrem). Niektóre wytyczne nie zalecają natomiast przeprowadzania badań przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wśród młodzieży bez objawów choroby, czego powodem jest niska wartość predykcyjna screeningu oraz możliwość kierowania na niepotrzebną terapię (uwzględniającą np. gorsetowanie).

Warto zaznaczyć, że w programie nie odniesiono się do kwestii zajęć fizycznych, mimo iż jeden z celów szczegółowych przewiduje wzmocnienie aktywności ruchowej dzieci, a w uzasadnieniu podkreślono rolę gimnastyki korekcyjnej. Przedstawiono jedynie informację, że w przypadku konieczności leczenia wykrytego schorzenia realizator programu poinformuje rodzica/opiekuna o zalecanym sposobie dalszego postępowania. Zasadne byłoby przeprowadzenie działań z zakresu gimnastyki korekcyjnej.

Informacje na temat planowanych działań edukacyjnych przedstawiono w sposób chaotyczny oraz mało precyzyjny. Zaznaczono jedynie, że każdy rodzic otrzyma ulotki informacyjne, umożliwiające podjęcie decyzji nt. udziału dziecka w programie oraz że planowane jest również przeprowadzenie cyklu spotkań z rodzicami i nauczycielami. Nie określono jednak zakresu tematycznego owych spotkań oraz kompetencji osoby wyznaczonej do ich prowadzenia.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie programu (ocena zgłaszalności i jakości udzielanych świadczeń) zostało zaplanowane poprawnie.

Ocena efektywności (ewaluacja) nie została zaplanowana prawidłowo, co należy skorygować. W ramach oceny efektywności warto byłoby uwzględnić liczbę dzieci skierowanych na rehabilitację oraz liczbę dzieci z potwierdzonymi wadami postawy oraz odnieść te dane do danych z lat ubiegłych.

Istotne jest także utrzymanie trwałości uzyskanych efektów zdrowotnych. W tym przypadku ważne jest podjęcie działań, które pozwolą na zachowanie u dzieci prawidłowej postawy ciała, tak aby nie doszło do pogłębienia wady postawy.

Warunki realizacji

Projekt programu zawiera pobieżny opis działań organizacyjnych, które przedstawiono w postaci pięciu etapów.

Nie wskazano sposobu dotarcia z informacją o programie do zainteresowanych osób. Należy podkreślić, że dobrze zaplanowana akcja informacyjno-promocyjna programu może być istotnym wyznacznikiem równego dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Realizator programu zostanie wybrany na zasadach konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. Nie określono jakimi zasobami kadrowymi, sprzętowymi oraz lokalowymi powinien dysponować, co wymagałoby uzupełnienia. Szczególnie istotnym aspektem programu jest wykwalifikowany personel, jakim są specjaliści w zakresie rehabilitacji ruchowej, ortopedzi, czy też osoby specjalizujące się w fizjoterapii lub korektach wady postawy, gdyż jest to podstawa dobrze przygotowanego programu w tym zakresie.

Roczny koszt programu w 2016 r. oszacowano na 20 000 zł, a w 2017 r. na 10 000 zł. Przyjęto koszt wykonania badania przesiewowego u jednego dziecka na 50 zł. Należy podkreślić, że nie określono co dokładnie będzie składać się na badanie przesiewowe w kierunku wad postawy, co uniemożliwia weryfikację jego zasadności.

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 skринingu. 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 powieleły 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.441.201.2016 „Program wczesnego wykrywania i zapobiegania powstawaniu wad postawy u dzieci w wieku szkolnym z terenu Gminy Bieruń” realizowany przez: gminę Bieruń, Warszawa, październik 2016, Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, maj 2012. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 317/2016 z dnia 24 października 2016 roku o projekcie programu „Program wczesnego wykrywania i zapobiegania powstawaniu wad postawy u dzieci w wieku szkolnym z terenu Gminy Bieruń”.