



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 27/2018 z dnia 12 lutego 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
i wczesnego wykrywania wad postawy, nadwagi i otyłości wśród
dzieci klas III szkół podstawowych w Gminie Mirzec”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad postawy, nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych w Gminie Mirzec” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Z punktu widzenia chorób cywilizacyjnych przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej obejmuje istotny problem zdrowotny i stanowi kompleksowo zaplanowane działania w kierunku poprawy zdrowia młodzieży. Należy jednak mieć na uwadze, że niektóre elementy programu wymagają korekty w celu zapewnienia jak najwyższej jakości podejmowanych działań.

Cele programowe wymagają przeformułowania w taki sposób, aby były w pełni zgodne z zasadą SMART. Mierniki efektywności również wymagają uzupełnień.

Populacja docelowa została dobrze zdefiniowana, pod względem kwalifikacji do programu, należy jednak ponownie zweryfikować liczbę dzieci, które będą mogły wziąć udział w programie.

Monitorowanie oraz ewaluacja zostały prawidłowo opracowane.

Budżet programu nie budzi zastrzeżeń.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej, który dotyczy profilaktyki i wczesnego wykrywania wad postawy oraz profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci. Budżet przeznaczony na realizację programu realizacji wynosi 52 158 zł, zaś okres realizacji to lata 2018-2023.

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

Program dotyczy istotnych problemów zdrowotnych, jakimi są wady postawy oraz nadwaga i otyłość wśród dzieci.

Problem zdrowotny opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej wpisuje się w następujący priorytety zdrowotne zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. ws.



priorytetów zdrowotnych (Dz.U.2009 nr 137 poz. 1126): „zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostnowątkowego”, „przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy” oraz „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”, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

Program zawiera opis najczęściej występujących wad postawy oraz wskazał okresy krytyczne dla procesu kształtowania się postawy ciała, przyczyny powstawania wad oraz typy ćwiczeń, które wykorzystuje się w korekcji konkretnych wad.

Zgodnie z informacjami zamieszczonymi w treści projektu odsetek dzieci w wieku szkolnym dotkniętych wadami postawy wynosi ok. 50-60%, z czego 45-55% to zmiany w elementach szkieletowych, bezpośrednio związanych z kręgosłupem oraz kośćcami górnymi i dolnymi. U dzieci i młodzieży do 18 r.ż. schorzenia kręgosłupa stanowią około 24% schorzeń o charakterze przewlekłym w tej grupie. Natomiast według danych pozyskanych ze szkół w gminie Mirzec problem wad postawy dotyczy ok. 25% dzieci w wieku szkolnym.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa świętokrzyskiego, w 2014 roku, odnotowano 104 hospitalizacje z powodu chorób kręgosłupa wśród dzieci, co stanowiło 0,74% wszystkich hospitalizacji z powodu przeanalizowanych rozpoznań. Liczba hospitalizacji wśród dzieci na 100 tys. mieszkańców wyniosła 48,32 i była to 4 największa wartość wśród województw.

W treści projektu programu odniesiono się do etiologii otyłości, czynników ryzyka, jej typów oraz działań profilaktycznych. Ponadto, przedstawiono problemy zdrowotne, które mogą wystąpić w konsekwencji otyłości oraz podkreślono rolę trwałej zmiany nawyków żywieniowych, które zagwarantują stałe utrzymywanie prawidłowej masy ciała.

Zgodnie z opublikowanymi w 2015 r. badaniami Instytutu Żywności i Żywienia zaznaczono, że w Polsce nadwaga i otyłość dotyczy ok. 22% dzieci w wieku szkolnym (18% w woj. świętokrzyskim). W programie wskazano, że w gminie Mirzec procent dzieci dotkniętymi problemem otyłości wynosi ok. 24%.

W zakresie chorób metabolicznych dla województwa świętokrzyskiego, w 2014 roku, współczynnik hospitalizacji z powodu otyłości wśród dzieci wyniósł ok. 38/100 tys. mieszkańców i była to 11 największa wartość wśród województw. W 2014 roku odnotowano 82 hospitalizacje z powodu otyłości dzieci, co stanowiło 3,01% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych do grupy chorób metabolicznych.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „poprawa stanu zdrowia populacji dzieci w Gminie Mirzec poprzez profilaktykę i wczesne wykrywanie wad postawy, nadwagi i otyłości wśród uczniów klas III szkół podstawowych w latach 2018-2023”. Powyższy cel należy doprecyzować, w taki sposób, aby był zgodny z zasadą SMART, według której, dobrze sformułowany cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie.

Sformułowano 11 celów szczegółowych, z których nie wszystkie są zgodne z zasadą SMART. Ponadto, należy przeformułować cele, które nie zostały sformułowane w postaci oczekiwanych efektów, lecz działań.

Mierniki efektywności powinny odnosić się do celów oraz być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki:

- „liczba dzieci uczestniczących w programie (wd. 47 w roku 2018/2019, 78 w roku 2019/2020, 79 w roku 2020/2021, 81 w roku 2021/2022 oraz 81 w roku 2022/2023)”
- „procent objęcia programem populacji docelowej dzieci (wd. 100%)”

- „liczba dzieci, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego trwania (wd. 0)”

odnoszą się do frekwencji i mogą zostać zastosowane w ocenie zgłaszalności.

Miernik dziewiąty, tj.: „BMI skorygowane o wiek i płeć w postaci centylów (pomiar po zakończeniu interwencji, po 6 miesiącach oraz po roku od zakończenia programu)” odpowiada ósmemu i dziewiątemu celowi szczegółowemu.

W treści projektu zaproponowano również cztery mierniki efektywności odnoszące się do planowanych działań edukacyjnych. Zaplanowano przeprowadzenie porównania ankiet do określenia zmiany poziomu wiedzy, przed przeprowadzonymi działaniami edukacyjnymi oraz po ich zakończeniu. Należy jednak zauważyć, że w programie nie wyjaśniono, na jakiej podstawie przyjęto wartości docelowe dla większości wymienionych wskaźników.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dzieci uczęszczające do III klasy szkoły podstawowej z terenu gminy Mirzec, co jest zgodne z wytycznymi zarówno dla wad postawy, jak i otyłości. Zgodnie z treścią projektu, działaniami realizowanymi w ramach programu planuje się objąć łącznie 366 dzieci, co ma odpowiadać 100% populacji docelowej. Powyższe dane należy zweryfikować, ponieważ zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) z 2016 roku, całkowita liczba dzieci stanowiących populację docelową stawi 432 dzieci. Największa rozbieżność dotyczy roku szkolnego 2018/2019, w którym według GUS, dzieci kwalifikujących się do programu jest 106, natomiast w programie liczbę dzieci określono na 47.

Z programu edukacji zdrowotnej oprócz dzieci z III klas szkoły podstawowej, będą mogli skorzystać ich rodzice lub opiekunowie prawni.

Kryteria włączenia uczestników do wszystkich zaplanowanych interwencji będzie: miejsce zameldowania oraz wiek. W przypadku konsultacji lekarskich prowadzonych przez lekarza rehabilitacji medycznej, konieczne będzie stwierdzenie podczas bilansu zdrowia dziecka wady postawy oraz uzyskanie pisemnej zgody rodzica lub opiekuna prawnego na dobrowolny udział dziecka w programie. W ramach konsultacji zostaną wyłonione dzieci, które będą mogły skorzystać z interwencji fizjoterapeutycznych. Kryteria kwalifikacji do tej części programu będą obejmować: „brak przeciwwskazań do uczestnictwa w indywidualnych zajęciach kinezyterapeutycznych lub grupowej gimnastyce korekcyjnej stwierdzony podczas konsultacji lekarskiej” oraz „oświadczenie rodzica o braku wcześniejszego rozpoznania wady postawy u dziecka oraz niekorzystaniu przez nie z zajęć korekcyjnych”. W przypadku interwencji dietetycznych dodatkowymi kryteriami będą: „wyrażenie pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie” oraz „brak uprzednich świadczeń z zakresu leczenia nadwagi i otyłości w ramach NFZ”.

Interwencja

W ramach programu w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania wad postawy zaplanowano następujące interwencje:

- Edukację zdrowotną:
 - Dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci - w formie wykładu, dyskusji oraz instruktazu utrzymywania prawidłowej pozycji ciała przez dzieci;
 - Dla dzieci z populacji docelowej – w formie wykładów oraz instruktazu utrzymania prawidłowej pozycji ciała;
 - Dodatkowo, edukacja będzie prowadzona podczas badań lekarskich oraz poprzez ulotki i plakaty;

Edukacja zostanie zaplanowana i przeprowadzona przez lekarza rehabilitacji medycznej lub fizjoterapeutę.

- Konsultacje lekarskie prowadzone przez lekarza rehabilitacji medycznej, w ramach której: prowadzone będą testy przesiewowe w celu wykrycia zaburzeń, wydawane będą skierowania

na dalsze badania oraz będzie prowadzona kwalifikacja do grupowych lub indywidualnych zajęć. Należy jednak zaznaczyć, że do tego etapu kwalifikowane będą dzieci z wykrytymi wadami, tj. dzieci wyłonione na podstawie badań realizowanych w ramach bilansu zdrowia dziecka w klasie III (świadczenie gwarantowane), więc nieznanym jest powód przeprowadzania testów przesiewowych w tak zdefiniowanej grupie docelowej. Wobec tego zasadnym jest rezygnacja w tym etapie z wykonywania ww. testów przesiewowych.

- Interwencje fizjoterapeutyczne:
 - Grupowa gimnastyka korekcyjna;
 - Indywidualne zajęcia kinezyterapeutyczne;
- Wizyta u lekarza rehabilitacji medycznej po ukończeniu zajęć z zakresu gimnastyki korekcyjnej.

W ramach „testów przesiewowych” zaplanowano wykrywanie zaburzeń:

- Rozwoju fizycznego – pomiar wysokości i masy ciała wraz z oceną wyników przy użyciu siatek centylowych oraz pomiar obwodu: głowy, klatki piersiowej, ramienia;
- Narządu ruchu (skrzywienia boczne kręgosłupa, nadmierna kifoza piersiowa) – badanie symetrii: osi długiej kręgosłupa w płaszczyźnie czołowej, uwypuklenia klatki piersiowej i okolicy lędźwiowej podczas skłonu w przód, przeprowadzenie testu zgięciowego Adamsa, ocena kąta rotacji tułowia, badanie postawy ciała metodą Moire’a;
- Zniekształceń statycznych kończyn dolnych (stopy płasko-koślawe, koślawość kolan) – mierzenie odległości między kostkami przyśrodkowymi kończyn dolnych, badanie ustawienia osi długiej podudzia i pięty za pomocą pionu.

Należy podkreślić, że odnalezione rekomendacje (NSF 2010, VHA-DoD 2010) zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Mając na uwadze powyższe, przewidziany cykl zajęć może okazać się niewystarczający. Należy jednak zauważyć, że dzieci będą mogły również ćwiczyć w domu pod nadzorem rodziców. W treści projektu programu zaznaczono, że grupowa gimnastyka korekcyjna będzie obejmowała ćwiczenia korekcyjno-kompensacyjne, nie wskazano natomiast, jakie dokładnie będą podejmowane działania w ramach zaplanowanych interwencji, co należy uzupełnić.

W zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości zaplanowano:

- Edukację zdrowotną:
 - Dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci – w formie wykładów/szkoleń;
 - Dla dzieci z populacji docelowej – w formie warsztatów;
 - Dodatkowo, edukacja będzie prowadzona podczas badań lekarskich oraz poprzez ulotki i plakaty;
- Badania przesiewowe w oparciu o badania antropometryczne;
- Cykl 5 porad dietetycznych dla wyłonionych w pierwszym etapie osób;
- Pomiary antropometryczne w trakcie trwania programu (przeznaczone dla dzieci objętych drugim etapem badania) oraz pół roku i rok po jego zakończeniu.

Należy podkreślić, że edukacja skierowana będzie zarówno do całej populacji dzieci, jak i ich rodziców/opiekunów prawnych. Aktywne zaangażowanie rodziców w zmianę stylu życia dzieci jest działaniem zgodnym z rekomendacjami (NICE 2015, NHMRC 2013, ICSI 2013, SIGN 2010, NAPNP 2006).

Zgodnie z treścią wytycznych zaleca się wykonywanie badania przesiewowego w kierunku otyłości u dzieci i młodzieży w wieku ≥ 6 lat oraz zaoferowanie im bądź skierowanie ich na kompleksowe,

intensywne interwencje behawioralne wspierające redukcję masy ciała. Rekomenduje się wykorzystanie wskaźnika BMI, jako narzędzia przesiewowego w kierunku otyłości. Pozostałe rekomendacje również wskazują na korzystanie ze wskaźnika BMI, co zostało uwzględnione w projekcie

Wyliczenia BMI uwzględniono w programie na początku, po 6 miesiącach od zakończenia oraz po 1 roku od zakończenia programu.

Przedmiotowy program proponuje kompleksowe działania. Jest to poparte rekomendacjami (m.in. WHO 2010), które mówią, że najlepszą formą profilaktyki otyłości są skoordynowane interwencje łączące zarówno problemy dietetyczne, jak i aktywność fizyczną. Zgodnie z zaleceniami (NICE 2006) programy dotyczące osiągania i utrzymywania prawidłowej masy ciała powinny być interwencjami multikomponentowymi i łączyć strategie zmiany stylu życia, zwiększenia aktywności fizycznej, poprawy nawyków żywieniowych, jakości diety oraz redukcji przyjętej energii.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie w programie zaplanowano poprawnie uwzględniając, zarówno ocenę zgłaszalności jak i jakości udzielanych świadczeń.

Ewaluacja będzie przeprowadzana na podstawie 9 określonych w programie mierników, corocznie oraz na koniec programu. Została ona dobrze zaplanowana i będzie narzędziem, które umożliwi ocenę efektów uzyskanych dzięki prowadzonym działaniom.

Warunki realizacji

Koordynatorem programu będzie Urząd gminy Mirzec. Natomiast realizatorem programu zostanie podmiot leczniczy wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Realizator będzie musiał spełniać kryteria lokalowe, sprzętowe oraz kadrowe przewidziane przepisami dla realizacji zadań z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Projekt programu zawiera szczegółowy plan realizacji z podziałem na etapy. Program został podzielony na część dotyczącą profilaktyki i wczesnego wykrywania wad postawy oraz na część dotyczącą profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości.

W programie opisano sposób zakończenia udziału w programie.

W przypadku interwencji dotyczących wad postawy zaznaczono, że rodzice/opiekunowie prawni dzieci objętych programem zostaną poinformowani o sposobie dalszego postępowania po ukończeniu uczestnictwa w programie.

W przypadku ukończenia przez dziecko pełnego cyklu programu w zakresie interwencji dietetycznych, rodzic/opiekun prawny zostanie ponownie poinformowany o zasadach postępowania w celu utrzymania efektu obniżenia nadmiernej masy ciała dziecka oraz o konsekwencjach powrotu do poprzedniej masy ciała wraz z ryzykiem powikłań otyłości.

Akcja informacyjna zostanie przeprowadzona za pomocą ulotek i plakatów.

W zakresie profilaktycznego badania lekarskiego w klasie III szkoły podstawowej powinno być przeprowadzane badanie przedmiotowe m.in. ze szczególnym uwzględnieniem oceny rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI) oraz oceny układu ruchu wraz z wykrywaniem zaburzeń układu ruchu, w tym boczego skrzywienia kręgosłupa. Ponadto wykonywane jest podsumowanie badania, z określeniem poziomu i tempa rozwoju fizycznego ucznia, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), przystosowania szkolnego, kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego. Należy zatem zauważyć, że część działań zaplanowanych w programie do wykonania podczas konsultacji lekarskich, pokrywa się z świadczeniami realizowanymi w ramach bilansu zdrowia dziecka w klasie III.

W treści projektu zaznaczono, że podczas konsultacji lekarskich w razie konieczności (nie sprecyzowano w jakich przypadkach) nastąpi wydanie skierowania na badanie RTG i/lub

rehabilitację leczniczą wraz ze wskazaniem rodzicom konkretnego podmiotu leczniczego, w którym dzieci będą mogły podjąć leczenie w ramach finansowania przez publicznego płatnika.

W projekcie programu przedstawiono koszty jednostkowe oraz koszty całkowite (z podziałem na poszczególne lata), a także źródło finansowania programu. W przypadku kosztów odnoszących się do działań podejmowanych w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania wad postawy, wyróżniono trzy grupy uczniów: dzieci bez wad postawy, dzieci ze wskazaniem do grupowej gimnastyki korekcyjnej oraz uczniów ze wskazaniem do indywidualnej kinezyterapii. W przypadku pierwszej z ww. grup koszt jednostkowy udziału w programie oszacowany został na 5 zł (w tym edukacja zdrowotna). Z kolei koszt jednostkowy uczniów ze wskazaniem do grupowej gimnastyki korekcyjnej oszacowano na 205 zł (5 zł – edukacja zdrowotna, 50 zł – konsultacja lekarza rehabilitacji medycznej, 100 zł – cykl 10 zajęć w ramach gimnastyki korekcyjnej grupowej, 50 zł – kontrolna wizyta u lekarza rehabilitacji medycznej). W przypadku dzieci ze wskazaniem do indywidualnej kinezyterapii, koszt jednostkowy oszacowano na 855 zł (5 zł – edukacja zdrowotna, 50 zł – konsultacja lekarza rehabilitacji medycznej, 750 zł – cykl 10 zajęć w ramach indywidualnej kinezyterapii, 50 zł – kontrolna wizyta u lekarza rehabilitacji medycznej).

Koszt całkowity realizacji tej części programu został oszacowany na 32 580 zł. Uwzględniono w nim akcję informacyjno-edukacyjną (1 830 zł) oraz badania lekarskie z gimnastyką korekcyjną (30 750 zł).

W przypadku kosztów odnoszących się do działań podejmowanych w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości, wyróżniono dwie grupy uczestników: dzieci bez nadwagi/otyłości oraz dzieci z nadwagą/otyłością. W przypadku pierwszej grupy koszt jednostkowy udziału w programie oszacowany został na 5 zł (w tym edukacja zdrowotna). Natomiast koszt jednostkowy uczniów z nadwagą/otyłością oszacowano na 209 zł (5 zł – edukacja zdrowotna, 40 zł – koszt jednej porady udzielanej przez dietetyka – zaplanowano 5 porad, 4 zł – koszt pomiarów antropometrycznych pół roku i rok po zakończeniu programu).

Koszt całkowity realizacji tej części programu został oszacowany na 19 578 zł. Uwzględniono w nim akcję informacyjno-edukacyjną (1 830 zł) oraz porady dietetyczne (17 748 zł). Całkowity koszt programu został oszacowany na 52 158 zł.

Program ma być finansowany z budżetu gminy Mirzec. Ponadto z treści projektu programu wynika, że założono jego współfinansowanie z NFZ. Należy podkreślić, że zgodnie z zapisami Ustawy, art. 48d „Fundusz może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, w kwocie nieprzekraczającej:

- 1) 80% środków przewidzianych na realizację programu jednostki samorządu terytorialnego o liczbie mieszkańców nieprzekraczającej 5 tys.;
- 2) 40% środków przewidzianych na realizację programu jednostki samorządu terytorialnego innej niż wymieniona w pkt 1”.

Według danych GUS (I półrocze 2017) na terenie Gminy Mirzec mieszka łącznie 8 290 osób, czyli wartość dofinansowania ze strony NFZ wynieść może maksymalnie 40% wartości projektu – również na takim poziomie założone zostało dofinansowanie w treści projektu programu.

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 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.

Według definicji WHO nadwaga i otyłość są definiowane jako nieprawidłowa lub nadmierna akumulacja tłuszczu, która stanowi zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Jest to przewlekła choroba metaboliczna wynikająca z zaburzeń homeostazy energii. Wskaźnik BMI jest równy lub przekracza 30 kg/m². Otyłość jest jedną z najważniejszych przewlekłych chorób niezakaźnych, która przybrała charakter epidemii.

Nadwaga i otyłość są głównymi czynnikami ryzyka dla wielu chorób przewlekłych. Według ekspertów niosą za sobą szereg negatywnych konsekwencji dla funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego otyłego człowieka. Otyłość ma wpływ na samoocenę pacjenta, niezadowolone z kształtów i masy swojego ciała, poczucie winy i bezradności, depresji, nadużywania alkoholu, leków lub narkotyków. Złe nawyki żywieniowe nabyte w dzieciństwie utrwalają się i mają wpływ na rozwój otyłości w społeczeństwie, która z kolei przyczynia się do problemów społecznych.

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).

W ramach świadczeń gwarantowanych udzielanych w środowisku nauczania i wychowania (przez pielęgniarkę szkolną lub higienistkę), przeprowadza się test do wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego wraz z pomiarami: wysokości i masy ciała, w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI), na następujących etapach edukacji: roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne (bądź w klasie I szkoły podstawowej w wyniku niewykonania badania we wcześniejszym terminie), klasa III szkoły podstawowej, klasa V szkoły podstawowej, klasa I gimnazjum, klasa I szkoły ponadgimnazjalnej, ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19. roku życia.

Ocena technologii medycznej

Odnosząc się do wad postawy, należy podkreślić brak dobrych metodologicznie badań poświadczających efektywność skryningu. 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.

Zgodnie z wytycznymi U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF; stanowisko wydane w roku 2004, podtrzymane w latach 2009 oraz 2014) skryning w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej

wśród młodzieży bez objawów choroby nie jest rekomendowany. USPSTF nie znalazło dobrych dowodów popierających tezę, że skryning młodzieży bez objawów choroby wykrywa skoliozę idiopatyczną na wcześniejszym stadium niż metody wykrywania choroby nieuwzględniające prowadzenia skryningu. Precyzja najbardziej popularnego testu (testu Adamsa z użyciem lub bez użycia skoliometru) służącego wykryciu młodzieży ze skoliozą idiopatyczną, charakteryzuje się natomiast zmiennością, istnieją też dowody mówiące o niedostatecznej obserwacji młodzieży ze skoliozą idiopatyczną wykrytej przez populacyjne programy przesiewowe.

USPSTF znalazło dowody mówiące, że terapia skoliozy idiopatycznej podczas lat młodzieńczych prowadzi do korzyści zdrowotnych (zmniejszenie bólu, dysfunkcji) jedynie w przypadku małego odsetka osób. Większość przypadków wykrytych poprzez przeprowadzone testy przesiewowe nie rozwiną się do klinicznie istotnej formy skoliozy. Przypadki skoliozy wymagające agresywnej terapii, takiej jak operacja, prawdopodobnie zostaną wykryte bez konieczności przeprowadzenia skryningu.

Rekomendacje negatywne odnośnie prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wydało również UK National Screening Committee. Głównymi powodami prezentowanego przez UK NSC stanowiska jest brak wspólnego konsensusu odnośnie zgody lekarzy na zasadność dalszej terapii po przeprowadzeniu testu Adamsa (w wyniku powyższego część dzieci zostanie skierowana na dalsze badania, w momencie gdy nie wpłyną one na poprawę ich funkcjonowania, część natomiast nie zostanie skierowana na dalsze testy oraz terapię, która mogłaby okazać się dla nich korzystna). Kolejnym badaniem diagnostycznym w kierunku wykrycia skolioz jest badanie z wykorzystaniem promieniowania X, ekspozycja na wskazane promieniowanie może być natomiast szkodliwa. Niejasne jest również czy leczenie osób wykrytych podczas prowadzenia badań przesiewowych jest lepsze od oczekiwania na rozwinięcie symptomów.

Stanowisko przeciwne do rekomendacji przedstawionych powyżej prezentują Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Research Society (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatrics. Choć zgadzają się, że poparcie dla badań przesiewowych ma w omawianym przypadku ograniczenia, w swoim stanowisku twierdzą, że potencjalne korzyści dla pacjentów ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią ich deformacji, mogą być znaczące. Wytyczne te w swoim wspólnym stanowisku dochodzą do konkluzji, że jeżeli skryning w kierunku wykrycia skoliozy jest przeprowadzany, dziewczęta powinny być poddane badaniom dwukrotnie – w wieku 10 i 12 lat, natomiast chłopcy jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat. Powyżej sformułowane zalecenie poparte jest faktem, iż dziewczęta osiągają dojrzałość płciową ok. 2 lat wcześniej niż chłopcy oraz 3-4 razy częściej cierpią na skoliozę wymagającą leczenia. Rekomendacje podkreślają, że aby program profilaktyczny był skuteczny, musi być prowadzony przez dobrze wyszkolony personel, który odpowiednio przeprowadzi test Adamsa oraz wykona pomiary skoliometrem, co umożliwi poprawne zidentyfikowanie osób z młodzieńczą skoliozą idiopatyczną.

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 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.

W odniesieniu do nadwagi i otyłości rekomendacje i wytyczne wskazują BMI jako narzędzie przesiewowe. W przypadku dzieci i młodzieży są to siatki centylowe BMI. U dzieci i młodzieży, pomiar obwodu w talii nie powinien być rutynowo stosowany. Wyliczenie BMI powinno być wykonywane przynajmniej raz w roku u dzieci w wieku 2-18 lat. Nie należy natomiast stosować analizy bioimpedancyjnej, jako głównego narzędzia oceny otyłości, zamiast wyliczania BMI.

Zgodnie z zaleceniami NICE, w przypadku dzieci i młodzieży BMI ≥ 98 centyla to otyłość, BMI $\geq 91-98$ centyla – nadwaga. WHO definiuje nadwagę jako >97 centyla BMI, otyłość $>99,9$ centyla BMI – dzieci 2-5lat, nadwagę jako >85 centyla BMI i otyłość >97 centyla BMI – dzieci i młodzież 5-19 lat.

Zaleca się także przeprowadzić wywiad rodzinny w kierunku nadwagi, otyłości i chorób towarzyszących. Czynniki, które zwiększają prawdopodobieństwo otyłości dziecięcej i/lub chorób współtowarzyszących powinny być oceniane co najmniej raz w roku. Po rozmowie z dzieckiem i rodzicami, zaleca się ocenę chorób współistniejących i możliwych przyczyn nadwagi lub otyłości u dziecka. Przykładowe badania np.: pomiar ciśnienia krwi, profil lipidowy na czczo, insulina na czczo, glukoza na czczo i test obciążenia glukozą, funkcje wątrobowe i wewnętrzwydzielnicze. Ponadto zaleca się, aby rodzice byli aktywnie zaangażowani w zmianę stylu życia dziecka. Należy zachęcać rodziców dzieci z nadwagą i otyłością do redukcji wagi, jeśli sami mają nadwagę lub otyłość.

W ustalaniu założeń dietoterapii, szczególnie u pacjentów z powikłaniami, niezbędna jest ocena stanu zdrowia, w tym badanie: wartości wskaźników przemiany lipidowej (stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL, HDL, triglicerydów); gospodarki węglowodanowej (stężenie glukozy na czczo, glikemii przygodnej, hemoglobiny glikowanej HbA1c, insuliny); stężenia aminotransferaz wątrobowych, kwasu moczowego, kreatyniny oraz ciśnienie tętnicze krwi. U niektórych pacjentów niezbędne mogą być także wyniki badań dotyczących gospodarki hormonalnej, morfologia krwi. Przed rozpoczęciem leczenia dietetycznego nadwagi/otyłości, dietetyk powinien dokonać oceny gotowości pacjenta do wprowadzenia zmian dotyczących stylu życia.

Zgodnie z rekomendacjami multikomponentowe programy:

- powinny być oferowane grupom dzieci i młodzieży oraz ich rodzinom,
- powinny być dopasowane do wieku i etapu rozwoju dzieci,
- powinny być realizowane w miejscach łatwo dostępnych i dających poczucie nieskrępowania,
- powinny podkreślać znaczenie aktywnego uczestnictwa rodziców w programach skierowanych dla ich dzieci,
- powinny zapewniać wsparcie i zaangażowanie także po zakończeniu działań w ramach programu; punkty końcowe powinny być rewaluowane co najmniej rok po jego zakończeniu,
- powinny zapewniać ten sam zespół personelu przez cały okres trwania poszczególnych cykli programu,
- powinny zapewniać stały kontakt beneficjentów ze specjalistami odpowiedzialnymi za ich realizację,
- BMI powinien być oceniony na etapie rekrutacji do programu, na zakończenie oraz powinien być monitorowany po 6 miesiącach i po 1 roku od zakończenia programu,
- należy upewnić się, że cele programu, punkty końcowe i wymogi w zakresie monitorowania i ewaluacji, są jasno określone i zdefiniowane,
- w zakresie ewaluacji powinno się monitorować: liczbę osób zakwalifikowanych, procent jaki ukończył dany program, procent osób kontynuujący działania po 6 m-cach i po 1 roku od zakończenia programu,
- zdefiniować grupy podwyższonego ryzyka lub dzieci z ubogich rodzin.

U dzieci powyżej 10. roku życia (lub wcześniej, gdy okres dojrzewania już się rozpoczął), cechujących się BMI powyżej 95. centyla, zaleca się wykonywanie testu OGTT co 2 lata (badanie z oznaczeniem stężenia insuliny).

U dzieci i osób młodych, w pierwszej kolejności należy brać pod uwagę cukrzycę 1 typu, chyba że obecne są silne przesłanki dla cukrzycy 2 typu, m.in. takie jak: historia rodzinna cukrzycy 2 typu, otyłość, rogowacenie ciemne. W przypadku podejrzenia cukrzycy 1 typu, należy niezwłocznie (tego samego dnia) kierować do multidyscyplinarnego diabetologicznego zespołu pediatrycznego, celem potwierdzenia diagnozy i zapewnienia natychmiastowej opieki.

Nie zaleca się wykonywania badania C-peptydu i/lub miana przeciwciał specyficznych dla cukrzycy na etapie początkowego różnicowania cukrzycy 1 typu od 2 typu. Badanie peptydu-C można rozważyć w dalszej kolejności, jeśli jest kłopot z rozróżnieniem cukrzycy 1 typu od innych typów. Rekomenduje się natomiast wykonanie badań genetycznych, gdy cechy kliniczne lub historia rodzinna sugerują cukrzycę monogeniczną.

Niezależnie od wieku, badanie stężenia glukozy należy wykonać co roku u osób z następujących grup ryzyka: z nadwagą lub otyłością [BMI \geq 25 kg/m² i/lub obwód w talii > 80 cm (kobiety); > 94 cm (mężczyźni)]; z cukrzycą występującą w rodzinie (rodzice bądź rodzeństwo); mało aktywnych fizycznie; z grupy środowiskowej lub etnicznej części narażonej na cukrzycę; u których w poprzednim badaniu stwierdzono stan przedcukrzycowy; u kobiet z przebytą cukrzycą ciążową; u kobiet, które urodziły dziecko o masie ciała > 4 kg; z nadciśnieniem tętniczym (\geq 140/90 mm Hg); z dyslipidemią [stężenie cholesterolu frakcji HDL < 40 mg/dl (< 1,0 mmol/l) i/lub triglicerydów > 150 mg/dl (>1,7 mmol/l)]; u kobiet z zespołem policystycznych jajników; z chorobą układu sercowo-naczyniowego.

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 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: OT.441.375.2017 „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad postawy, nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych w Gminie Mirzec” realizowany przez: gminę Mirzec, Warszawa, styczeń 2018 oraz Aneksów „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny” z kwietnia 2016, „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, styczeń 2017 r., „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny”, sierpień 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 34/2018 z dnia 5 lutego 2018 roku o projekcie programu „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad postawy, nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych w Gminie Mirzec”