



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 320/2017 z dnia 22 listopada 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
wad postawy u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym”.

Uzasadnienie

Negatywna opinia Prezesa Agencji wynika przede wszystkim z faktu, że w projekcie zapanowano wykonywanie badań przesiewowych w populacji pediatrycznej, które są obecnie finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych. Projekt nie przewiduje dodatkowo prowadzenia zajęć korekcyjnych, czy też instruktażu ćwiczeń. Brakuje zatem uzasadnienia dla prowadzenia badań, które dostępne są dla wskazanej populacji, bez zaplanowania działań terapeutycznych. Odsyłanie uczestników programu do leczenia w ramach NFZ niesie ryzyko, że nie wszyscy uczestnicy programu trafią na rehabilitację. Natomiast w przypadku ograniczonych środków finansowych, istotne jest monitorowanie uczestnika programu i zaplanowanie działań, które zwiększą prawdopodobieństwo, że u pacjenta kontynuowane będzie udzielanie świadczeń. Pozostawienie pacjentów jedynie z wynikiem badania, bez wskazania dalszego postępowania budzi zastrzeżenia.

Ponadto w zakresie badania podologicznego, nie odnaleziono rekomendacji, które uzasadniają wykonywanie przesiewu w kierunku wykrywania wad stóp w bezobjawowej populacji dzieci.

W odniesieniu do pozostałych elementów programu poniżej zamieszczono uwagi.

Cele programowe wymagają przeformułowania, gdyż przedstawiają zaplanowane w projekcie interwencje. Modyfikacji wymagają także mierniki efektywności.

Populacja docelowa w projekcie została dobrana poprawnie pod względem wieku.

W zakresie zaplanowanych interwencji edukacyjnych konieczne jest dokładne ich opisanie. W ramach edukacji warto podkreślać istotną rolę aktywności fizycznej w prawidłowym rozwoju dziecka oraz rolę rodziców w kształtowaniu prawidłowej postawy ciała u dziecka.

Warto także rozważyć przeprowadzenie szkoleń personelu medycznego, zaangażowanego w realizację programu z poprawnego wykonywania badań diagnostycznych oraz interpretacji wyników badań.

Monitorowanie nie budzi zastrzeżeń. Ewaluacja wymaga poprawy, gdyż w obecnym kształcie nie spełnia swojego zadania.

Budżet nie budzi zastrzeżeń.

Przedmiot opinii



Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 43 500 zł, zaś okres realizacji to lata 2017-2019.

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

Oceniany projekt programu odnosi się do wad postawy wśród dzieci w wieku szkolnym i wpisuje się w następujące priorytety: „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”, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

W projekcie programu bardzo ogólnie odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej, co powinno zostać uzupełnione.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych, w 2014 roku, w województwie opolskim odnotowano poniżej 50 hospitalizacji z powodu rozpoznaj, zakwalifikowanych jako choroby kręgosłupa, co stanowiło 0,38% wszystkich hospitalizacji z powodu przeanalizowanych rozpoznaj. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 21,64 i była to 3. najniższa wartość wśród województw.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „skuteczna identyfikacja dzieci zagrożonych wadami postawy, która doprowadzi do podjęcia działań w kierunku korekty wady, a w przypadku zmian chorobowych podjęcia leczenia specjalistycznego w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia”. Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Główne założenie wskazane w projekcie wymaga korekty, gdyż zostało przedstawione w postaci działania, a nie celu samego w sobie.

W treści projektu programu wskazano także 3 cele szczegółowe, które odnoszą się do „edukacji w zakresie profilaktyki schorzeń kręgosłupa”, „uzyskania efektu w postaci wzrostu świadomości u rodziców i dzieci z zagrożeń zdrowotnych, jakie niosą ze sobą wady postawy” oraz „wdrożenia systemu korekty wad postawy zapobiegającemu powstawaniu zmian chorobowych zmuszających do podjęcia leczenia specjalistycznego w ramach ubezpieczenia”. Ważnym jest, aby cele szczegółowe nie przedstawiały działań możliwych do podjęcia, a ich rezultaty. W związku z powyższym ww. założenia nie zostały przedstawione w sposób prawidłowy. Cele programowe powinny być tworzone zgodnie z zasadą SMART, zgodnie z którą cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i określony w czasie.

W treści projektu przedstawiono mierniki efektywności, które wymagają poprawy. Powinny one umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz odnosić się do wszystkich postawionych w programie celów. Wartości mierników należy określać przed i po realizacji interwencji programowych.

Populacja docelowa

Populację docelową ocenianego programu stanowią uczniowie klas I którzy zameldowani są na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle od co najmniej roku. Zaznaczono, że w trakcie 3 lat realizacji

programu planowanymi interwencjami objętych zostanie ok. 1 405 uczniów (powołując się na dane Wydziału Oświaty).

Zgodnie z danymi pozyskanymi z GUS, liczba dzieci będących w klasach I szkół podstawowych w czasie realizacji programu (urodzonych w latach 2010-2012) wyniesie 1 584 osoby. Warto zatem wyjaśnić ww. niespójności.

W projekcie ogólnie odniesiono się do kryteriów włączenia do udziału w programie. Zasadne jest wykluczenie z udziału dzieci ze zdiagnozowaną wadą postawy.

W projekcie wskazano także, że w zakresie działań edukacyjnych program skierowany będzie także do opiekunów dzieci. W projekcie nie podano jednak liczebności tej grupy co należy uzupełnić.

Interwencja

W ramach programu przewidziano przeprowadzenie następujących interwencji:

- badania przesiewowe w kierunku wykrycia wad postawy (z wykorzystaniem skoliometru oraz podoskopu komputerowego);
- działania edukacyjne.

Warto podkreślić, że odnalezione wytyczne nie są zgodne co do zasadności prowadzenia przesiewu w kierunku wad postawy. Zgodnie z wytycznymi U.S. Preventive Services Task Force 2014 (USPSTF) 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. Rekomendacje negatywne odnośnie prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wydało również UK National Screening Committee (UK NSC 2016).

Stanowisko przeciwne do rekomendacji przedstawionej powyżej prezentują: American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Research Society (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatrics (AAP). Choć AAOS, SRS, POSNA i AAP 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. AAOS, SRS, POSNA i AAP w swoim wspólnym stanowisku (2015 r.) 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.

Zaplanowanie w projekcie badanie skoliometrem znajduje swoje odzwierciedlenie w pozytywnych rekomendacjach klinicznych.

W odniesieniu natomiast do badania z wykorzystaniem podoskopu nie odnaleziono rekomendacji odnoszących się do jego wykonania u bezobjawowej populacji dzieci. Brak jest zatem zasadności co do jego umieszczenia w projekcie.

Warto także zaznaczyć, że kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad postawy, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia, znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Powinna być ona przeprowadzana u dzieci w ramach testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne m.in. w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w I klasie szkoły podstawowej), w III i V klasie szkoły podstawowej oraz w I klasie gimnazjum. Świadczenia realizowane w ramach przedmiotowego programu mają objąć dzieci i młodzież w wieku 6-7 roku życia, a więc roczniki, w których świadczenia te są realizowane. Istnieje zatem ryzyko podwójnego finansowania danych świadczeń.

W treści projektu odniesiono się także do działań edukacyjnych, którymi objęci zostaną rodzice dzieci zakwalifikowanych do udziału w programie. Wskazano, że w szkołach zorganizowane zostaną spotkania, na których specjalista z zakresu rehabilitacji ruchowej przeprowadzi wykład z zakresu

profilaktyki schorzeń kręgosłupa oraz przekazać niezbędną wiedzę w zakresie prawidłowych postaw uczniów oraz wzmocnienia ich aktywności ruchowej.

Warto podkreślić, że odnalezione rekomendacje kładą szczególny nacisk na rolę edukacji nie tylko dziecka, ale i jego opiekunów. Niski poziom motywacji do ćwiczeń, typowy dla młodych osób, można podnieść poprzez uświadomienie dziecka i rodziców co do charakteru choroby, jej przewidywanego przebiegu, potencjalnych konsekwencji braku leczenia itd. W uzasadnionych przypadkach warto uzupełnić leczenie o konsultację psychoterapeutyczną (SOSORT 2014). W projekcie przewidziano także „edukację w zakresie ćwiczeń w warunkach domowych – zastosowanie rodzaju świadczeń dobranych zgodnie z wykrytymi wadami postawy”. Działanie to należy uznać za wartość dodaną. Program obejmować będzie także przekazanie wyniku badania oraz dalszych zaleceń dla dzieci ze zdiagnozowaną wadą postawy wymagającą podjęcia działań terapeutycznych oraz specjalistycznej konsultacji lekarskiej w ramach umowy z NFZ

Warto także w ramach programu zaplanować szkolenia personelu medycznego (szczególnie higienistek i pielęgniarek szkolnych) z zakresu wykonywania badań przesiewowych. Działanie takie może przyczynić się do podniesienia jakości wykonywanych badań w ramach szkolnych bilansów, również po zakończeniu programu.

Wytyczne kliniczne (AAOS, SRS, POSNA i AAP (2015)) 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.

Monitorowanie i ewaluacja

W ramach monitorowania uwzględniono zarówno ocenę zgłaszalności i jakości udzielanych świadczeń. Zasadnym wydaje się, aby ocena zgłaszalności obejmowała także dokładną liczbę uczestników poszczególnych działań zaplanowanych w ramach programu, z uwzględnieniem wieku dzieci oraz rodzaju schorzenia. Warto także ocenić przyczyny rezygnacji uczestników z programu.

Ewaluacja dokonana zostanie na podstawie analizy odpowiedzi na ankietę przeprowadzoną na zakończenie programu. Nie dołączony wzoru ww. ankiety, dlatego też dokładna weryfikacja zawartych w niej pytań jest niemożliwa. Należy mieć na uwadze, że ewaluacja stanowi źródło danych o wpływie prowadzonych działań na zdrowie populacji i powinna być oceną długoterminową wykraczającą znacznie poza okres trwania programu. Ważne jest także późniejsze monitorowanie zdrowia uczestników po skierowaniu ich do dalszego leczenia w ramach NFZ.

Warunki realizacji

Realizatorem programu będzie podmiot wyłoniony w ramach otwartego konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Określono także warunki jakie powinien spełnić realizator programu. W projekcie opisano poszczególne etapy postępowania, wskazano sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji danych świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu.

Koszt całkowity realizacji programu został oszacowany na 43 500 zł. W projekcie określono także koszty jednostkowe przypadające na 1 uczestnika, jednak nie wskazano dokładnie, jakie składowe się na niego składają.

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.

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 dostępne są także świadczenia rehabilitacyjne.

Ocena technologii medycznej

Podkreślić należy 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.

W przypadku diagnostyki wad stopy niezbędne jest w pierwszej kolejności przeprowadzenie wywiadu oraz kompleksowe wykonanie badania fizykalnego obejmujące dynamiczną i statyczną ocenę stopy w łańcuchu zarówno otwartym, jak i zamkniętym. W zależności od indywidualnych wskazań badania te powinny zostać uzupełnione o diagnostykę obrazową RTG w obciążeniu w projekcji przednio-tylnej i bocznej. Odnajduje się rekomendacje odnoszące się do opieki podologicznej i podiatrycznej (m. in. NICE 2015), rekomendacje odnoszą się jednak przede wszystkim do pacjentów diabetologicznych (obejmują również populację dzieci), kardiologicznych (głównie choroba tętnic obwodowych) oraz z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Ww. grupom pacjentów powinna zostać zapewniona długoterminowa i kompleksowa opieka podologiczna.

Biorąc pod uwagę zarówno naturalną budowę morfologiczną stóp u dzieci, bezobjawową prezentację (w dużej mierze) oraz brak rak dowodów popierających leczenie, prowadzenie skryningu z zakresu podologii w populacji dzieci (ze szczególnym uwzględnieniem oceny stóp) jest nieuzasadniony. Zastosowanie kryteriów WHO odnoszących się do skryningu również wyraźnie neguje potrzebę takiej praktyki. Wskazuje się, że dopóki nie pojawią się dowody naukowe skryning w postaci rutynowego badania podoskopowego w przypadku bezobjawowej populacji dzieci, niezwiązany ze sformalizowanymi protokołami badań, nie powinien być rekomendowany (Evans 2012).

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.

Warto także podkreślić istotną rolę społeczną sportu. Zgodnie z rekomendacjami, dzieci ze skoliozą idiopatyczną (SI) mogą aktywnie uczestniczyć zarówno w sporcie wyczynowym, jak i rekreacyjnym. Zaleca się podejmowanie ogólnej aktywności sportowej ze względu na specyficzne korzyści, jakie może ona zaoferować pacjentowi z punktu widzenia psychologicznego, funkcji neuromotorycznych oraz ogólnego samopoczucia. Rekomenduje się, aby aktywność fizyczna była zachowana także podczas leczenia gorsetowego, ze względu na fizyczne (wydolność tlenowa) oraz psychologiczne korzyści, jakie dzięki temu są zapewnione (SOSORT 2011).

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.441.319.2017 „Program profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym” realizowany przez: Miasto Kędzierzyn-Koźle, Warszawa, październik 2017 oraz Aneksów „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny” ze stycznia 2017 r., „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” sierpień 2016. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 369/2017 z dnia 6 listopada 2017 roku o projekcie programu „Program profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym” (m. Kędzierzyn-Koźle)