



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 12/2017 z dnia 25 stycznia 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
nabytych wad postawy skierowany do dzieci w wieku 5-14 lat
z terenu województwa podlaskiego”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki nabytych wad postawy skierowany do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej został opracowany w sposób staranny. Dzięki zaplanowanym działaniom program może przyczynić się do zmniejszenia występowania wad postawy w województwie oraz uzupełniać będzie świadczenia gwarantowane. Należy jednak wskazać, że w celu zachowania wysokiej jakości realizowanych działań, warto rozważyć wprowadzenie zmian zgodnie z poniższymi sugestiami.

Cele programowe i mierniki efektywności zostały zaplanowane poprawnie.

Populacja docelowa, która ma zostać objęta działaniami programowymi nie budzi zastrzeżeń. Zaplanowane interwencje natomiast stanowią działania rekomendowane i zostały zaplanowane poprawnie. Konieczne jest jednak szczegółowe wskazanie jakie działania terapeutyczne są możliwe do podjęcia w ramach etapu II (tj. PSE). Warto również zwrócić uwagę na niejednoznaczne zapisy wytycznych w kwestii zajęć korekcyjnych na basenie, które skierowane mogą być głównie do dzieci z kifozą piersiową.

Jednym z ograniczeń projektu programu jest konieczność posiadania skierowania na rehabilitację z postawionym rozpoznaniem wady postawy. Należy podkreślić, że niekiedy czas oczekiwania na poradę specjalisty w celu potwierdzenia wstępnej diagnozy po przeprowadzonym wcześniej badaniu fizykalnym, może okazać się zbyt długi, aby potencjalni uczestnicy zostali objęci działaniami programowymi oraz może prowadzić do pogłębienia się danej wady postawy.

Inną kwestią jest także ryzyko pojawienia się zjawiska zwiększonej zgłaszalności do specjalistów dziecięcych tylko w celu uzyskania skierowania, co może spowodować wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenie dla innych pacjentów.

Zasadnym zatem jest, aby potwierdzenie wady postawy odbywało się w ramach programu, tak, żeby dzieci z postawionym (w trakcie wizyty bilansowej, bądź standardowej wizyty lekarskiej) rozpoznaniem mogły od razu zostać poddane leczeniu. Lekarz weryfikujący rozpoznanie byłby również odpowiedzialny za ustalenie odpowiednich ćwiczeń oraz zaleceń do stosowania w domu.

W zakresie monitorowania konieczne jest przygotowanie ankiety satysfakcji uczestników, która będzie dostarczać informacji o poziomie zadowolenia z przeprowadzonego programu. Ewaluacja programu nie budzi zastrzeżeń.



W przedstawionych oszacowaniach budżetu zidentyfikowano błąd obliczeniowy dot. kosztów edukacji, który w znacznym stopniu wpływa na koszty całkowite (po poprawnym przeliczeniu koszt edukacji wynosi 639 600 zł, nie zaś 369 600 zł). W związku z powyższym konieczne jest poprawienie kosztorysu i zabezpieczenie środków finansowych w odpowiedniej wysokości.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki wad postawy u dzieci. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 8 000 000 PLN, zaś okres realizacji to lata 2017/2018-2020/2021.

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

Opiniowany projekt dotyczy występowania wad postawy w populacji dzieci 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 kostnowązowego”, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

Projekt programu zawiera poprawnie przygotowany opis problemu zdrowotnego. Wskazano także dane epidemiologiczne, z których wynika, że w województwie podlaskim współczynnik chorobowości z powodu zniekształceń kręgosłupa w grupie wiekowej 0-18 lat w 2015 roku wyniósł 452,7/104, stanowiąc drugą – po zaburzeniach refrakcji i akomodacji oka – przyczynę chorobowości w ww. grupie wieku. Wartość współczynnika w 2015 r. w stosunku do roku 2012 uległa zmniejszeniu o 10,1%. Wartość współczynnika chorobowości z powodu zniekształcenia kręgosłupa w 2015 r. w województwie podlaskim była większa o 40,5% od wartości analogicznego współczynnika dla Polski.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest poprawa stanu zdrowia populacji dzieci i młodzieży w województwie podlaskim poprzez zorganizowanie interwencji z zakresu profilaktyki wczesnej i pierwotnej oraz profilaktyki trzeciorzędowej ukierunkowanej na zmniejszenie częstości występowania nabytych wad postawy wśród dzieci i młodzieży w Województwie Podlaskim. Dodatkowo sformułowano 9 celów szczegółowych, stanowiących uzupełnienie głównego założenia. Należy podkreślić, że cele te zostały w dużej mierze sformułowane zgodnie z regułą SMART. Przedstawione założenia można uznać za dobrze zdefiniowane, a także możliwe do monitorowania oraz mierzenia.

W treści projektu programu przedstawiono 14 mierników efektywności, z podziałem na mierniki odnoszące się do celu głównego oraz mierniki efektywności dla celów szczegółowych. Podkreślić należy, że zaproponowane wskaźniki zostały sformułowane w sposób prawidłowy. Co istotne, przedstawione mierniki efektywności odnoszą się w swoim zakresie do wszystkich działań zaplanowanych w ramach programu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dzieci w wieku szkolnym oraz ich rodzice/opiekunowie prawni.

Oszacowania populacji możliwej do włączenia do programu dokonano odrębnie dla każdego z dwóch przewidzianych poziomów interwencji. Przedstawiono szczegółowo zaplanowany harmonogram

udziału dzieci i młodzieży z wybranych grup wiekowych. Łącznie działaniami w ramach poziomu I (edukacyjnego) zostanie objętych 53 619 rodziców/opiekunów dzieci w wieku 5 i 6 lat oraz 91 145 dzieci z klas I, IV i VI szkół podstawowych. Do poziomu II (leczenie i rehabilitacja) włączonych zostanie 4 566 dzieci, w tym 2 537, u których zdiagnozowano skoliozę oraz 2 029, u których zdiagnozowano kifozę i lordozę. Zatem działaniami z zakresu leczenia i rehabilitacji objęte zostaną dzieci w przedziale wiekowym 5-14 lat. Dane przedstawione w projekcie nie budzą zastrzeżeń.

W treści projektu, w przypadku obu zaplanowanych poziomów, odniesiono się do kryteriów włączenia oraz wykluczenia uczestników. Kryteria kwalifikacji do etapu I obejmują przede wszystkim wiek uczestników oraz zgodę opiekunów na udział w programie. Kryterium włączenia do etapu II stanowi rozpoznanie u dziecka wady postawy (w ramach badania bilansowego, lub w trakcie badania pielęgniarstwa/lekarstwa w ramach POZ) potwierdzone przez lekarza specjalistę, uprawnionego do wystawienia skierowania na rehabilitację. Rozpoznanie oraz potwierdzenie wady postawy występującej u dziecka nie jest zatem jedną z interwencji finansowanych w ramach programu.

Interwencja

W ramach poziomu I -edukacyjnego zaplanowano edukację rodziców/opiekunów dzieci w wieku 5-6 lat, edukację uczniów klas I połączoną z zajęciami ruchowymi, a także edukację uczniów klas IV i VI szkoły podstawowej.

Edukacja rodziców/opiekunów w zakresie prawidłowej opieki nad dzieckiem, ukierunkowanej na profilaktykę wad postawy będzie promować ruch i zdrowy styl życia. Zaplanowane działanie ma na celu uświadomienie rodziców/opiekunów o znaczeniu prawidłowej postawy ciała, zagrożeniach wynikających ze zmiany trybu życia dziecka, znaczeniu racjonalnego żywienia oraz aktywności fizycznej, a także o rozpoznawaniu niepokojących objawów świadczących o powstawaniu wad postawy u dziecka.

W projekcie w sposób dokładny opisano sposób realizacji ww. interwencji. Określono zarówno sposób prowadzenia działań oraz osoby odpowiedzialne za jej realizację i dokładny harmonogram zajęć.

Warto podkreślić, iż 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 i potencjalnych konsekwencji braku leczenia.

Dla uczniów z klas I szkół podstawowych przewidziano prowadzenie edukacji połączonej z zajęciami ruchowymi. Celem tego działania ma być kształtowanie i podnoszenie poziomu sprawności fizycznej oraz podwyższenie wydolności fizycznej organizmu dziecka. W treści projektu programu wskazano sposób realizacji zajęć i wyznaczono osobę za nie odpowiedzialną, co nie budzi zastrzeżeń.

W ramach edukacji uczniów klas IV oraz VI szkoły podstawowej przewidziano zarówno część teoretyczną, jak i metody aktywizujące (pracę w grupach). Zakres tematyczny planowanych działań ma obejmować podstawowe pojęcia dotyczące wad postawy, przyczyny ich powstawania, skutki nieleczonych wad, znaczenie profilaktyki, zasady prawidłowego żywienia, a także znaczenie aktywności fizycznej w codziennym życiu. Również ten element został opracowany w sposób dokładny i nie budzi zastrzeżeń.

W ramach poziomu drugiego zaplanowano dwa rodzaje działań:

- leczenie przy zastosowaniu Specyficznych Metod Fizjoterapeutycznych (PSE, ang. physiotherapeutic specific exercises – specyficzna fizjoterapia ambulatoryjna), ćwiczenia korekcyjno-kompensacyjne na basenie;
- badanie przez lekarza specjalistę; badanie RTG. Poziom II, skierowany do dzieci i młodzieży w wieku 5-14 lat, u których stwierdzono wady postawy (w szczególności kręgosłupa) ma na celu usprawnienie lub całkowite przywrócenie prawidłowych funkcji narządu ruchu poprzez zastosowanie takich form terapii jak PSE czy też ćwiczenia korekcyjno-kompensacyjne na basenie. W ramach projektu programu nie sprecyzowano zakresu oferowanych metod

terapeutycznych, które uznawane są za specyficzne dla skolioz. Nie można zatem dokładnie zweryfikować zakresu wskazanej interwencji. Część ta wymaga uzupełnienia.

Dzieci z rozpoznaną skoliozą (kąąt Cobba > 10o-20o), objęte zostaną leczeniem przy zastosowaniu PSE. Należy podkreślić, iż w przypadku dzieci, u których kąąt Cobba osiąga wartość między 11° a 15°, PSE stanowi maksymalne zalecenie terapeutyczne (tj. zalecenie, którego przekroczenie może wiązać się z nadmiernie intensywnym leczeniem). W zależności od metodyki przyjętej w poszczególnych metodach terapeutycznych należących do PSE, program terapeutyczny opiera się na nauczaniu dziecka samodzielnego wykonywania ćwiczeń, a następnie prowadzeniu leczenia w formie zazwyczaj 2-4 sesji ćwiczeniowych w ciągu tygodnia. W projekcie zaplanowano 10 indywidualnych sesji (po 30 min). Wskazana w treści projektu programu liczba zajęć może się zatem okazać niewystarczająca.

W treści projektu programu, powołano się na rekomendacje SOSORT z 2011 roku i wymieniono warunki, które powinien spełnić fizjoterapeuta, który będzie wykonywał kinezyterapię dzieci ze skoliozą. Ta część projektu zgodna jest z odnalezioną rekomendacją SOSORT 2014. Dzieci z rozpoznaną skoliozą (kąąt Cobba > 20°±5°), u których wymagane jest zastosowanie gorsetów sztywnych (12-20 godz./dobę) oraz dzieci z rozpoznaną kifozą i lordożą objęte zostaną ćwiczeniami korekcyjno-kompensacyjnymi na basenie.

Należy zaznaczyć, iż nie ma dowodów naukowych pozwalających zalecać pływanie jako formę leczenia skoliozy (SOSORT 2014). Ćwiczenia w wodzie w leczeniu dzieci i młodzieży ze skoliozą powinny być ćwiczeniami asymetrycznymi, ale ze względu na brak stabilizacji wybranej części kręgosłupa w środowisku wodnym ćwiczenia te nie do końca spełniają swoje zadanie. Należy jednak zaznaczyć, że pływanie stylem grzbietowym ma korzystny wpływ na kifozę piersiową. Niewątpliwie zajęcia ruchowe na basenie mogą mieć charakter profilaktyczny.

W ramach projekcie zaplanowano ponowne badania wykonywane przez lekarza specjalistę, obejmujące dzieci i młodzież z rozpoznaną skoliozą, kifożą oraz lordożą. Mają mieć one miejsce w odstępie 3-4 miesięcy od pierwszego badania, co jest zgodne z rekomendacjami SOSORT 2012. Ponadto w celu sprawdzenia stopnia poprawy w zakresie redukcji zniekształcenia kręgosłupa lekarz specjalista będzie miał możliwość zlecenia wykonania badania radiologicznego kręgosłupa (założono objęcie badaniami RTG grupy 4 312 dzieci). Zgodnie z rekomendacjami obiektywnymi powodami przemawiającymi za zleceniem zdjęć rentgenowskich pacjentom ze skoliozą powinny być zmiany w wynikach pomiaru wykonanego za pomocą skoliometru i/lub zmiany w wyglądzie asymetrii tułowia.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie zaplanowano monitorowanie i ewaluację programu.

Monitorowanie programu zakłada ocenę wskaźników dot. zgłaszalności oraz jakości udzielanych świadczeń. Zgłaszalność do programu może zostać oceniona za pomocą zestawienia liczby dzieci, których rodzice nie wyrazili zgody na uczestnictwo w programie do całej populacji objętej programem. Przeprowadzona może zostać również analiza rezygnacji z udziału w programie (wyrażona stosunkiem liczby rodziców/opiekunów, którzy zgłosili rezygnację do początkowej liczby zgód udzielonych na wzięcie udziału w programie). Zasadnym wydaje się, aby ocena zgłaszalności uwzględniała także dokładną liczbę uczestników poszczególnych działań zaplanowanych w ramach programu, z uwzględnieniem wieku dzieci oraz schorzenia, z którym się borykają.

W treści projektu programu zaznaczono jedynie, iż ocena jakości świadczeń będzie monitorowana poprzez ewaluację zaplanowaną w trakcie programu, jak i bezpośrednio po jego zakończeniu. Kontrolowana będzie też dokumentacja medyczna utworzona w ramach działań programu (w zakresie kompletności jej treści). Zasadnym jest, aby w celu oceny jakości świadczeń udzielanych w ramach programu przygotowana została wystandaryzowana ankieta, która oddałaby ocenę jakości interwencji świadczonych we wskazanych grupach.

Ocena efektywności programu zostanie zweryfikowana na podstawie zgodności z miernikami efektywności. W projekcie podkreślono, iż pełny obraz efektywności programu będzie możliwy do uzyskania w wyniku ewaluacji w odstępie rocznym lub dwuletnim od zakończenia programu. Ocena efektywności dokonana powinna zostać m.in. na podstawie liczby osób, które wezmą udział w

programie, wzrostu wiedzy nt. profilaktyki wad postawy, a także poprawy lub pogorszenia wad postawy stwierdzonych badaniem klinicznym oraz oceną wyników badania obrazowego. Warto zaznaczyć, aby liczba dzieci objętych programem, uwzględniała podział na wyszczególnione w treści projektu poziomy działań. Istotnym jest, aby przedstawione wskaźniki zostały ze sobą zestawione (np. ocena wzrostu poziomu wiedzy). Zestawienie powyższych wartości przełoży się na możliwość określenia czy zaproponowane świadczenia będą wpływały na realizację założonych celów.

Warunki realizacji

W treści projektu nie sprecyzowano na jakich zasadach wyłoniony zostanie realizator programu. W sposób pobieżny określono także zasoby kadrowe, nie odniesiono się natomiast do zasobów sprzętowych oraz lokalowych jakimi powinien dysponować realizator.

W projekcie dokładnie opisano sposób realizacji świadczeń, wyszczególniono jego etapy oraz wskazano sposób powiązania programu ze świadczeniami gwarantowanym. Opisano sposób zapraszania uczestników do programu i wskazano sposób zakończenia przez nich udziału.

W treści projektu programu przedstawiono szczegółowe opracowanie budżetu. Określono zarówno koszty jednostkowe, jak i całkowite (wynoszące 8 000 000 zł) działań zaplanowanych w ramach realizacji poziomu I oraz poziomu II programu. Należy jednak zaznaczyć, iż informacje odnoszące się do kosztów zostały przedstawione w sposób chaotyczny, w różnych częściach projektu programu.

Warto zaznaczyć, że błędnie obliczono koszt edukacji połączonej z zajęciami ruchowymi dla uczniów I klasy szkoły podstawowej w latach 2017-2018 – koszt 533 sesji, które odbywać mają się 20 razy w ciągu roku dla klas liczących ok. 20 dzieci, przy oszacowanym przez wnioskodawcę koszcie (60 zł/1 godz.) powinien wynosić 639 600 zł, a nie tak jak wskazano w treści projektu 369 600 zł. Należy jednak podkreślić, że łączny koszt edukacji we wskazanej grupie wiekowej w latach 2017-2021 oszacowano już w sposób prawidłowy.

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 Cobb'a 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

Kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad postawy, powinna być wykonywana u dzieci w momencie rozpoczynania nauki szkolnej (roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne), a następnie w klasach III i V szkoły podstawowej oraz w I klasach gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych. Zadanie to wpisane jest w obowiązki pielęgniarki lub higienistki szkolnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Powyższe działania reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2013 poz. 1248)

Ponadto w ramach świadczeń gwarantowanych dostępne są świadczenia rehabilitacji dziecięcej obejmujące m.in. kinezyterapię.

Ocena technologii medycznej

W ramach wytycznych Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment 2012 (SOSORT) roku zaproponowano następujące rozwiązania lecznicze w zakresie leczenia zachowawczego chorych ze skoliozą idiopatyczną:

- brak leczenia, obserwację,
- specyficzną fizjoterapię ambulatoryjną (ang. Physiotherapeutic Specific Exercises – PSE),
- stacjonarną intensywną rehabilitację (ang. Special Inpatient Rehabilitation – SIR),
- gorsetowanie.

Zgodnie z wytycznymi, cechami każdej z metod należących do specyficznej fizjoterapii ambulatoryjnej powinny być:

- terapia dobierana indywidualnie (uwzględniająca potrzeby chorego, wzorzec skoliozy, fazy leczenia),
- trójpłaszczyznowa autokorekcja deformacji ze szczególnym uwzględnieniem odzyskiwania właściwych krzywizn kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej,
- trening w czynnościach dnia codziennego (ang. Activities of Daily Living, ADL),
- stabilizacja skorygowanej postawy ciała oraz edukacja chorego i jego rodziców.

PSE służąca zapobieganiu rozwojowi skoliozy podczas procesu wzrostu i jest rekomendowana jako pierwszy krok w procesie leczenia skoliozy idiopatycznej, aby zapobiec lub ograniczyć postęp deformacji oraz możliwość gorsetowania. Rekomenduje się, aby PSE była zindywidualizowana pod względem potrzeb pacjenta, występującego skrzywienia oraz etapu leczenia. Zindywidualizowanie PSE powinno być zachowane również w przypadkach, gdy fizjoterapia ta prowadzona jest w małych grupach. Zgodnie z zaleceniami specyficzna fizjoterapia ambulatoryjna powinna być stosowana podczas leczenia gorsetowego.

Randomizowane badanie kliniczne pacjentów z umiarkowaną skoliozą (od 10 do 20°) wykazało, że specyficzne metody fizjoterapeutyczne mogą zapobiec progresji do poziomu zniekształcenia, które skutkowałoby leczeniem gorsetowym (Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Research Society (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatrics (AAP)).

W zależności od metodyki przyjętej w poszczególnych metodach terapeutycznych należących do PSE, program terapeutyczny opiera się na nauczaniu dziecka samodzielnego wykonywania ćwiczeń, a następnie prowadzeniu leczenia w formie zazwyczaj 2-4 sesji ćwiczeniowych w ciągu tygodnia. Co 3-4. miesiące zaleca się przeprowadzenie konsultacji w wiodącym dla danej metody ośrodku. Istotnym elementem terapii jest również kontynuacja wyuczonych ćwiczeń w warunkach domowych. Gorsetowanie zalecane jest w przypadku leczenia pacjentów ze skrzywieniami powyżej $20 \pm 5^\circ$ Cobba, wciąż rosnących oraz charakteryzujących się postępową deformacją lub podwyższonym ryzykiem pogorszenia (chyba że nie jest to uzasadnione w ocenie klinicysty specjalizującego się w leczeniu zachowawczym deformacji kręgosłupa) (poziom: B, klasa: III). Zaleca się aby nie stosować gorsetowania w przypadku leczenia pacjentów ze skrzywieniem poniżej $15 \pm 5^\circ$ Cobba.

Zgodnie z wytycznymi dzieci i młodzież z SI mogą aktywnie uczestniczyć zarówno w sporcie wyczynowym, jak i rekreacyjnym. Nie ma także przeciwwskazań do uczestnictwa w lekcjach wychowania fizycznego. Obecnie nie rekomenduje się jedynie uczestnictwa w zajęciach, których specyfika polega na wykonywaniu ćwiczeń mających na celu zwiększenie ruchomości stawowej (gimnastyka, balet). Wynika to z faktu, że u uczestników takich zajęć stwierdza się częstsze występowanie SI, niż w grupach nie uprawiających takich form ruchu. Nie ma również dowodów naukowych pozwalających zalecać pływanie jako formę leczenia skoliozy.

Rekomenduje się, aby udział w zajęciach szkolnego wychowania fizycznego był kontynuowany na wszystkich etapach leczenia. Restrykcje mogą dotyczyć natomiast wykonywania określonych rodzajów ćwiczeń fizycznych. Wybór wspomnianych ćwiczeń powinien odbywać się na podstawie nasilenia krzywizny, progresji deformacji oraz opinii klinicysty specjalizującego się w leczeniu zachowawczym deformacji kręgosłupa. Zaleca się także, aby aktywność fizyczna była zachowana podczas leczenia gorsetowego, ze względu na fizyczne (wydolność tlenowa) oraz psychologiczne korzyści, jakie owa aktywność zapewnia.

Szczególnie warto podkreślić także rolę edukacji nie tylko dziecka ale i jego opiekunów. Niski poziom motywacji do ćwiczeń, typowy dla młodych osób, można podnieść m.in. poprzez uświadomienie dziecka i rodziców co do charakteru choroby, przewidywanego jej przebiegu czy też potencjalnych konsekwencji braku leczenia.

Edukacja zdrowotna ma 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.

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.441.250.2016 „„Program profilaktyki nabytych wad postawy skierowany do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego” realizowany przez: Województwo Podlaskie”, styczeń 2017 oraz Aneksów do raportów szczegółowych: „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 3/2017 z dnia 9 stycznia 2017 roku o projekcie programu „Program profilaktyki nabytych wad postawy skierowany do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego”