



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 119/2016 z dnia 6 lipca 2016 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki otyłości i wad postawy wśród dzieci miasta Jastrzębie-Zdrój”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki otyłości i wad postawy wśród dzieci miasta Jastrzębie-Zdrój” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy ważnej kwestii, jaką jest przeciwdziałanie nadwadze, otyłości i wadom postawy u dzieci.

W projekcie wskazano cele i mierniki efektywności, jednak wymagają one poprawy. Cele warto definiować zgodnie z zasadą SMART, zaś mierniki efektywności powinny im odpowiadać, umożliwiając ocenę stopnia ich realizacji.

Populacja docelowa została określona prawidłowo.

Interwencje zaplanowane w projekcie odnoszą się zarówno do edukacji zdrowotnej jak i wczesnego wykrywania nadwagi i wad postawy oraz działań terapeutycznych. Objęcie programem dzieci 8 letnich stanowi uzupełnienie świadczeń gwarantowanych w zakresie wykrywania wad postawy. Zaplanowane działania są zgodne z rekomendacjami i wytycznymi.

Należy jednak jasno określić kryteria przechodzenia uczestników pomiędzy etapami programu. Ponadto istotne jest odniesienie się do niespójności w projekcie dotyczących kierowania pacjentów do dalszego leczenia po etapie diagnostycznym.

Program zakłada jego monitorowanie i ewaluację. W ramach ewaluacji warto rozważyć zebranie danych również na temat osób objętych tylko działaniami edukacyjnymi. Ponadto ważne jest także zaplanowanie utrzymania trwałości efektów zdrowotnych.

Przedstawiony budżet budzi zastrzeżenia w kwestii określenia kosztu jednostkowego działań terapeutycznych, który wydaje się być zaniżony.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący zapobiegania otyłości i wadom postawy wśród dzieci. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 213 740 zł, zaś okres realizacji to lata 2016-2017.

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 otyłości i wad postawy wśród dzieci. Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci i młodzieży wchodzi w zakres rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych – zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu; przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy; 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.

W projekcie przedstawiono opis problemu zdrowotnego oraz opis sytuacji epidemiologicznej.

Wyniki badania OLAF z 2010 roku, dotyczące występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci, wskazują, że problem ten dotyczy 16,3% populacji dziecięcej w Polsce. Największy odsetek dzieci z nieprawidłową wagą odnotowano w województwie mazowieckim, najniższy zaś w województwie świętokrzyskim.

Według danych Zakładu Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka (IMiDz 2013) aż 90% dzieci w Polsce cierpi obecnie na wady postawy, szczególnie często dotyczące kręgosłupa, kolan i stóp. W projekcie odniesiono się do mniejszego odsetka, mianowicie 50-60% populacji w zależności od regionu.

Wyniki raportu Health Behaviour in School-aged Children 2012 na temat zdrowia nastolatków w Europie, koordynowanego przez specjalistów z Instytutu Matki i Dziecka wyraźnie pokazują, że w ostatnich latach znacznie zwiększyła się liczba czynników powodujących powstawanie wad postawy u dzieci i młodzieży. Zgodnie z treścią raportu Ośrodka Rozwoju Edukacji zniekształcenia kręgosłupa zdiagnozowano u 17,14 % populacji w wieku 0–18 lat oraz u 9,7% dzieci i młodzieży w wieku 2–9 lat. Wymienia się wiele przyczyn powstawania wad postawy, z czego jako pierwsze wymieniane są: siedzący tryb życia, mała aktywność fizyczna, zbyt długie przebywanie w jednej pozycji, błędy popełniane przy noszeniu dziecka oraz meble nieodpowiednio dobrane do wzrostu dziecka.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest poprawa stanu zdrowia dzieci i młodzieży z miasta Jastrzębie-Zdrój poprzez wczesne wykrycie chorób, nieprawidłowości i zagrożeń u dzieci w wieku przed okresem dojrzewania, poprzez przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej oraz stworzenie w środowisku szkolnym warunków sprzyjających właściwym nawykom żywieniowym oraz aktywności fizycznej, jako elementów utrzymania i poprawy zdrowia. Dodatkowo wskazano 4 cele szczegółowe. Proszę zwrócić uwagę, że zaproponowany cel jest bardzo ogólny i utrudniona może być jego całkowita realizacja. Warto cele programowe tworzyć zgodnie z zasadą SMART, według której cel powinien być m. in. szczegółowy, mierzalny, osiągalny, ważny i określony w czasie.

Oczekiwane efekty pozostają spójne z postawionymi celami.

Mierniki efektywności powinny zostać zmodyfikowane, ponieważ niektóre z nich stanowią bardziej działania, które zostaną podjęte w programie, aniżeli mierniki rezultatów jakie planuje się osiągnąć. Mierniki efektywności są to wskaźniki, które umożliwiają obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów. Mierniki powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w programie wyrażone w odpowiednich jednostkach miary. Przykładowymi i właściwymi wskaźnikami byłyby: okresowe wielkości wskaźnika BMI w okresie po zakończeniu interwencji oraz rok po jej zakończeniu, poziom wiedzy nt. prawidłowego żywienia dzieci (poprzez ankiety dla rodziców).

Populacja docelowa

Populację programu mają stanowić 8-letnie dzieci uczęszczające do klas II szkół podstawowych, a w zakresie edukacji dodatkowo rodzice, nauczyciele i pielęgniarki szkolne. W projekcie oszacowano

liczebność populacji docelowej w każdym roku. Oszacowania populacji są zbieżne z danymi GUS za 2014 rok.

Populacja docelowa została określona poprawnie.

We wszystkich odnalezionych rekomendacjach podkreśla się fakt, że wszystkie interwencje skierowane do dzieci powinny być prowadzone z udziałem rodziców, a także w zmianie stylu życia powinna uczestniczyć cała rodzina. Programy zdrowotne dotyczące nadwagi i otyłości powinny być prowadzone począwszy od dzieci przedszkolnych i szkolnych.

Interwencja

Program został podzielony na 3 etapy: edukacyjny, diagnostyczny i terapeutyczny.

Pierwszy etap obejmuje edukację. Zaplanowane działania edukacyjne zostały opracowane w sposób prawidłowy. W odniesieniu do rekomendacji wytycznych tematyka działań edukacyjnych została opracowana w sposób poprawny.

W ramach drugiego etapu zaplanowano diagnostykę.

W przypadku nadwagi jako kryterium diagnostyczne określono BMI na poziomie 90-97 centyla, zaś dla otyłości powyżej 97 centyla. Jednak zgodnie z rekomendacjami NICE nadwagę u dzieci i młodzieży definiuje się jako BMI $\geq 91-98$ a otyłość ≥ 98 , wg WHO u dzieci w wieku 5-19 lat nadwagę definiuje się jako BMI >85 a otyłość BMI >97 . Eksperti zwracali uwagę na to, aby diagnostyka nieprawidłowej masy ciała wśród dzieci, młodzieży i dorosłych była oparta o standardowe procedury tj. wytyczne WHO i siatki centylowe OLAF.

Przeprowadzone mają zostać także badania w kierunku wad postawy wykonywane przez rehabilitanta lub ortopedę (badanie fizykalne i przy użyciu inklinometru. Swoim działaniem program może uzupełniać świadczenia w tym zakresie obejmując badaniami dzieci z II klasy szkoły podstawowej (populacja nie objęta bilansem w ramach świadczeń gwarantowanych). Ponadto badania w kierunku wad postawy mają zostać przeprowadzone przez specjalistę rehabilitanta lub ortopedę, co jest zgodne z rekomendacjami.

Ostatni etap programu skierowany jest do 50% dzieci uczestniczących w programie i obejmuje terapię prowadzoną przez rehabilitanta, dietetyka i psychologa. Na tym etapie zorganizowana zostanie gimnastyka korekcyjna, na terenie szkoły, a także będą odbywać się spotkania z dietetykiem, który opracuje dla dzieci indywidualne zalecenia dietetyczne, oraz spotkania z psychologiem, który udzieli wsparcia i poradnictwa w podtrzymaniu zmian w diecie i aktywności fizycznej. W etapie tym powinni uczestniczyć także rodzice aby aktywnie angażować ich w zmianę nawyków żywieniowych dzieci, stylu życia. Działanie zaproponowane w tym etapie są zgodne z opiniami ekspertów klinicznych i wytycznymi.

W ramach projektu programu nie określono kryteriów przechodzenia do kolejnych etapów. Z projektu nie wynika do jakiej grupy uczestników skierowany będzie program terapeutyczny, co wymaga uzupełnienia. Ponadto w projekcie pojawiają się niejasności w kwestii kierowania uczestników do dalszego leczenia. Z jednej strony zaproponowano etap terapeutyczny, za drugiej zaś planuje się kierować uczestników do placówek medycznych w ramach ubezpieczenia NFZ. W tej kwestii w projekcie brakuje spójności, co należy wyjaśnić.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie programu zaplanowano jego monitorowanie i ewaluację.

Monitorowanie programu (ocena zgłaszalności i jakości świadczeń) została zaplanowana w sposób poprawny. Należy mieć na uwadze, że monitorowanie powinno odbywać się na każdym etapie realizacji programu.

Ewaluację programu (ocena zgłaszalności) warto rozszerzyć i uzupełnić o dane dotyczące m.in. stosowania się do zaleceń lekarskich i dietetycznych u dzieci objętych działaniami terapeutycznymi oraz wskaźników nadwagi i otyłości, jako wyznacznika skuteczności działań edukacyjnych (brak wzrostu nadwagi może świadczyć o poprawie świadomości uczestników).

Ważne jest także zaplanowanie trwałości uzyskanych efektów, która jest możliwa np. poprzez udostępnienie uczestnikom materiałów lub też możliwość konsultowania się ze specjalistami (np. dietetykiem) po zakończeniu programu.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wyłoniony w ramach konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. Wskazano, także ogólne kompetencje realizatora.

Projekt programu zawiera harmonogram jego działań, opisano także sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych oraz opis sposobu zakończenia udziału w programie. Należy jednak uzupełnić program o kryteria przechodzenia uczestników pomiędzy etapami.

W projekcie określono całkowity koszt przeprowadzenia programu na 213 740zł. Projekt programu zawiera szczegółowo rozpisane koszty jednostkowe oraz całkowite. Wątpliwości budzi kwota 30 zł za objęcie 1 osoby etapem terapeutycznym, tj. regularne spotkania z dietetykiem, zajęcia gimnastyki korekcyjnej, spotkania z psychologiem. Kwota ta wydaje się zbyt niska w stosunku do liczby specjalistów zaangażowanych w realizację tego etapu i planowanych interwencji.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Nadwaga i otyłość są głównymi czynnikami ryzyka dla wielu chorób przewlekłych i według ekspertów niosą za sobą szereg negatywnych konsekwencji dla funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego otyłego człowieka. Otyłość ma wpływ na samoocenę pacjenta, niezadowolenie 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, np. bezrobocia.

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

Świadczenia gwarantowane w zakresie POZ ukierunkowane są na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, leczenie, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności oraz usprawnianie i pielęgnację świadczeniobiorcy w chorobie.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ocena rozwoju fizycznego dziecka należy do zadań lekarza POZ i jest prowadzona w ramach porad patronażowych i badań bilansowych, w tym badań przesiewowych w następujących okresach życia dziecka: 1-4 t.ż., 2-6 m.ż., 9 m.ż., 12 m.ż., 2, 4, 5 lat, następnie roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne, klasa III szkoły podstawowej, klasa I gimnazjum, klasa I szkoły ponadgimnazjalnej, ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19 roku życia.

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

Zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości, ważne jest, aby programy polityki zdrowotnej w tym zagadnieniu prowadzone były począwszy od dzieci przedszkolnych i szkolnych, ze szczególnym uwzględnieniem tych grup wiekowych. Prowadzenie programów wśród młodzieży i dorosłych również jest zalecane, jednak może przynieść mniejsze korzyści z perspektywy służby zdrowia.

Ponadto eksperci wskazują, że programy te powinny obejmować dietę, aktywność fizyczną oraz psychologiczne terapie behawioralno-poznawcze. W czasie realizacji szkolnych programów dotyczących edukacji w zakresie zdrowego odżywiania należy uniemożliwić dzieciom dostęp do „niezdrowej żywności” poprzez usunięcie automatów ze słodyczami lub zaopatrzenie ich w produkty zgodne z założeniami programu.

Modyfikacja stylu życia jest jednym z najtrudniejszych zadań planowanych w ramach programów zdrowotnych jst. Kształtowanie określonych postaw zdrowotnych jest bardzo trudne wśród osób chorych, a jeszcze trudniejsze jako działanie prewencyjne w populacji zdrowej. Interwencje w tym kierunku powinny wymuszać interaktywność beneficjentów. Preferowaną formą takiej edukacji są np. warsztaty.

W aktualnych rekomendacjach U.S. Preventive Services Task Force z 2010 r. (aktualizacja tych rekomendacji zostanie opublikowana w 2016 r.) zaleca się wykonanie badania przesiewowego w kierunku otyłości u dzieci 6 letnich i starszych, oraz zaoferowanie lub skierowanie ich na kompleksowe, intensywne interwencje behawioralne wspierające redukcję wagi. Podstawowe, rutynowo wykonywane pomiary powinny obejmować wzrost, wagę oraz wyliczenie BMI.

Z odnalezionych rekomendacji i wytycznych (m.in. Polish Forum for Prevention, Światowa Organizacja Zdrowia, National Institute for Health and Clinical Excellence Clinical Guideline, Massachusetts Department of Public Health (MDPH), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), The Endocrine Society) wynika, że zalecanym wskaźnikiem nadwagi i otyłości u dzieci jest pomiar BMI skorygowany o wiek i płeć w postaci centyli. Normy w populacji polskiej to: dla nadwagi pomiędzy 90 a 97 centylem, dla otyłości powyżej 97 centyli. Diagnostyka i skryning nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży powinny polegać na pomiarze BMI percentyli, zaś nie zaleca się pomiaru obwodu talii oraz międzynarodowych tabel otyłości. Dziecko, u którego zdiagnozowano nadwagę lub otyłość powinno być kierowane do lekarza specjalisty. Kurację odchudzającą zaleca się u dzieci z BMI powyżej 95 centyla.

Do odczytania centyli BMI mogą być używane siatki centylowe lub specjalne kalkulatory internetowe. Nadwagę zdefiniowano jako BMI ≥ 80 -94 centyla a otyłość BMI ≥ 95 centyla. Zaleca się, aby pacjentów kierować na kompleksowe, zintensyfikowane programy obejmujące elementy dietetyczne,

aktywności fizycznej oraz behawioralne. Interwencje uznaje się za kompleksowe kiedy obejmują: poradnictwo w zakresie spadku wagi i zdrowej diety, poradnictwo w zakresie aktywności fizycznej oraz instrukcje i wsparcie w podtrzymaniu zmian w diecie i aktywności fizycznej. Oceniany program spełnia te kryteria. NICE w 2013 r. zarekomendował, aby pomiary BMI i BMI zależnego od wieku i płci, były wykonywane przy rekrutacji do programu, na zakończenie programu, 6 miesięcy po zakończeniu i 1 rok po zakończeniu programu. W ocenianym projekcie planuje się wyliczenie BMI na samym początku, po zakończeniu interwencji oraz po roku od zakończenia. Jest to podejście prawidłowe i zgodne z zaleceniami.

Zgodnie z zaleceniami m.in. NICE z 2013 r. zespół specjalistów zaangażowanych w program zwalczania otyłości u dzieci, powinien obejmować dietetyka, specjalistę od żywienia, specjalistę ds. promocji zdrowia (dla promocji aktywności fizycznej odpowiedni byłby psycholog sportowy), psycholog kliniczny lub psychiatrą dziecięcą, pediatrą lub pielęgniarką pediatryczną. Program taki powinien być regularnie oceniany i aktualizowany przez multidyscyplinarny zespół. W ocenianym programie zakłada się bieżące monitorowanie przez powołaną Radę Programu – określanie kierunków zmian w następujących etapach realizacji w oparciu o dane z ewaluacji kolejnych etapów programu. Zatem są to działania zgodne z rekomendacjami.

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 prowadzenia badań przesiewowych w kierunku wad postawy. 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.

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 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.

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.441.101.2016 „Program profilaktyki otyłości i wad postawy wśród dzieci miasta Jastrzębie-Zdrój” realizowany przez: miasto Jastrzębie-Zdrój, Warszawa, czerwiec 2016, Aneksów do raportów szczegółowych: „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny”, kwiecień 2016 oraz „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, maj 2012. oraz Opinia Rady Przejrzystości nr 185/2016 z dnia 27 czerwca 2016 roku o projekcie programu „Program profilaktyki otyłości i wad postawy wśród dzieci miasta Jastrzębie-Zdrój”