

**UCHWAŁA NR 506/XXIX/2017
RADY MIASTA PŁOCKA**

z dnia 28 lutego 2017 r.

w sprawie przyjęcia pilotażowego programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki wad postawy dla dzieci z klas I szkół podstawowych w latach 2016-2017”.

Na podstawie art. 18 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (j.t. Dz.U. z 2016r. poz. 446, ze zmianami: Dz.U. z 2016r. poz. 1579) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz.U. z 2016r. poz. 1793, ze zmianami: Dz.U. z 2015r. poz. 1365 i poz. 1916 oraz z 2016r. poz. 1807, poz. 1860, poz. 2138, poz. 2173 i poz. 2250), uchwała się co następuje:

§ 1. Przyjmuje się pilotażowy program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki wad postawy dla dzieci z klas I szkół podstawowych w latach 2016-2017”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały, z zastrzeżeniem, iż przedłuża się okres jego realizacji do końca I półrocza 2018 roku.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Płocka.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Miasta
Płocka

Artur Jaroszewski



PŁOCK

**Program profilaktyki wad postawy
dla dzieci z klas I szkół podstawowych
w latach 2016-2017**

**Program został opracowany
w Wydziale Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Płocka**

Płock, luty 2017r.

1. Opis problemu zdrowotnego

a) Problem zdrowotny

Wady postawy wieku rozwojowego stanowią poważny problem społeczny i cywilizacyjny. Szybki postęp cywilizacji i technologii ułatwiających życie pociąga za sobą coraz większą automatyzację codziennego życia człowieka, ograniczając tym samym jego aktywność ruchową i w konsekwencji dominujący staje się siedzący tryb życia. Znaczne ograniczenie aktywności ruchowej na rzecz zajęć rozrywkowych takich jak telewizja, gry komputerowe oraz internet, powodują dysfunkcje i nieprawidłowości w kształtowaniu się postawy ciała u dzieci i młodzieży w okresie rozwoju. Potwierdza to stale rosnąca liczba dzieci i młodzieży mających wady postawy nabyte. Istotną cechą postawy ciała jest jej zmienność w ciągu życia pod wpływem różnych czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Pierwszy okres krytyczny przypada na wiek 6-7 lat i wiąże się ze zmianą stylu życia (kilkugodzinna wymuszona pozycja siedząca w ławce szkolnej). Natomiast drugi okres krytyczny pojawia się u dziewcząt w wieku 11-13 lat, chłopców w wieku 13-14 lat i związany jest z pokwitaniowym skokiem wzrostu, podczas którego następuje zmiana proporcji ciała i dotychczasowego środka ciężkości.

Prawidłowa postawa zależy od właściwej budowy aparatu ruchu (układu kostno-stawowego) oraz niezaburzonego funkcjonowania układu mięśniowo–nerwowego, co pozwala na utrzymanie pozycji i wykonywanie ruchu.

Wszelkie nieprawidłowości dotyczące postawy ciała dość powszechnie określa się mianem wad postawy i są one zjawiskiem najczęściej spotykanym wśród dzieci i młodzieży. Dlatego też należy na podstawie właściwie przeprowadzonego badania określić, czy nieprawidłowość stwierdzona u dziecka wynika z naturalnej skłonności do zmienności sylwetki i jest związana z okresem dorastania i dojrzewania, czy też jest rzeczą istotną, wymagającą dalszego postępowania terapeutycznego.

Konieczne zatem wydaje się rozróżnienie:

1) **nawykowej nieprawidłowej postawy**– podlegającej czynnej korekcji i wymagającej wyeliminowania u dziecka nawyków „psujących” postawę oraz włączenia do zajęć ruchowych i korekcyjnych powadzonych przez osoby posiadające wiedzę w tym zakresie, w tym nauczycieli wychowania fizycznego,

2) **rzeczywistej wady postawy** – nie korygującej się czynnie i wymagającej w zależności od powagi problemu leczenia poprzez fizjoterapię, gorsetowanie lub leczenie operacyjne.

Wyjątkowo ważny w tym destrukcyjnym procesie jest fakt, iż szkoła, w której dziecko spędza większość swego okresu dorastania, nie generuje możliwości rozwoju prawidłowej postawy. To właśnie w okresie szkolnym dochodzi do licznych zniekształceń i przyswajania nieprawidłowych nawyków. Rodzice do czasu rozpoznania wady nie przywiązują wystarczającej uwagi do

niewątpliwie istotnych zmian, które zachodzą w układzie ruchu ich dzieci. Stąd rodzi się potrzeba zapobiegania i chęć podjęcia działań. Cały obowiązek w kształtowaniu prawidłowej postawy u dzieci i młodzieży spoczywa w pierwszej kolejności na rodzicach oraz na szkole.

Mówiąc o wadach postawy, mamy na myśli przede wszystkim odchylenia od fizjologicznego kształtu kręgosłupa. Najczęściej spotykane nieprawidłowości w układzie ruchu wśród dzieci i młodzieży to:

1) wady postawy:

- plecy okrągłe (łac. *dorsum rotundum*)
- plecy wklęsłe (łac. *dorsum concavum*)
- plecy wklęsło – okrągłe (łac. *dorsum rotundo-concavum*)
- plecy płaskie (łac. *dorsum planum*)
- boczne skrzywienie kręgosłupa (łac. *scoliosis*)

2) wady kończyn dolnych:

- płaskostopie (łac. *pes planus*)
- kolana szpotawe (łac. *genu varum*)
- kolana koślawe (łac. *genu valgum*)

Przyczyny wad postawy:

1. wady wrodzone, wady wynikające z istniejących schorzeń
2. niewłaściwe stanowisko pracy i wypoczynku
3. niewłaściwe pozycje podczas pracy i wypoczynku, nawyki ruchowe
4. brak lub ograniczanie aktywności fizycznej, siedzący tryb życia
5. nadwaga.

Postawa jest nawykiem ruchowym kształtującym się na określonym podłożu morfologicznym i funkcjonalnym oraz związanym z codzienną działalnością.

Najczęściej wady postawy występują i postępują najszybciej w okresie szkolnym. Jest to okres, w którym nie ukończył się jeszcze rozwój fizyczny dziecka. Dlatego jest on odpowiedni i w zasadzie jedyny, kiedy w młodym organizmie mogą nastąpić jakiegokolwiek zmiany – np. zatrzymanie pogłębiania wady postawy. Ujawnienie takiej wady ciągnie za sobą konieczność postępowania korekcyjnego.

Nawyki nieprawidłowej postawy jest przyczyną zaburzeń w sferze fizjologicznej, brak równowagi napięcia mięśniowego determinuje zaburzenia w sferze morfologicznej, a niekorzystne warunki środowiska zewnętrznego w którym żyje dziecko oddziałują w sferze środowiskowej.

b) Epidemiologia

Według danych Zakładu Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka aż 90% dzieci w Polsce cierpi obecnie na wady postawy, szczególnie często dotyczące kręgosłupa, kolan i stóp. 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. Z reguły są to wadliwe postawy nawykowe, które w znacznym stopniu wpływają na zwiększenie w populacji grupy osób z wadami postawy.

Przewlekłym schorzeniem najczęściej występującym u dzieci i młodzieży są zniekształcenia kręgosłupa. Zgodnie z danymi pochodzącymi z rocznych sprawozdań o działalności i zatrudnieniu w podstawowej opiece zdrowotnej, zniekształcenia kręgosłupa stanowią około 24% schorzeń o charakterze przewlekłym, stwierdzonych u dzieci i młodzieży w wieku 0 -18 lat. W 2005 roku zniekształcenia kręgosłupa stwierdzono łącznie u 421.042 osób z tej grupy (4,5% populacji w wieku 0-18 lat), w 2006r u 420.989 osób (4,8 % populacji w wieku 0-18 lat). W roku 2006 zniekształcenia kręgosłupa stwierdzono po raz pierwszy u 64.858 badanych dzieci - stanowi to 15,4% grupy dzieci, u których w wymienionym roku występowało takie zniekształcenie. Największa liczba wymienionych schorzeń występuje w grupie dzieci w wieku 10-14 lat – w grupie tej stwierdzono w 2006r łącznie 182.843 przypadki zniekształcenia kręgosłupa. Skoliozy stanowią duży problem terapeutyczny oraz społeczno - ekonomiczny, w Polsce może dotyczyć nawet 15% społeczeństwa.

Na podstawie danych pochodzących z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), sporządzonych w oparciu o druk MZ-11 *sprawozdanie o działalności i pracujących w podstawowej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej*, w populacji dzieci i młodzieży w Polsce w roku 2007 zdiagnozowano 417.381 zniekształceń kręgosłupa, co stanowiło 5,19 % populacji w wieku 0-18 lat. Zmiany w elementach szkieletowych bezpośrednio związanych z kręgosłupem (klatka piersiowa, miednica) oraz zaburzenia pozostałych odcinków narządu ruchu (kończyn dolnych i górnych) stanowią w sumie 45-55% ogółu wad postawy.

Według danych uzyskanych od koordynatora opieki pielęgniarskiej i higienicznej w szkołach z terenu Miasta Płocka (dane Płockiego Zakładu Opieki Zdrowotnej sp. z o.o.) w roku szkolnym 2013 / 2014 liczba uczniów rozpoczynających naukę w klasach I szkół podstawowych wynosiła 1288, z czego z wadami postawy było 635 uczniów, zaś liczba uczniów klas I korzystających z gimnastyki korekcyjnej wynosiła 440. Dane uzyskane w roku szkolnym 2014 / 2015 wskazują na zwiększenie liczby zdiagnozowanych przypadków wad postawy. Liczba uczniów klas I rozpoczynających naukę w klasach I szkół podstawowych wynosiła 1516, z czego z wadami postawy było 736 uczniów, zaś liczba uczniów klas I korzystających z gimnastyki korekcyjnej wynosiła 531.

Powiatowa Stacja Sanitarno - Epidemiologiczna w Płocku zgodnie z wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego w kwietniu 2016r. przeprowadziła ocenę obciążenia uczniów tornistrami i plecakami w dwóch wytypowanych placówkach (szkole podstawowej i gimnazjum) na terenie Miasta Płocka.

Badania przeprowadzono w dniach 13 – 21.04.2016r. wśród 383 uczniów szkoły podstawowej i gimnazjum w 2 klasach z tego samego rocznika ogółem w 18 oddziałach. Pomiarów dokonywano w gabinecie profilaktyki i pomocy przedlekarskiej. Do oceny niezbędne były dwa pomiary, jeden to pomiar ciężaru ciała ucznia, drugi pomiar jego spakowanego tornistra/plecaka. Następnie obliczano normy obciążenia ciała ciężarem tornistra: niską, tj. 10% oraz 15% jako wysoką. Optymalną, tj. 10% normę obciążenia ciężaru ciała wagą tornistra uzyskało 227 uczniów, co stanowiło 59,3%, natomiast u 123 uczniów uzyskało normę wysoką do 15% wagi ciała, co stanowi 32,1 %. Natomiast 33 uczniów szkoły podstawowej posiadało tornistry/plecaki w których odnotowano wagę powyżej 15% wagi ciała, co stanowi 12,7% badanych uczniów placówki.

Polskie ustawodawstwo nie reguluje kwestii maksymalnej wagi plecaka dzieci i młodzieży szkolnej, ale przyjmuje się, iż stosunek ciężaru plecaka do ciężaru osoby, który go nosi powinien wynosić od 10% do 15%. Na potrzeby bieżącej analizy ustalono dwie normy – normę niską (10%) i normę wysoką (15%).

c) Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Program skierowany jest do dzieci w wieku szkolnym (6-7 lat) uczęszczających do I klas szkół podstawowych na terenie miasta Płocka (16 szkół). Populacja mieszkańców miasta Płocka liczy 122.879 osób (dane GUS według stanu na 30.06.2015r.). Grupa osób w wieku 6 lat wynosi w Płocku 1.333, co stanowi 1,64 % całej populacji (dane GUS według stanu na 31.06.2015r.), natomiast grupa osób w wieku 7 lat wynosi w Płocku 1.222 co stanowi 1,49 % całej populacji (dane GUS według stanu na 19.09.2015). Z danych Wydziału Edukacji i Kultury UMP wynika, że **liczba uczniów rozpoczynających w roku szkolnym 2016/2017 naukę w I klasie szkoły podstawowej wynosi 608.**

d) Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdują się w 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 przesiewowych, i powinny być rutynowo wykonywane u dzieci w wieku 6 albo 7 lat, 10 lat, 12 lat, 13 lat i 16 lat (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – Dz.U z 2013 r. Poz. 1248). Wartość prognostyczna tych ocen budzi niestety wiele wątpliwości.

e) Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci i młodzieży wchodzą w zakres rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych, takich jak:

1. 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.
2. zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych Dz. U. z 2009 r Nr 137, poz. 1126).

Wczesna diagnostyka oraz korekcja wad postawy uczniów szkół podstawowych w ramach programu ma na celu kontynuację dotychczasowych działań oraz wspomaganie świadczeń gwarantowanych. Profilaktyka i korekcja wad postawy uznane są za priorytet zdrowotny (§ 1 ust. 10 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych: „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”) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych Dz. U. z 2009 r Nr 137, poz. 1126.).

Minister Zdrowia w piśmie z dn. 2007-10-23 sygn. MZ-ZP-D-073-8795-3/JC/07 do Rzecznika Praw Obywatelskich, informuje, że opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w tym postrzeganie wagi problemu wad postawy i jego uwarunkowań traktowana jest przez Ministerstwo Zdrowia jako działanie priorytetowe. Świadczenia określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia finansowane są ze środków publicznych. Realizacja tych świadczeń jest dokumentowana w indywidualnej dokumentacji ucznia, ponadto objęta jest statystyką resortową. W rocznym sprawozdaniu z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach (druk MZ-06) wykazane są dane na temat sposobu zapewnienia uczniom opieki jak również zakresu tej opieki, wykonania testów przesiewowych oraz profilaktycznych badań lekarskich. W rocznym sprawozdaniu o działalności i zatrudnieniu w podstawowej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (druk MZ-11) wykazane są dane na temat przewlekłych schorzeń stwierdzonych u dzieci i młodzieży.

W wieku szkolnym wyróżniamy dwa okresy mogące nieść negatywny wpływ na kształtowanie prawidłowej postawy ciała. Pierwszy to początek nauki w szkole, drugi to okres dojrzewania. Niewątpliwie rozpoczęcie nauki w szkole wpływa na pogorszenie postawy. Związane jest to ze zmianą trybu życia dzieci. Nowe środowisko oraz nowe reguły i zasady panujące w szkole mają znaczący wpływ na pogorszenie postawy. Przede wszystkim: konieczność dłuższego siedzenia, niewłaściwie dobrane wymiary ławek, krzeseł czy stolików. Również nowe obowiązki oraz przeżycia, które nie zawsze wiążą się z pozytywnymi odczuciami.

Jednym z największych niebezpieczeństw jest siedzący tryb życia i jednostajność pozycji, na które organizm dziecka nie jest przygotowany. Dziecko spędza w szkole średnio 6 godzin dziennie, a niekiedy więcej. Oprócz siedzenia w niewygodnej pozycji przez dłuższy czas, dziecko jest pochłonięte pracą umysłową. W połączeniu ze zmęczeniem, które wywołuje długotrwały wysiłek umysłowy uczeń z dużą dozą prawdopodobieństwa przyjmie wadliwą postawę. Podstawowym błędem, bardzo powszechnym obecnie, jest noszenie przez dzieci książek w plecakach zamiast tornistrach. Idąc tym tokiem rozumowania, znaczna większość dzieci zamiast nosić tornister na dwóch ramionach, nosi plecak na jednym. W związku z tak powszechnym problemem związanym z typem plecaka szkolnego, do rodziców są wystosowane specjalne prośby Głównego Inspektora Sanitarnego o zwrócenie uwagi na wybór tornistra z szerokimi szelkami na ramiona bądź zakup tornistra na kółkach, dzięki czemu dziecko unika noszenia ciężarów. Warto wspomnieć, iż bardzo często dzieci noszą wiele niepotrzebnych rzeczy (waga plecaka nie powinna przekraczać 10-15% masy ciała dziecka) lub nie układają ich w sposób symetryczny w plecaku, co może sprzyjać powstawaniu skrzywień kręgosłupa.

Minister Zdrowia poszukując sposobów ograniczenia ciężaru tornistrów, rozważa *wprowadzenie regulacji prawnych zawierających dopuszczalne, uwzględniające wiek i płeć uczniów, normy obciążenia ciężarem noszonych tornistrów lub plecaków*. Regulacja taka wydaje się być możliwa poprzez wprowadzenie stosownych zapisów do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w *sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach* (Dz. U. Z 2003r. Nr 6, poz.69). Podstawowym aspektem takiego uregulowania byłaby konieczność określenia adresata rozważanej normy. Ze względu na uwarunkowania problemu, adresatem normy mogą być zarówno dzieci, rodzice jak i nauczyciele. Minister Zdrowia w piśmie z dn. 2007-10-23 sygn. MZ-ZP-D-073-8795-3/JC/07 do Rzecznika Praw Obywatelskich zaznacza, iż istnieją w związku z tym trudności w zakresie praktycznego egzekwowania stosowania normy określającej dopuszczalny ciężar tornistra lub plecaka. Wprowadzenie uregulowań, które nie byłyby respektowane, jest w jego opinii zaprzeczeniem działań wychowawczych. W cytowanym piśmie Minister Zdrowia podziela pogląd, że problem występowania wad postawy jest problemem społeczno – cywilizacyjnym. W opinii Ministerstwa Zdrowia, najważniejszym aspektem działań pozwalających na zmniejszenie częstotliwości występowania wad postawy jest promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. W Polsce dotychczas nie przeprowadzono badań dotyczących dopuszczalnych norm obciążenia tornistrami lub plecakami dzieci w wieku szkolnym. Zatem istnieje potrzeba wypracowania wspólnego stanowiska specjalistów (pediatrów, ortopedów i antropologów) w sprawie obciążenia narządu ruchu i wpływu noszonego przez uczniów ciężaru na funkcjonowanie i rozwój ich organizmu. Na podstawie takiego stanowiska możliwe byłoby opracowanie zaleceń dla uczniów, rodziców i nauczycieli. Podobne zalecenia określiło Stowarzyszenie Pediatrii Amerykańskich. Zgodnie z tymi zaleceniami, waga tornistra nie powinna przekraczać 10-15% masy ciała ucznia, tornister powinien mieć równe, szerokie szelki, usztywnioną ściankę przylegającą do pleców, a jego ciężar powinien być rozłożony symetrycznie. Podobne zalecenia przyjęte w naszym kraju, adresowane do uczniów, rodziców i nauczycieli, miałyby walor informacyjno - edukacyjny.

2. Cele programu

a) Cel główny

Zwiększenie liczby dzieci ze zidentyfikowanymi odchyleniami od prawidłowej postawy ciała (rozumianej jako taki układ poszczególnych odcinków ciała niedotkniętych zmianami, który zapewnia optymalne zrównoważenie i stabilność ciała, wymaga minimalnego wysiłku mięśniowego, zapewnia dużą wydolność statyczno - dynamiczną oraz stwarza warunki właściwego ułożenia i działania narządów wewnętrznych) to jest: postawą wadliwą lub wadą postawy, w populacji klas I w roku szkolnym 2016/2017, które podejmą działania korekcyjne.

b) Cele szczegółowe

- 1) Zwiększenie wśród nauczycieli nauczania początkowego oraz rodziców dzieci wiedzy nt. prawidłowej postawy dzieci i profilaktyki schorzeń kręgosłupa oraz umiejętności w zakresie kształtowania prawidłowych postaw uczniów, wzmocnienie ich aktywności ruchowej.
- 2) Zwiększenie wiedzy wśród populacji dzieci klas I w roku szkolnym 2016 / 2017 na temat przyjmowania prawidłowej postawy i profilaktyki wad postawy (ankieta – obrazkowa).
- 3) Zwiększenie wiedzy oraz umiejętności praktycznych nauczycieli w zakresie prawidłowego funkcjonowania układu kostno – mięśniowo – stawowego i korekcji prawidłowej postawy.

c) Zadania

- 1) Edukacja nauczycieli nauczania początkowego w zakresie prawidłowej postawy dzieci i profilaktyki schorzeń kręgosłupa oraz praktycznych umiejętności w zakresie kształtowania prawidłowych postaw uczniów, w tym poprzez praktyczne zajęcia ruchowe.
- 2) Edukacja rodziców.
- 3) Edukacja dzieci.
- 4) Prowadzenie gimnastyki korekcyjnej.
- 5) Zajęcia ruchowe dla dzieci.

d) Działania w ramach programu

1) Określenie liczby uczniów faktycznie biorących udział w programie, ich zakwalifikowanie na podstawie bilansów w poz. Przekazanie informacji o liczbie uczniów biorących udział w programie pielęgniarkom szkolnym, oraz do Gminy – Miasto Płock. Ustanowienie koordynatorów programu w szkołach, ustanowienie jednego koordynatora całości programu.

2) Podzielenie populacji na 3 podstawowe grupy w ramach profilaktycznych badań lekarskich przeprowadzonych przez lekarza POZ.

Grupa A – dzieci z postawą prawidłową, nie wymagające podjęcia obecnie żadnych działań

terapeutycznych i skierowane do oddziaływania edukacyjnego w ramach programu.

Grupa Bk – dzieci zdolne do zajęć wf z ograniczeniami, wymagające dodatkowych zajęć ruchowych / korekcyjnych.

Grupa C – dzieci zwolnione z zajęć wf i nie podlegające potencjalnym oddziaływaniom korekcyjnym w ramach zajęć grupowych i indywidualnych, skierowane do oddziaływania edukacyjnego w ramach programu z zaleceniem indywidualnych oddziaływań w poradniach specjalistycznych (w ramach zapisu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

3) Wtórna kwalifikacja w szkołach, realizowana przez lekarza specjalistę rehabilitacji, dzieci z grupy Bk zdolnych do zajęć wf z ograniczeniami do grupy z zaleceniem do stosowania gimnastyki korekcyjnej grupowej prowadzonej przez nauczycieli nauczania początkowego – zajęć prowadzonych w szkołach i finansowanych ze środków przeznaczonych na system oświaty (grupa Bk1), do ćwiczeń grupowych prowadzonych przez fizjoterapeutów (grupa Bk2), do grupy z zaleceniem indywidualnych oddziaływań prowadzonych przez fizjoterapeutów (grupa Bk3), bądź do grupy zwolnionej z zajęć wychowania fizycznego z zaleceniem indywidualnych oddziaływań w poradniach specjalistycznych w ramach zapisu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (grupa C).

4) Organizacja i przeprowadzenie cyklu zajęć terapeutycznych dla uczniów z grupy Bk1 realizowanych przez nauczycieli nauczania początkowego w ramach programowych zajęć lekcyjnych.

5) Organizacja i przeprowadzenie cyklu zajęć terapeutycznych dla uczniów z grupy Bk2 realizowanych przez fizjoterapeutów w szkołach.

6) Organizacja i przeprowadzenie cyklu zajęć terapeutycznych dla uczniów z grupy Bk3 realizowanych przez fizjoterapeutów w siedzibie realizatora programu.

7) Zorganizowanie oceny skuteczności, efektywności i jakości programu przez wystosowanie na początku i końcu programu ankiet zawierających odpowiedni zakres merytoryczny do trzech grup:

- ankiety skierowane do rodziców / opiekunów
- ankiety skierowane do uczniów
- ankiety skierowane do nauczycieli nauczania początkowego.

8) Badanie dzieci z grupy A, Bk 1, Bk 2 indeksem sprawności fizycznej Zuchory na początku i na końcu programu w celu oceny efektywności podjętych działań.

9) Organizacja i przeprowadzenie zajęć teoretyczno – praktycznych dla nauczycieli nauczania początkowego w celu edukacji oraz nabycia umiejętności praktycznych.

e) Oczekiwane efekty

- 1) wzrost aktywności ruchowej i poprawa lub utrzymanie na tym samym poziomie ogólnej sprawności fizycznej dzieci,
- 2) zmniejszenie częstości występowania wadliwych postaw ciała u dzieci, biorących udział w zajęciach korekcyjnych,
- 3) wzrost świadomości uczniów na temat wad postawy i zagrożeń z nich wynikających, wykształcenie u dzieci umiejętności samooceny, samokontroli i korekcji postawy,
- 4) wzrost świadomości i aktywizacja rodziców w procesie leczenia,
- 5) ograniczenie „biurokracji” (dodatkowe zaświadczenia) / usprawnienie komunikacji i współpracy na linii rodzice – poz – szkoła.

f) Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- 1) wyniki przeprowadzonego testu Zuchory
- 2) wyniki badania metodą Moire`a oraz badania lekarskiego
- 3) wyniki ankiety przeprowadzonej wśród dzieci
- 4) wyniki ankiety przeprowadzonej wśród rodziców

3. Adresaci programu

a) Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Program jest adresowany do dzieci uczęszczających do I klas szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę – Miasto Płock w roku szkolnym 2016/2017.

Według danych GUS (stan na 30.06.2015r.) liczba dzieci w przedziale wiekowym 6-7 lat lat mieszkających w Płocku wynosiła 2555 dzieci. W roku szkolnym 2015/2016 dzieci 7 letnich, które zostały odroczone przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne i nie poszły do szkoły jest około 300. W obwodach Szkół Podstawowych jest zamieszkałych 1260 sześciolatków (w miejskich przedszkolach jest ich 1149). Dyrektorzy 16 publicznych szkół podstawowych z terenu miasta Płocka zakładają, że liczebność klas pierwszych wyniesie około 500 - 600 dzieci. Przy założeniu średniej liczebności klas wynoszącej 20 uczniów można oszacować liczbę klas I na 30. **Liczba dzieci rozpoczynających naukę w klasach pierwszych szkół podstawowych na 19.09.2016r. wynosi 608.**

b) Tryb zapraszania do programu

I etap – informacja poprzez działania promocyjno - informacyjne:

- Informacja o programie w lokalnych mediach.
- Informacja o programie na stronie internetowej Urzędu Miasta Płocka.
- Informacja o programie u realizatora.

II etap - Informacja dla rodziców/opiekunów dziecka o możliwości skorzystania z programu profilaktyki wad postawy przekazywana przez lekarzy poz dla dzieci uczestniczących w badaniach bilansowych oraz przez nauczycieli klas I podczas zebrań klasowych dla rodziców uczniów. Do programu będą kierowane dzieci, których rodzice/opiekunowie wyrazili zgodę na udział w programie. Do obowiązków koordynatorów programu w szkołach będzie należało zebranie zgody na udział w programie.

Ponadto, Gmina – Miasto Płock corocznie prowadzi kampanię informacyjną dotyczącą wszystkich finansowanych z budżetu miasta Płocka programów polityki zdrowotnej. Kampania obejmuje m. in. druk i dystrybucję plakatów i ulotek. Ponadto, przeprowadzona zostanie kampania dedykowana temu programowi w mediach społecznościowych.

4. Organizacja programu

a) Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne

1) Opracowanie programu.

2) Wybór podmiotu leczniczego realizującego program – konkurs ofert zgodnie z ustawą z dnia 11.09.2015r. *o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2015, poz. 1916)*.

3) Realizacja programu

- Ustanowienie koordynatora całości programu oraz szkolnych koordynatorów programu.
- Dotarcie z informacją o programie do osób spełniających kryteria udziału (działania informacyjno - edukacyjne opisane w pkt 3b)
- Edukacja lekarzy POZ z terenu Płocka zrealizowana przez upoważniony podmiot. Przekazanie informacji o programie oraz szkolenie z zakresu rehabilitacji i wypełniania bilansów, weryfikacja zasad zwalniania z zajęć wychowania fizycznego (WF) na tzw. prośbę rodzica. Szkolenie przeprowadzone przez specjalistę z dziedziny profilaktyki i korekcji wad postawy.
- Rekrutacja osób do udziału w programie, poprzez badania przesiewowe – bilans wieku "roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne", wykonywane przez lekarzy POZ zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24.09.2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z*

zakresu poz (Dz. U. 2016.86) – w ramach ubezpieczenia zdrowotnego – 100% populacji.

W wyniku przeprowadzonego bilansu kwalifikacja dzieci do poszczególnych grup.

- dzieci zdrowe grupa A
- dzieci z zaleceniem do stosowania gimnastyki korekcyjnej grupa Bk
- dzieci zwolnione z zajęć wychowania fizycznego grupa C
- Edukacja z zakresu profilaktyki i korekty wad postawy dla rodziców, opiekunów prawnych podczas pierwszych zebrań klasowych dla uczniów klas I i poprzez zamieszczenie materiałów informacyjnych w e-dzienniku.
- Zajęcia instruktażowe teoretyczno – praktyczne dla nauczycieli nauczania początkowego przeprowadzone u realizatora programu.
- Wtórna kwalifikacja w szkołach przez lekarza specjalistę rehabilitacji dzieci z grupy Bk, zdolnych do zajęć WF z ograniczeniami, wymagających dodatkowych zajęć ruchowo – korekcyjnych, do grupy z zaleceniem do stosowania gimnastyki korekcyjnej grupowej prowadzonej przez nauczycieli nauczania początkowego (grupa Bk 1), bądź do grupy z zaleceniem indywidualnych oddziaływań, prowadzonej przez fizjoterapeutów w szkołach (grupa Bk 2) lub w siedzibie realizatora programu (grupa Bk 3), bądź do grupy zwolnionej z zajęć wychowania fizycznego z zaleceniem indywidualnych oddziaływań w poradniach specjalistycznych w ramach zapisu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (grupa C).
- Przekazanie nauczycielom nauczania początkowego informacji przez pielęgniarki szkolne, mające wgląd do dokumentacji medycznej ucznia (w tym badań bilansowych), które dzieci mają wskazania do stosowania gimnastyki korekcyjnej grupowej - grupa Bk1.
- Edukacja z zakresu profilaktyki schorzeń kręgosłupa dla nauczycieli nauczania początkowego w formie broszury przekazanej nauczycielom nauczania początkowego podczas zajęć instruktażowych teoretyczno - praktycznych przeprowadzonych u realizatora programu.
- Edukacja dzieci klas I w formie kolorowej broszury edukacyjnej z zadaniami do wykonania, omawianej przez nauczycieli nauczania początkowego w ramach zajęć przewidzianych programem szkolnym.
- Zajęcia grupowe dla uczniów z grupy Bk 1 z zaleceniem do stosowania gimnastyki korekcyjnej grupowej przeprowadzane przez nauczycieli wychowania początkowego (lub innych, prowadzących gimnastykę korekcyjną) w ramach zajęć przewidzianych programem szkolnym.
- Zajęcia dla uczniów z grupy Bk 2 z zaleceniem do stosowania gimnastyki korekcyjnej indywidualnej przeprowadzane przez fizjoterapeutów w szkołach w grupach 10 osobowych 1 raz w tygodniu po 30 min przez 30 tygodni.

- Zajęcia dla uczniów z grupy Bk 3 z zaleceniem do stosowania gimnastyki korekcyjnej indywidualnej przeprowadzane przez fizjoterapeutów w siedzibie realizatora programu, maksymalnie 30 dzieci, zajęcia indywidualne 1 raz w tygodniu po 30 min przez 10 tygodni.

Zajęcia grupowe dla uczniów z grup: Bk1, Bk 2 i Bk 3 będą obejmowały zakres zgodny z metodyką prowadzenia ćwiczeń korekcyjnych dostosowanych do rodzaju wady / nieprawidłowości postawy i stopnia jej zaawansowania.

b) Planowane interwencje

Część edukacyjna dla lekarzy POZ z zakresu oceny postawy ciała u dzieci i wypełniania bilansów przeprowadzona zostanie w upoważnionym podmiocie, mającym w założeniach statutowych przeprowadzanie szkoleń dla lekarzy (Okręgowa Izba Lekarska w Płocku, w ramach statutowej działalności). Część edukacyjna dla rodziców / opiekunów prawnych przeprowadzona przez fizjoterapeutów w szkołach podczas spotkań klasowych, a także w oparciu o umieszczenie materiałów informacyjnych w e-dzienniku. Edukacja z zakresu profilaktyki i korekty wad postawy dla nauczycieli nauczania początkowego przeprowadzona u realizatora programu w formie zajęć instruktażowych teoretyczno – praktycznych w grupach w cyklu 5 spotkań. Edukacja ma na celu zwiększenie świadomości zdrowotnej nauczycieli i dzieci oraz zwrócenie uwagi na bezpieczne zachowania zdrowotne i zachęcenie do dbania o prawidłową postawę ciała poprzez profilaktyczne ćwiczenie korekcyjne.

Wtórna kwalifikacja dzieci z grupy Bk przeprowadzona przez lekarza specjalistę rehabilitacji, której rezultatem jest przydział do grupy Bk 1, Bk 2, Bk 3, C. Proponowaną interwencją, zwiększającą rzetelność dokonanej kwalifikacji, jest test zgięciowy Adamsa, ocena wartości kąta rotacji tułowia, ocena fotogrametryczna Moire'a przeprowadzona na początek i koniec programu. Dzieci z grupy Bk1 będą poddane oddziaływaniu w postaci grupowych ćwiczeń prowadzonych przez nauczycieli nauczania początkowego, dzieci z grupy Bk 2 będą poddane indywidualnym oddziaływaniom prowadzonym przez fizjoterapeutów w szkołach, dzieci z grupy Bk 3 będą poddane indywidualnym oddziaływaniom prowadzonym przez fizjoterapeutów w siedzibie realizatora programu, zaś dzieci z grupy C zostaną skierowane do poradni specjalistycznej w celu poddania indywidualnym oddziaływaniom w ramach umowy z NFZ i otrzymają wpis o niezdolności do zajęć WF.

Do zebrania informacji o stanie zdrowia ucznia w zakresie objętym programem służyć będzie Indywidualna Karta Profilaktycznego Badania Ucznia opracowana przez realizatora programu. W Indywidualnej Karcie Profilaktycznego Badania Ucznia zostaną wpisane zalecenia specjalisty lekarza rehabilitacji w zakresie dalszego postępowania medycznego. Dokumentacja medyczna będzie przechowywana w placówce realizatora programu.

c) Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

- 1) uczniowie klas I szkół podstawowych z terenu Miasta Płocka (16 szkół) w wieku 6-7 lat w roku szkolnym 2016/2017 (program adresowany do 100% populacji),
- 2) wyrażenie zgody przez rodzica lub opiekuna prawnego na udział w programie,
- 3) kwalifikacja do poszczególnych grup A, Bk, C oparta o badania przesiewowe w kierunku wad postawy, znajdujące się w 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 przesiewowych, które powinny być rutynowo wykonywane u dzieci w wieku 6 albo 7 lat
- 4) wtórna kwalifikacja dzieci z grupy Bk przeprowadzona przez lekarza specjalistę rehabilitacji której rezultatem jest przydział do grupy Bk 1, Bk 2, Bk 3, C.

d) Zasady udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Spotkania edukacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych, zostaną przeprowadzone w każdej szkole osobno. Fizjoterapeuci zatrudnieni przez realizatora programu przeprowadzą spotkania edukacyjne na temat: „Profilaktyka wad postawy” podczas spotkania klasowego dla rodziców / opiekunów prawnych.

Ćwiczenia dla uczniów z grupy Bk 1 w ramach niniejszego programu będą realizowane przez nauczycieli realizujących w szkołach gimnastykę korekcyjną (finansowane w ramach systemu oświaty) przy wsparciu fizjoterapeutów zatrudnionych przez realizatora programu. Zgodnie z wymogami Gminy – Miasto Płock, świadczenia w ramach programu winny być realizowane 1 raz w tygodniu po 30 min przez 30 tygodni. Zajęcia będą przeprowadzane w szkole w ramach dodatkowych zajęć dla uczniów danej szkoły. W ramach edukacji nauczycieli nauczania początkowego zostaną przeprowadzone teoretyczno – praktyczne zajęcia instruktażowe w 7 grupach 6 osobowych w cyklu 5 spotkań przeprowadzonych u realizatora programu. Poprzez realizatora programu rozumie się podmiot leczniczy posiadający kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie rehabilitacji, który zostanie wybrany w postępowaniu konkursowym, w trybie ustawy z dnia 11.09.2015r. *o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2015, poz. 1916)*. Realizator programu powinien zatrudniać odpowiednią liczbę lekarzy i fizjoterapeutów, która umożliwi przeprowadzenie programu oprócz działalności podstawowej w ramach kontraktu z NFZ. Zakład musi mieć swoją siedzibę na terenie miasta Płocka, aby w razie potrzeby przeprowadzić specjalistyczną konsultację i dalsze oddziaływania terapeutyczne w ramach własnego kontraktu z NFZ.

e) Sposób powiązania działań programu polityki zdrowotnej ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Na dzień opracowania niniejszego programu polityki zdrowotnej profilaktyka wad postawy nie jest

finansowana w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Program polityki zdrowotnej zapewnia wybranej populacji adresatów dostęp do bezpłatnych konsultacji specjalisty, oddziaływań edukacyjnych dla dzieci i rodziców/opiekunów, nauczycieli oraz bezpłatnych ćwiczeń korekcyjnych, które będą finansowane z budżetu miasta Płocka.

Program polityki zdrowotnej zakłada, że świadczenia realizowane w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej tj. przesiewowe badanie lekarskie, sporządzenie dokumentacji medycznej, jak też konsultacja kwalifikująca uczestnika programu do grupy A, Bk lub C dokonana przez lekarza poz, są wykonywane w ramach usług finansowanych przez NFZ, natomiast koszty organizacyjne realizacji programu polityki zdrowotnej ponoszone przez świadczeniodawcę oraz koszty realizacji działań promocyjno - edukacyjnych są finansowane z budżetu miasta Płocka. Uczniowie z grupy C zostaną skierowani na dalszą diagnostykę lub leczenie do odpowiedniej placówki medycznej realizującej świadczenia w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Realizacja niniejszego programu jest uzupełnieniem świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Badanie w kierunku wykrycia wad postawy i skierowanie do dalszych oddziaływań korekcyjno - leczniczych refundowanych przez NFZ odbywa się tylko po uzyskaniu skierowania od lekarza poz. Uzyskanie skierowania wiąże się często z długoterminowym oczekiwaniem na wizytę, dlatego też realizacja przedmiotowego programu ułatwi uczniom klas I ze szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę – Miasto Płock dostęp do wczesnej diagnostyki w kierunku wykrycia wad postawy, jak też oddziaływań terapeutycznych nakierowanych na profilaktykę i korektę wad postawy oraz dostęp do leczenia w specjalistycznych placówkach medycznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

f) Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych, jeżeli istnieją wskazania.

Osoby zakwalifikowane w ramach programu do ćwiczeń indywidualnych w poradni specjalistycznej otrzymują świadczenia w ramach usług finansowanych przez NFZ.

Natomiast w przypadku zaprzestania realizacji programu z przyczyn niezależnych, w szczególności z powodu braku środków Gminy – Miasto Płock na finansowanie niniejszego programu - możliwe będzie korzystanie ze świadczeń na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zakończenie udziału w programie jest możliwe na każdym etapie programu na wniosek rodzica/opiekuna dziecka wyrażony w formie pisemnej.

g) Bezpieczeństwo planowanych interwencji.

Program realizowany będzie przez podmiot leczniczy, który zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert. Badania przeprowadzone będą z zachowaniem wszelkich warunków zgodnie z obowiązującymi przepisami. Przed przystąpieniem do programu rodzic/opiekun prawny dziecka

musi wyrazić na to zgodę. Narzędziem przesiewowym pozwalającym na uzyskanie większej efektywności skryningu jest badanie fotogrametryczne Moire'a. Metoda Moire'a należy do rzetelnej oceny postawy ciała. Metoda ta jest bezinwazyjna.

h) Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Badania realizowane będą przez podmiot wykonujący działalność leczniczą w rodzaju poradnia rehabilitacji dla dzieci, przez personel medyczny spełniający wymagania określone w odrębnych przepisach.

Warunkiem realizacji badań jest zabezpieczenie przez realizatora programu warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu, niezbędnego do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach oraz posiadanie ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

1) personel dla potrzeb programu:

- lekarz specjalista rehabilitacji II stopnia,
- magister fizjoterapii z udokumentowanymi kompetencjami w zakresie prowadzenia zajęć grupowych z dziećmi w ramach profilaktyki i korekty wad postawy.

Szczegółowe warunki realizacji świadczeń w ramach programu zostaną określone w ogłoszeniu konkursowym na wybór realizatora.

i) Dowody skuteczności planowanych działań

1) opinie ekspertów klinicznych.

Prowadzenie programów wczesnej diagnostyki wad postawy u dzieci i młodzieży jest powszechnie rekomendowane przez ekspertów, pomimo braku przekonujących dowodów efektywności. W wyniku braku dowodów efektywności klinicznej zarówno badań przesiewowych, jak i wczesnego leczenia za pomocą programów ćwiczeń, amerykański USPSTF (niezależny panel ekspertów w podstawowej opiece zdrowotnej i profilaktyce) wydał rekomendację negatywną dla badań przesiewowych w kierunku skoliozy, co nie zyskało akceptacji środowisk medycznych (zalecenia SOSORT z 2005 r, międzynarodowego towarzystwa zajmującego się deformacjami kręgosłupa, stanowisko SRS/AAOS z 2007 American Academy of Orthopaedic Surgeons). Działania mające na celu diagnostykę wad postawy oraz kierowanie dzieci na indywidualnie dobrane i systematyczne ćwiczenia są wspierane przez środowisko pediatrów i ortopedów.

2) zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek.

W Polsce w 2009 roku na zlecenie Ministra Zdrowia powstały rekomendacje dotyczące profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania. Dokument opracował zespół ekspertów m.in. prof. dr hab. n. med. Andrzej Górecki (Konsultant Krajowy w dziedzinie

ortopedii i traumatologii narządu ruchu) i prof. dr hab. n. med. Jerzy Kiwerski (Polskie Towarzystwo Rehabilitacji). Za cele działań profilaktycznych obrano m.in. wyrównanie zaburzeń w rozwoju motorycznym oraz rozwijanie i doskonalenie sprawności ruchowej i tężyzny fizycznej uczniów. Na realizatorów wyznaczono: dyrektorów placówek oświatowo-wychowawczych, wychowawców, nauczycieli (w tym wychowania fizycznego), a także pielęgniarki i higienistki szkolne.

3) dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej.

Efektywność badań przesiewowych wśród dzieci w zakresie wczesnego wykrywania wad postawy oraz korzystanie z dalszej diagnostyki i zajęć korekcyjnych nie są dokładnie znane. Badanie efektywności kosztowej Montgomery 1990 wykazało, że częściej wykonywane badania przesiewowe w zakresie wad postawy zwiększają o 30% liczbę skierowań na dalszą diagnostykę, przy czym nie zmieniają ostatecznej liczby rozpoznań wad postawy. Przytoczone badanie dowiodło również, że narzędziem przesiewowym pozwalającym na uzyskanie większej efektywności skryningu jest badanie fotogrametryczne Moire'a, dzięki któremu liczba rozpoznań fałszywie dodatnich jest mniejsza, co jeszcze obniża długofalowe koszty. Z badania Fong 2010 wynika, że wykonanie samego testu zgięciowego Adamsa jest niewystarczające, jest to metoda raczej subiektywna i zależna od doświadczenia i kompetencji badającego. Ze względu na niewielki koszt i prostotę autorzy sugerują nie wykluczać tego badania, lecz stosować razem z dodatkowymi testami. Stosowanie oceny wartości kąta rotacji tułowia, oceny fotogrametrycznej Moire'a lub kombinacji tych metod dowodzi trafności skierowań do specjalisty, lecz brak jest wystarczających dowodów, że badania te wykazują dodatkowe korzyści. Autorzy badania przeprowadzonego w publicznej szkole w Izraelu („Adolescent screening for orthopedic problems in high school”, Public Health 2002) dotyczącego określenia częstości niezdiagnozowanych problemów ortopedycznych w populacji młodzieży (12–18 lat) wykazali, że badania przesiewowe wykonywane przez doświadczonych specjalistów medycznych zwiększają efektywność skryningu.

4) informacje na temat podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego.

Samorząd Miasta Płocka realizował programy zdrowotne w zakresie profilaktyki wad postawy w latach wcześniejszych.

Wiele innych jednostek samorządu terytorialnego w Polsce prowadziło lub prowadzi działania z zakresu profilaktyki chorób układu mięśniowo-szkieletowego. Poniżej przytoczono niektóre z nich:

- Gmina Pruszcz Gdański - „Program profilaktyki wad postawy u dzieci z klas 0-VI” realizowany w 2014.
- Gmina Siechnice – „Program rozpoznawania i korekty wad postawy wśród dzieci i młodzieży” na lata 2015 – 2017”

- „Program korygujący wady postawy u dzieci w specjalnym ośrodku szkolno – wychowawczym w Skawinie” Kraków styczeń 2015
- Program profilaktyki wad postawy – realizowany w ramach zadań priorytetowych z zakresu ochrony zdrowia na terenie: Dzielnicy Krakowa I, II, VII, VIII, IX, XIV, XVI, XVII w 2013 r.

5. Koszt realizacji

a) Planowane koszty cząstkowe

Z danych Wydziału Edukacji i Kultury UMP wynika, że liczba uczniów rozpoczynających w roku szkolnym 2016/2017 naukę w I klasie szkoły podstawowej wynosi 608.

Według danych uzyskanych od koordynatora opieki pielęgniarskiej i higienicznej w szkołach z terenu Miasta Płocka (dane Płockiego Zakładu Opieki Zdrowotnej sp. z o.o.) w roku szkolnym 2013/2014 liczba uczniów rozpoczynających naukę w klasach I szkół podstawowych wynosiła 1288 z czego z wadami postawy było 635 uczniów. Liczba uczniów klas I rozpoczynających naukę w klasach I szkół podstawowych w roku szkolnym 2014/2015 wynosiła 1516, z czego z wadami postawy było 736 uczniów. Można przyjąć, że procentowy maksymalny wskaźnik liczby uczniów z wadami postawy zdolnych do zajęć WF z ograniczeniami, wymagających dodatkowych zajęć ruchowych/korekcyjnych (grupa Bk) wynosi 50 %.

Liczba szkół podstawowych na terenie miasta Płocka wynosi 16. Liczba nauczycieli nauczania początkowego wynosi 40 osób.

Zakres finansowania w ramach programu profilaktyki wad postawy dla dzieci z klas I szkół podstawowych w latach 2016-2017 obejmuje:

- Spotkania edukacyjne dla rodziców, opiekunów prawnych przeprowadzone przez fizjoterapeutów realizatora programu w każdej szkole. Koszt jednego spotkania - 100 zł.

Koszt całkowity $16 \times 100 \text{ zł} = 1.600,0 \text{ zł}$

- Instruktażowe zajęcia teoretyczno-praktyczne dla nauczycieli nauczania początkowego przeprowadzone w placówce realizatora. Cykl całkowity zajęć to 5 spotkań dla 7 grup osobno. Koszt szkolenia dla jednej grupy w cyklu 5 spotkań-300 zł.

Koszt całkowity $7 \times 300 \text{ zł} = 2.100,0 \text{ zł}$

- Ćwiczenia z fizjoterapeutą przeprowadzone dla grup Bk 2 w wymiarze 30 zajęć po 30 minut w każdej szkole podstawowej. Koszt jednych zajęć 30 zł.

Koszt całkowity $480 \times 30 \text{ zł} = 14.400,0 \text{ zł}$

- Ćwiczenia indywidualne z terapeutą dla 30 dzieci w wymiarze po 10 zajęć dla każdego dziecka. Koszt jednych zajęć 30 zł.

Koszt całkowity $30 \times 10 \times 30,00 \text{ zł} = 9.000,00 \text{ zł}$

- Koszt badania diagnostycznego metodą fotogrametryczną Moire'a z oceną kręgosłupa, kolan, pięt, stóp, z wydrukiem i opracowaniem wyników przeprowadzonego 2x.

Koszt całościowy 48.000,00 zł.

- Konsultacja specjalisty rehabilitacji przeprowadzona na początku i na końcu programu przy założeniu maksymalnej liczby dzieci grupy Bk szacowanej na 300 osób. Koszt jednej konsultacji 35 zł.

Koszt całościowy $300 \times 2 \times 35 \text{ zł} = 21.000,0 \text{ zł}$

- Koszt opracowania, druku i analiz wyników ankiet oraz przygotowania i druku broszur informacyjnych dla rodziców, uczniów i nauczycieli

Koszt całościowy 4.500,00 zł

- Koszt zakupu miary wysokości ciała dla każdego dziecka uczestniczącego w programie

Koszt całościowy 6.000,00 zł

Koszt prowadzonej corocznie przez Gminę – Miasto Płock kampanii informacyjnej, dotyczącej wszystkich finansowanych z budżetu miasta Płocka programów polityki zdrowotnej nie jest wliczony w koszt realizacji niniejszego programu polityki zdrowotnej. Kampania dedykowana niniejszemu programowi będzie przeprowadzona bezkosztowo – za pośrednictwem tzw. mediów społecznościowych.

b) Planowane koszty całkowite

Dla oszacowania kosztów przyjęto populację w liczbie 600 dzieci.

Edukacja rodziców/opiekunów prawnych	1.600 zł
Instruktaż teoret.-praktyczny dla nauczycieli	2.100 zł
Ćwiczenia grupowe z fizjoterapeutą dla grupy Bk2	14.400 zł
Ćwiczenia indywidualne z fizjoterapeutą dla grupy Bk3	9.000 zł
Badanie diagnostyczne metodą Moire`a	48.000 zł
Konsultacja specjalisty rehabilitacji	21.000 zł
Koszt przygotowania, druku i analizy wyników ankiet i broszur dla rodziców, nauczycieli, uczniów oraz przygotowania i druku materiałów informacyjnych	4.500 zł
Miara wysokości ciała dla każdego dziecka	6.000 zł
Suma	106.600 zł

c) Źródła finansowania, partnerstwo

Program w całości będzie finansowany z budżetu miasta Płocka.

d) Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

1. według danych Zakładu Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka aż 90% dzieci w Polsce cierpi obecnie na wady postawy, szczególnie często dotyczące kręgosłupa, kolan i stóp,
2. powyższe wskazuje, że skala stanowi poważny problem z zakresu zdrowia publicznego,
3. program został opracowany po rozpoznaniu lokalnych zasobów i potrzeb oraz został skonsultowany ze specjalistami z Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku,
4. program umożliwi oddziaływanie edukacyjne i lecznicze skierowane do grupy docelowej dzieci zagrożonych utrwaleniem wad postawy w ramach tzw. „szybkiej ścieżki”,
5. wybrana grupa adresatów uczniów w wieku 6-7 jest zgodna z rekomendacjami ekspertów oraz optymalna w aspekcie możliwości finansowych Gminy – Miasto Płock.

6. Monitorowanie i ewaluacja

a) Ocena zgłaszalności do programu

1. analiza obiektywnej wartości zainteresowania ze strony rodziców prowadzonym programem, wyrażona stosunkiem ilości dzieci, których rodzice nie wyrazili zgody na uczestnictwo w programie do całej populacji objętej programem,
2. analiza rezygnacji z udziału w programie wyrażona stosunkiem rezygnacji przez rodziców / opiekunów do początkowej liczby udzielonych zgód na wzięcie udziału. Rezygnacja będzie możliwa na każdym etapie trwania programu bez konieczności podawania przyczyny rezygnacji.

b) Ocena efektywności programu

Podstawowymi elementami poddanymi analizie będzie:

1. liczba osób, które wezmą udział w programie,
2. liczba nowych rozpoznań wad postawy u uczniów szkół podstawowych,
3. wzrost wiedzy na temat profilaktyki wad postawy dokonany poprzez ocenę ankiet wypełnianych na początku i na końcu programu przez nauczycieli, rodziców – opiekunów prawnych, uczniów;
4. poprawa lub brak pogorszenia wad postawy stwierdzone badaniem klinicznym i oceną wyników badania obrazowego po zakończeniu realizacji.

c) Ocena jakości programu

Podstawowymi elementami poddanymi analizie będzie:

1. kwalifikacje personelu realizatora wyłonionego w konkursie
2. liczba rezygnacji dzieci zakwalifikowanych do udziału w programie
3. ankieta satysfakcji uczestników programu.

7. Okres realizacji programu

Program jest pilotażem i będzie realizowany w latach 2016 – 2017. Po ocenie jego efektów zostanie opracowany program do realizacji w latach następnych.

W sytuacji włączenia profilaktyki wad postawy do działań finansowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, niniejszy program może zostać zakończony wcześniej lub zostać zmodyfikowany np. w zakresie grupy adresatów.

Opracowano na podstawie:

- a. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. Z 2007 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).
- b. Górecki A, Kiwerski J, Kowalski I. i wsp. „Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania ”– rekomendacje ekspertów, Rocz Med. 2009; 16(1): 168-177.
- c. Muchacka R., Pyclik M. „Wady postawy u dzieci i młodzieży – charakterystyka i etiologia” -Prace naukowe WSZiP nr 37 (1)2016.
- d. Muchacka R., Pyclik M. „Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży” - Prace naukowe WSZiP nr 37 (1)2016.
2. Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz. U. Z 2003r. Nr 6, poz.69).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – Dz.U z 2013 r. Poz. 1248
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych Dz. U. z 2009 r Nr 137, poz. 1126.
5. Pismo nr. MZ-ZP-D-073-9795-3/JC/07, do Rzecznika Praw Obywatelskich, Pana Janusza Kochanowskiego, od Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Pana Grzegorza Gołdyni, z dnia 23.10.2007 roku
6. Zalecenia SOSORT z 2005 r, międzynarodowego towarzystwa zajmującego się deformacjami

kręgosłupa

7. Stanowisko SRS/AAOS z 2007 American Academy of Orthopaedic Surgeons).
8. Opinia Prezesa AOTM nr 83/2015 z dnia 13 kwietnia 2015 r.
9. Opinia Prezesa AOTM nr 200/2014 z dnia 25 sierpnia 2014 r.
10. Raport Health Behaviour in School-aged Children 2012 na temat zdrowia nastolatków w Europie
11. Nussinovitch M., Finkelstein Y., Amir J. i wsp. „Adolescent screening for orthopedic problems in high school”, *Public Health*. 2002;116(1):30–32.
12. Dane uzyskane od koordynatora pielęgniarstwa i higieny szkolnej z terenu miasta Płocka dotyczące wad postawy uczniów klas pierwszych szkół podstawowych za rok szkolny 2013/2014 oraz 2014/2015
13. <http://stat.gov.pl>
14. <http://plock.psse.waw.pl/>
15. www.csioz.gov.pl.ssoz