

Gmina Nowy Duninów

**Program profilaktyki wad postawy
dla dzieci realizujących roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne oraz
uczniów klas III i V szkoły podstawowej w 2019 r.**

Okres realizacji programu - 2019 rok

**na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz.U. z 2017 r. poz. 1938, 2110, 2217, 2361 i 2434)**

Nowy Duninów, 2018r.

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1. Opis problemu zdrowotnego

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:

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

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.

I.2. Dane epidemiologiczne

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. Natomiast 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.

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 pielęgniarki szkolnej w szkołach z terenu gminy Nowy Duninów w roku szkolnym 2016/2017 liczba dzieci realizujących obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne wynosiła 33 osoby, z czego z wadami postawy było 5 dzieci, zaś liczba dzieci, w tej grupie wiekowej, korzystających z gimnastyki korekcyjnej wynosiła 5 osób. Liczba uczniów klas III w w/w okresie wynosiła 40 osób, w tym z wadami postawy było 27 osób, a liczba korzystających z gimnastyki korekcyjnej wynosiła 27 osób. W omawianym okresie do klasy V szkoły podstawowej uczęszczało 31 dzieci spośród, których 26 miało wadę postawy i żadne dziecko z pośród tej grupy wiekowej nie uczęszczało na gimnastykę korekcyjną.

Dane uzyskane w roku szkolnym 2017/2018 wskazują na pozostawanie na podobnym poziomie ogólnej liczby zdiagnozowanych przypadków wad postawy w stosunku do roku poprzedniego. Liczba uczniów realizujących obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne wynosiła

31 dzieci, z czego z wadami postawy było 19 uczniów, zaś liczba uczniów korzystających z gimnastyki korekcyjnej wynosiła 5. Liczba uczniów klas III w roku szkolnym 2017/2018 wynosiła 55 osób, w tym z wadami postawy były 33 osoby, a liczba korzystających z gimnastyki korekcyjnej stanowiła 25. Liczba uczniów klasy V w w/w roku szkolnym wynosiła 22 osoby, z czego 14 osób było z wadami postawy, a liczba korzystających z gimnastyki korekcyjnej wynosiła 0.

Z uwagi na utrzymywanie się skali problemu (odsetek dzieci z wadą postawy w wyżej wymienionych grupach wiekowych wynosi powyżej 60%) konieczne jest wczesne wykrywanie wad postawy poprzez odpowiednią diagnostykę, profilaktykę i postępowanie korekcyjne.

Najważniejszym działaniem profilaktycznym jest uświadomienie rodzicom i dzieciom obecności wady postawy i zagrożeń, które wynikają z tego faktu.

Wczesna profilaktyka oraz korekcja wad postawy uczniów szkół podstawowych w ramach programu ma na celu wsparcie dotychczasowych działań.

Realizacja niniejszego programu jest uzupełnieniem świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych. 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 ze szkół podstawowych prowadzonych przez gminę Nowy Duninów dostęp do wczesnej diagnostyki w kierunku wykrycia wad postawy, jak też oddziaływań terapeutycznych nakierowanych na profilaktykę i korektę wad postawy.

I.3. Opis obecnego postępowania

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 odbywających roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne, uczniów klas III i V szkoły podstawowej oraz klasy I gimnazjum, klasy I szkoły ponadgimnazjalnej - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 86 z późn. zm.).

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.

Prowadzenie programów wczesnej diagnostyki wad postawy u dzieci i młodzieży jest powszechnie rekomendowane przez ekspertów, pomimo braku przekonujących dowodów efektywności.

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.

W ramach świadczeń gwarantowanych dostępne są także świadczenia rehabilitacyjne.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 . Cel główny

Zwiększenie o co najmniej 40% 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 statycznie - dynamiczną oraz stwarza warunki właściwego ułożenia i działania narządów wewnętrznych) to jest: postawą wadliwą lub wadą postawy, w populacji dzieci odbywających roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne oraz klas III i V w roku szkolnym 2018/2019, które podejmą działania korekcyjne.

II.2. Cele szczegółowe

1. Zwiększenie liczby dzieci o co najmniej 40% w populacji objętej programem, u których wykonano badanie przesiewowe w kierunku wady postawy.
2. Zwiększenie liczby dzieci o co najmniej 40% w populacji objętej programem, realizujących gimnastykę korekcyjną.
3. Zwiększenie liczby dzieci o co najmniej 40% w populacji objętej programem, realizujących ćwiczenia grupowe prowadzone przez fizjoterapeutę.
4. Zwiększenie liczby dzieci o co najmniej 40% w populacji objętej programem, realizujących ćwiczenia indywidualne z fizjoterapeutą.
5. Zwiększenie liczby rodziców/opiekunów dzieci odbywających roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne oraz klas III i V w roku szkolnym 2018/2019 o co najmniej 40%, u których nastąpił wzrost wiedzy nt. prawidłowej postawy dzieci i profilaktyki schorzeń kręgosłupa oraz umiejętności w zakresie kształtowania prawidłowych postaw dzieci (ankieta).
6. Zwiększenie liczby dzieci o co najmniej 40% w populacji objętej programem, u których nastąpił wzrost wiedzy na temat przyjmowania prawidłowej postawy i profilaktyki wad postawy (ankieta – obrazkowa).
7. Zwiększenie aktywności ruchowej wśród co najmniej 40% populacji dzieci objętej programem.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Odsetek dzieci, u których wykonano badanie przesiewowe w kierunku wady postawy, w perspektywie lat trwania programu.
2. Odsetek dzieci, realizujących gimnastykę korekcyjną w perspektywie lat trwania programu.
3. Odsetek dzieci, realizujących ćwiczenia grupowe prowadzone przez fizjoterapeutę w perspektywie lat trwania programu.
4. Odsetek dzieci, realizujących ćwiczenia indywidualne prowadzone przez fizjoterapeutę w perspektywie lat trwania programu.
5. Odsetek dzieci, u których nastąpił wzrost wiedzy na temat przyjmowania prawidłowej postawy i profilaktyki wad postawy, w perspektywie lat trwania programu.
6. Odsetek rodziców/opiekunów, u których nastąpił wzrost wiedzy na temat profilaktyki wad postawy wśród dzieci w perspektywie lat trwania programu.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

III.1. Populacja docelowa

Program skierowany jest do dzieci odbywających roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne oraz uczęszczających do III i V klas szkoły podstawowej na terenie gminy Nowy Duninów (1 szkoła podstawowa z 1 szkołą filialną) w roku szkolnym 2018/2019.

Populacja mieszkańców gminy Nowy Duninów liczy 4007 osób (dane z ewidencji ludności UG w Nowym Duninowie według stanu na 31.10.2018 r.). Grupa osób ur. w 2012 roku wynosi w gminie Nowy Duninów 46, co stanowi 1,14 % całej populacji (dane z ewidencji ludności UG w Nowym Duninowie według stanu na 31.10.2018 r.), grupa osób ur. w 2009 roku wynosi w gminie Nowy Duninów 51, co stanowi 1,27 % całej populacji (dane z ewidencji ludności UG w Nowym Duninowie według stanu na 31.10.2018 r.), natomiast grupa osób ur. w roku 2007 wynosi w gminie Nowy Duninów 34, co stanowi 0,85 % całej populacji (dane z ewidencji ludności UG w Nowym Duninowie według stanu na 31.10.2018 r.).

Z danych pozyskanych ze Szkoły Podstawowej w Nowym Duninowie wynika, że liczba dzieci realizujących roczny obowiązek przedszkolny w roku szkolnym 2018/2019 wynosi 32, uczęszczających do klasy III szkoły podstawowej wynosi 6 i do klasy V szkoły podstawowej wynosi 41. Łącznie grupa docelowa w programie liczy 79 osób

III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Kryteriami kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej są:

- 1) odbywanie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego oraz uczęszczanie do klas III i V szkoły podstawowej z terenu gminy Nowy Duninów (1 szkoła z 1 szkołą filialną) w roku szkolnym 2018/2019 (program adresowany do 100% populacji);
- 2) wyrażenie zgody przez rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka 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;
- 4) wtórna kwalifikacja dzieci z grupy Bk przeprowadzona przez lekarza pediatrę/lekarza poz i magistra fizjoterapii, której rezultatem jest przydział do grupy Bk 1, Bk 2, Bk 3.

Kryteriami wyłączenia z udziału w programie polityki zdrowotnej są:

- 1) pozostawanie pod opieką poradni rehabilitacyjnej.

Informacja o programie polityki zdrowotnej realizowana będzie dwuetapowo.

Pierwszy etap stanowią działania promocyjno-informacyjne, w tym umieszczenie informacji o programie na stronie internetowej Urzędu Gminy w Nowym Duninowie, kampania w mediach społecznościowych, informacja w Urzędzie Gminy w Nowym Duninowie i u realizatora programu.

W ramach **drugiego etapu** przekazana zostanie informacja rodzicom/opiekunom prawnym dziecka o możliwości skorzystania z programu profilaktyki wad postawy przez lekarzy poz. dla dzieci uczestniczących w badaniach bilansowych oraz przez nauczycieli rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego oraz klas III i V podczas zebrań klasowych dla rodziców/opiekunów prawnych uczniów.

Do programu będą kierowane dzieci, których rodzice/opiekunowie prawni wyrazili zgodę na udział w programie. Wychowawcy rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego oraz klas III i V będą odpowiedzialni za zebranie zgody na udział w programie.

III.3. Planowane interwencje

W ramach programu zaplanowano następujące działania/interwencje:

- 1) kwalifikacja dzieci do poszczególnych grup na podstawie testów przesiewowych układu ruchu przez pielęgniarkę szkolną:
 - dzieci zdrowe grupa A,
 - dzieci z zaleceniem do stosowania gimnastyki korekcyjnej grupa Bk,
 - dzieci zwolnione z zajęć wychowania fizycznego grupa C,
- 2) spotkania edukacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych realizowane przez magistra fizjoterapii w szkołach podczas spotkań klasowych, a także w oparciu o umieszczenie materiałów informacyjnych w e-dzienniku;
- 3) wtórna kwalifikacja dzieci z grupy Bk przeprowadzona przez lekarza pediatrę/lekarza poz i magistra fizjoterapii, 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 przeprowadzone na początek i koniec programu.

- 4) działania korekcyjne:

dzieci z grupy Bk 1 będą poddane oddziaływaniu w postaci grupowych ćwiczeń prowadzonych przez nauczycieli realizujących zajęcia korekcyjne w szkole (4 nauczycieli), dzieci z grupy Bk 2 będą poddane grupowym oddziaływaniom prowadzonym przez magistra fizjoterapii w szkołach, dzieci z grupy Bk 3 będą poddane indywidualnym oddziaływaniom prowadzonym przez magistra fizjoterapii 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 lekarza pediatry i magistra fizjoterapii w zakresie dalszego postępowania medycznego. Dokumentacja medyczna będzie przechowywana w placówce realizatora programu.

Wykonanie i interpretowanie testów przesiewowych wśród dzieci realizujących roczny obowiązek szkolny oraz uczniów klas III i V szkoły podstawowej mieszczą się w katalogu świadczeń gwarantowanych - rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 86 z późn. zm.), podobnie, jak i kinezyterapia (indywidualna ze świadczeniobiorcą oraz poprzez ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające) – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018r., poz. 465).

Działania programowe wpisują się w priorytety zdrowotne określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 469): § 1 pkt 7) *tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania.*

Zgodnie z wytycznymi U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF; stanowisko wydane w roku 2004, podtrzymane w latach 2009 oraz 2014) skryning w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wśród młodzieży bez objawów choroby nie jest rekomendowany. USPSTF nie znalazło dobrych dowodów popierających tezę, że skryning młodzieży bez objawów choroby wykrywa skoliozę idiopatyczną na wcześniejszym stadium niż metody wykrywania choroby nieuwzględniające prowadzenia skryningu. Precyzja najbardziej popularnego testu (testu Adamsa z użyciem lub bez użycia skoliometru) służącego wykryciu młodzieży ze skoliozą idiopatyczną, charakteryzuje się natomiast zmiennością, istnieją też dowody mówiące o niedostatecznej obserwacji młodzieży ze skoliozą idiopatyczną wykrytej przez populacyjne programy przesiewowe. USPSTF znalazło dowody mówiące, że terapia skoliozy idiopatycznej podczas lat młodzieńczych prowadzi do korzyści zdrowotnych (zmniejszenie bólu, dysfunkcji) jedynie w przypadku małego odsetka osób. Większość przypadków wykrytych poprzez przeprowadzone testy przesiewowe nie

rozwiną się do klinicznie istotnej formy skoliozy. Przypadki skoliozy wymagające agresywnej terapii, takiej jak operacja, prawdopodobnie zostaną wykryte bez konieczności przeprowadzenia skryningu.

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.

Eksperti kliniczni wskazują na zasadność realizowania kampanii edukacyjnych w kierunku wad postawy dla rodziców i opiekunów, czy też nauczycieli przy udziale lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty. Działania te powinny być prowadzone przez odpowiednio wykwalifikowany personel w ww. dziedzinie.

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Spotkania edukacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych, zostaną przeprowadzone w szkole dla poszczególnych roczników klas przez fizjoterapeutę zatrudnionego przez realizatora/realizatorów programu. Wyłoniony w drodze konkursu realizator/realizatorzy programu jest zobowiązany do przeprowadzenia spotkania edukacyjnego w wymiarze co najmniej 1 godziny lekcyjnej.

Zakłada się obecność rodziców/opiekunów prawnych podczas zajęć grupy Bk 3. Otrzymają oni instruktaż w zakresie prawidłowych technik oraz informacje o zalecanej częstotliwości wykonywania z dziećmi ćwiczeń w warunkach domowych.

Należy podkreślić, że plan rehabilitacji będzie indywidualnie dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu zdrowia dziecka, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności oraz ciągłości procesu rehabilitacji.

Zarówno kwalifikacja dzieci do poszczególnych grup przez realizatora/realizatorów, ćwiczenia dla uczniów z grupy Bk 1 realizowane przez nauczycieli prowadzących gimnastykę korekcyjną (finansowane w ramach systemu oświaty) w ramach zajęć przewidzianych programem szkolnym, jak i zajęcia dla uczniów z grupy Bk 2 realizowane przez fizjoterapeutów w grupach 10 osobowych 2 razy w tygodniu po 30 min przez 15 tygodni, będą miały miejsce się w szkole, w oparciu o istniejące zaplecze lokalowe, z wykorzystaniem sprzętu będącego na wyposażeniu szkół (np. sprzęt do gimnastyki korekcyjnej) oraz innego niezbędnego sprzętu zapewnionego przez realizatora/realizatorów.

Zajęcia dla uczniów z grupy Bk 3 będą przeprowadzane przez fizjoterapeutę w siedzibie realizatora/realizatorów programu, maksymalnie 20 dzieci, zajęcia indywidualne 1 raz w tygodniu po 30 min przez 10 tygodni.

Poprzez realizatora/realizatorów programu rozumie się podmiot leczniczy, który zostanie wybrany w postępowaniu konkursowym, w trybie ustawy z dnia 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2018 r., poz. 1492). Realizator/realizatorzy programu powinien zatrudniać odpowiednią liczbę lekarzy pediatrów i fizjoterapeutów, która umożliwi przeprowadzenie programu oprócz działalności podstawowej w ramach kontraktu z NFZ. Zakład musi mieć swoją siedzibę na terenie gminy Nowy Duninów, aby zapewnić optymalny dostęp do świadczeń w ramach programu.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Uczestnictwo danego dziecka w programie wymaga pisemnej zgody rodzica/opiekuna, a rezygnacja – również w formie pisemnej – będzie możliwa na każdym etapie trwania programu, bez konieczności podawania przyczyny rezygnacji.

W przypadku zaprzestania realizacji programu z przyczyn niezależnych, w szczególności z powodu braku środków gminy Nowy Duninów na finansowanie niniejszego programu - możliwe będzie korzystanie ze świadczeń na zasadach i w zakresie określonym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

- 1) Opracowanie programu.
- 2) Wybór podmiotu leczniczego realizującego program – konkurs ofert zgodnie z ustawą z dnia 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2015, poz. 1916).
- 3) Realizacja programu:
 - dotarcie z informacją o programie do osób spełniających kryteria udziału (działania informacyjno - edukacyjne);
 - rekrutacja osób do udziału w programie na podstawie badania przesiewowego – bilans wieku – roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne; klasa III szkoły podstawowej; klasa V szkoły podstawowej, wykonywanego przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24.09.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu poz. (Dz. U. 2016 r., poz. 86 z późn. zm.) – 100% populacji. W oparciu o przeprowadzony bilans, kwalifikacja dzieci do poszczególnych grup:
 - dzieci zdrowe grupa A;
 - dzieci z zaleceniem do stosowania kinezyterapii (ćwiczenia grupowe, praca indywidualna) 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 realizujących roczny obowiązek przedszkolny, klas III i V oraz poprzez zamieszczenie materiałów informacyjnych w e-dzienniku;
 - wtórna kwalifikacja w szkołach przez lekarza pediatrę/lekarza poz i magistra fizjoterapii dzieci z grupy Bk, zdolnych do zajęć WF z ograniczeniami, do grupy z zaleceniem do stosowania gimnastyki korekcyjnej grupowej prowadzonej przez nauczycieli realizujących gimnastykę korekcyjną (grupa Bk 1), bądź do grupy z zaleceniem kinezyterapii - ćwiczeń grupowych prowadzonych przez fizjoterapeutę w szkołach (grupa Bk 2) lub kinezyterapii – praca indywidualna 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 prowadzącym gimnastykę korekcyjną informacji przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną, mającą wgląd do dokumentacji medycznej ucznia (w tym badań bilansowych), które dzieci mają wskazania do stosowania gimnastyki korekcyjnej grupowej - grupa Bk 1;
 - edukacja dzieci realizujących roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne oraz uczniów klas III i V w formie kolorowej broszury edukacyjnej (dostosowanej do wieku) z zadaniami do wykonania, omawianej przez nauczycieli realizujących gimnastykę korekcyjną w ramach zajęć przewidzianych programem szkolnym;
 - zajęcia grupowe dla uczniów z grupy Bk 1 z zaleceniem do stosowania gimnastyki korekcyjnej grupowej przeprowadzane przez nauczycieli prowadzących gimnastykę korekcyjną w ramach zajęć przewidzianych programem szkolnym;
 - zajęcia dla uczniów z grupy Bk 2 z zaleceniem do stosowania kinezyterapii grupowej przeprowadzane przez fizjoterapeutów w szkołach, w grupach 10 osobowych 2 razy w tygodniu po 30 min przez 15 tygodni;
 - zajęcia dla uczniów z grupy Bk 3 z zaleceniem do stosowania kinezyterapii – indywidualnej pracy ze świadczeniobiorcą, przeprowadzane przez fizjoterapeutów, w siedzibie realizatora

programu, maksymalnie 20 dzieci, zajęcia indywidualne 1 raz w tygodniu po 30 min przez 10 tygodni.

Zajęcia grupowe dla uczniów z grup: Bk 1, Bk 2 i Bk 3 będą obejmowały zakres zgodny z metodyką prowadzenia ćwiczeń dostosowanych do rodzaju wady/nieprawidłowości postawy i stopnia jej zaawansowania.

- 4) Zorganizowanie oceny skuteczności, efektywności i jakości programu przez wystosowanie na początku i końcu programu ankiet zawierających odpowiedni zakres merytoryczny do dwóch grup:
 - ankiety skierowane do rodziców / opiekunów prawnych;
 - ankiety skierowane do uczniów.
- 5) 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.
- 6) Ewaluacja programu.

IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Badania realizowane będą przez podmiot wykonujący podstawową działalność leczniczą, przez personel medyczny spełniający wymagania określone w odrębnych przepisach.

Warunkiem realizacji badań jest zabezpieczenie przez realizatora/realizatorów 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 pediatra/lekarz poz;
- 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.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu

1. Analiza obiektywnej wartości zainteresowania ze strony rodziców/opiekunów prawnych prowadzonym programem, wyrażona stosunkiem ilości dzieci, których rodzice/opiekunowie prawni 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 prawnych do początkowej liczby udzielonych zgód na wzięcie udziału. Rezygnacja będzie możliwa na każdym etapie trwania programu bez konieczności podawania przyczyny rezygnacji.

2) Ocena efektywności programu

Podstawowymi elementami poddanymi analizie będzie:

1. liczba nowych rozpoznań wad postawy u uczniów szkół podstawowych w poszczególnionych grupach;
2. ocena wzrostu wiedzy na temat profilaktyki wad postawy dokonana na podstawie ankiet wypełnianych na początku i na końcu programu przez rodziców/opiekunów prawnych, uczniów;
3. liczba osób, u których nastąpiła poprawa stwierdzona badaniem klinicznym w

- poszczególnych grupach po zakończeniu realizacji programu;
4. liczba osób, u których nie doszło do pogorszenia wad postawy stwierdzone badaniem klinicznym w poszczególnych grupach po zakończeniu realizacji programu.

3) Ocena jakości programu

Podstawowym elementami poddanymi analizie będzie ankieta satysfakcji uczestników programu w poszczególnych grupach oraz ewentualnych pisemnych uwag uczestników dotyczących realizacji programu.

V.2. Ewaluacja

Ewaluacja przeprowadzona zostanie na podstawie 5 mierników efektywności odnoszących się do:

1. odsetka dzieci, u których wykonano badanie przesiewowe w kierunku wady postawy;
2. odsetka dzieci, realizujących gimnastykę korekcyjną w perspektywie lat trwania programu;
3. odsetka dzieci, realizujących ćwiczenia grupowe prowadzone przez fizjoterapeutę;
4. odsetka dzieci, realizujących ćwiczenia indywidualne prowadzone przez fizjoterapeutę;
5. odsetka dzieci, u których nastąpił wzrost wiedzy na temat przyjmowania prawidłowej postawy i profilaktyki wad postawy;
6. odsetka rodziców/opiekunów, u których nastąpił wzrost wiedzy na temat profilaktyki wad postawy wśród dzieci.

Ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1. Koszty jednostkowe

Z danych Szkoły Podstawowej w Nowym Duninowie wynika, że liczba dzieci realizujących w roku szkolnym 2018/2019 naukę w ramach rocznego przygotowania przedszkolnego oraz w klasie III i V szkoły podstawowej wynosi 79 osób.

Na terenie gminy Nowy Duninów funkcjonuje 1 szkoła podstawowa ze szkołą filialną. Liczba nauczycieli realizujących gimnastykę korekcyjną wynosi 4 osoby.

Zakres finansowania w ramach programu profilaktyki wad postawy dla dzieci realizujących roczny obowiązek przedszkolny oraz uczniów klas III i V szkół podstawowych w latach 2018-2019 obejmuje:

- spotkania edukacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych przeprowadzone przez fizjoterapeutów realizatora programu w szkole:

koszt jednego spotkania - 150 zł.

koszt całościowy $5 \times 150 \text{ zł} = 750,00 \text{ zł.}$ (3 spotkania w SP + 2 spotkania w FSP)

- konsultacja (w tym badanie wtórne przesiewowe) lekarza pediatry/lekarza poz i magistra fizjoterapii przeprowadzona na początku i na końcu programu.

Koszt jednej konsultacji 60 zł.

koszt $79 \times 60 \text{ zł} = 4.740,00 \text{ zł.}$ na początku programu

koszt $79 \times 60 \text{ zł} = 4.740,00 \text{ zł.}$ na końcu programu

koszt całościowy 9.480,00 zł.

- ćwiczenia z fizjoterapeutą przeprowadzone dla grupy Bk 2 w wymiarze 2 x 15 zajęć po 30 minut w szkole podstawowej.

koszt jednych zajęć 80 zł.

koszt całościowy $30 \times 80 \text{ zł} \times 2 \text{ grupy} = 4.800,00 \text{ zł}$

- ćwiczenia indywidualne z terapeutą dla 20 dzieci (przyjęta szacunkowa liczba dzieci zdiagnozowanych w wyniku wtórnego badania) w wymiarze po 10 zajęć po 30 minut dla każdego

dziecka.

koszt jednych zajęć 45 zł.

koszt całościowy 20 x 10 x 45,00 zł. = 9.000,00 zł

- koszt opracowania, druku i analiz wyników ankiet oraz przygotowania i druku broszur informacyjnych, ankiet satysfakcji dla rodziców/opiekunów prawnych i uczniów

koszt całościowy 79 x 4 x 7,00 zł. = 2.212,00 zł

Prowadzona przez gminę Nowy Duninów kampania informacyjna dedykowana niniejszemu programowi będzie przeprowadzona bezkosztowo – za pośrednictwem tzw. lokalnych mediów (na stronie internetowej Urzędu Gminy w Nowym Duninowie, mediów społecznościowych).

VI.2. Koszty całkowite

Dla oszacowania kosztów przyjęto populację w liczbie 79 dzieci.

Edukacja rodziców/opiekunów prawnych	750,00 zł.
Konsultacja lekarska i fizjoterapeuty (w tym badanie wtórne przesiewowe)	9 480,00 zł.
Ćwiczenia grupowe z fizjoterapeutą dla grupy Bk	4 800,00 zł.
Ćwiczenia indywidualne z fizjoterapeutą dla grupy Bk 3	9 000,00 zł.
Koszt przygotowania, druku i analizy wyników ankiet i broszur dla rodziców, uczniów oraz przygotowania i druku materiałów informacyjnych	2 212,00 zł..
Suma	26 242,00 zł.

VI.3. Źródła finansowania

Koszty wynikające z realizacji niniejszego program będzie ponosić budżet gminy Nowy Duninów. Zakłada się również możliwość wnioskowania o dofinansowanie programu przez NFZ na podstawie art. 48d ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.).

Opracowano na podstawie:

1. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.).
2. 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.
3. Muchacka R., Pyclik M. „Wady postawy u dzieci i młodzieży – charakterystyka i etiologia” -Prace naukowe WSZiP nr 37 (1)2016.
4. Muchacka R., Pyclik M. „Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży” - Prace naukowe WSZiP nr 37 (1)2016.
5. 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 2003 r. Nr 6, poz. 69 z późn. zm.).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U z 2016 r. poz. 86 z późn. zm.).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. poz. 469).
8. 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.
9. Zalecenia SOSORT z 2005 r, międzynarodowego towarzystwa zajmującego się deformacjami kręgosłupa.
10. Stanowisko SRS/AAOS z 2007 American Academy of Orthopaedic Surgeons).
11. Opinia Prezesa AOTM nr 83/2015 z dnia 13 kwietnia 2015 r.
12. Opinia Prezesa AOTM nr 32/2018 z dnia 16 lutego 2018 r.
13. Raport Health Behaviour in School-aged Children 2012 na temat zdrowia nastolatków w Europie.
14. Nussinovitch M., Finkelstein Y., Amir J. i wsp. „Adolescent screening for orthopedic problems in high school”, Public Health. 2002;116(1):30–32.

PRZEWODNICZĄCY
RADY GMINY
A. Pietrzak
Andrzej Pietrzak