

Załącznik
do uchwały nr 1445/19 Zarządu
Województwa Zachodniopomorskiego
z dnia 13 sierpnia 2019 r.



REGIONALNY PROGRAM ZDROWOTNY WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Profilaktyka wad postawy wśród uczniów szkół podstawowych na lata 2020 - 2022

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2019 r. poz. 1373).

Szczecin, 2019 r.

Spis treści:

Spis treści:.....	1
I Opis problemu zdrowotnego	2
I.1 Opis problemu zdrowotnego.....	2
I.2 Dane epidemiologiczne.....	6
I.3 Opis obecnego postępowania	8
I.4 Uzasadnienie wprowadzenia programu	9
II Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	11
II.1 Cel główny	11
II.2 Cele szczegółowe	11
II.3 Mierniki efektywności realizacji programu.....	11
III Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji, jakie są planowane w ramach programu ..	12
III.1 Populacja docelowa	12
III.2 Kryteria kwalifikacji do programu oraz kryteria wyłączenia z programu	13
III.3 Planowane interwencje	14
III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu.....	18
III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	19
IV Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	20
IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów.....	20
IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	22
V Monitorowanie i ewaluacja programu	23
V.1 Monitorowanie	23
V.2 Ewaluacja	23
VI Budżet programu.....	25
VI.1 Koszty całkowite	25
VI.2 Koszty jednostkowe.....	25
VI.3 Źródła finansowania	27
VII Bibliografia	28
VIII Załączniki	30
KARTA BADANIA.....	30
ANKIETA SATYSFAKCJI	31

I Opis problemu zdrowotnego

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Wady postawy należą do najczęściej występujących problemów zdrowotnych wśród dzieci w wieku szkolnym. Poprawna postawa ciała wspomaga prawidłowy rozwój psychoruchowy dziecka, ułatwia samodzielne poruszanie się oraz naukę, a także ma wpływ na jakość życia. Najwięcej wad postawy powstaje w wieku szkolnym, na który przypadają krytyczne okresy posturogenezy. Pierwszy okres krytyczny występuje w wieku 6-7 lat. Można stwierdzić, iż niekorzystne zmiany w postawie mogą być konsekwencją zmiany trybu życia spowodowaną pojawiającym się w tym okresie obowiązkiem szkolnym. Szczególnie ważna jest w tym okresie dbałość o zapewnienie dziecku właściwych warunków życia, pracy i wypoczynku. Drugi okres krytyczny posturogenezy występuje w wieku 11-13 lat u dziewcząt oraz w wieku 13-14 lat u chłopców i związany jest ze skokiem pokwitaniowym. W okresie tym następuje intensywny przyrost długości kończyn dolnych i tułowia, zmiana proporcji ciała oraz dotychczasowego układu środków ciężkości, brak równoczesnego pokrycia tych zmian siłą mięśniową¹.

Definicja

Prawidłowa postawa ciała oznacza sposób utrzymania pozycji stojącej statycznej oraz w czasie ruchu. Prawidłową postawę określają najliczniej występujące cechy układu ruchu u osób zdrowych w tym samym wieku, jednakowej płci i mających podobne właściwości psychofizyczne. Jest ona wynikiem współdziałania właściwie rozwiniętych i wydolnych układów: kostnego, więzadłowego oraz mięśniowego. Dodatkowo ważną rolę odgrywa układ nerwowy, który decyduje o utrzymaniu właściwego odruchu prawidłowej postawy². Prawidłowa postawa ciała to taka, która występuje dostatecznie często w danej populacji, aby można ją było uznać za charakterystyczną³. Natomiast wada postawy oznacza odchylenie od ogólnie przyjętych cech postawy prawidłowej, która charakteryzuje daną płć, wiek i typ budowy.

Wyróżnia się trzy typowe okresy w przebiegu wad postawy:

- 1) Okres zmian czynnościowych – jedne grupy mięśniowe ulegają osłabieniu i rozciągnięciu, podczas gdy w innych następuje wzmożone napięcie ze skróceniem. Okres ten może trwać od kilku tygodni do kilku miesięcy.
- 2) Okres powstania przykurczów – zarówno mięśni, ścięgien, jak i więzadeł. Okres ten może trwać od kilku tygodni do kilku lat. Jest odwracalny, jeżeli zastosuje się odpowiednie ćwiczenia korekcyjne.
- 3) Okres zmian strukturalnych – przykurcze mają charakter utrwalony. Właściwie dobrana rehabilitacja może zapobiec dalszemu nasilaniu się wady⁴.

Do najczęściej występujących wad postawy wśród dzieci w wieku szkolnym należą: plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy wklęsło-okrągłe, plecy płaskie, boczne skrzywienia kręgosłupa

¹ <http://www.profesor.pl/publikacja,9315,Artykuły,Wady-postawy-w-swietle-rozwoju-osobniczego-wiek-plec-budowa-ciala-okresy-krytyczne>

² Gwizdała W., Grabarek E., Madej E. „Ocena postawy ciała dzieci szkół podstawowych i gimnazjów środowiska miejskiego i wiejskiego w świetle informacji z piśmiennictwa”, *Kwart Ortop.* 2013;2:261.

³ Kasperczyk T. *Wady postawy ciała, diagnostyka i leczenie.* Kraków: Wydawnictwo Kasper 2004.

⁴ Kasperczyk T. *Wady postawy ciała, diagnostyka i leczenie.* Kraków: Wydawnictwo Kasper 2004.

– skoliozy oraz wady statyczne kończyn dolnych. Skolioza głównie występuje u dzieci w wieku szkolnym, które niejednokrotnie dźwigają ciężkie torby lub plecaki na jednym ramieniu. Kręgosłup staje się podatniejszy na boczne skrzywienie, jego wygięcie kształtem przypomina literę S, a plecy tracą symetrię. Lordoza stanowi nadmierne wygięcie kręgosłupa do przodu w odcinku lędźwiowym. Kifoza występuje w postaci wygięcia kręgosłupa w odcinku szyjnym do przodu, zwanego inaczej garbem⁵. Zależnie od lokalizacji oraz wielkości skrzywienia kręgosłupa, może ono istotnie wpływać na funkcjonowanie układu oddechowego oraz zmiany w układzie sercowo-naczyniowym. Chorzy ze skoliozą w dorosłym życiu odczuwają dolegliwości bólowe kręgosłupa. Bardzo ważny wpływ na jakość życia dziecka mają także odczucia estetyczne oraz akceptacja własnego wyglądu.

Czynniki ryzyka

Istotną rolę w kształtowaniu postawy ciała odgrywają nawyki, rozumiane jako przyzwyczajenie do wykonywania różnych czynności w określony sposób. W tym przypadku oznaczają przyjmowanie określonego układu ciała, zwłaszcza podczas codziennych czynności. Dzieci często przyjmują pozycję nieprawidłową, co sprzyja kształtowaniu i utrwalaniu się nawyku niewłaściwej postawy. Rozwojowi wad postawy sprzyjać może: niewłaściwie dobrane stanowisko pracy ucznia, niewłaściwe pozycje przyjmowane podczas nauki i wypoczynku, zbyt ciężki tornister, nadwaga, ograniczenie aktywności ruchowej oraz siedzący tryb życia. W takich przypadkach nieprawidłowości mają charakter czynnościowy i są stosunkowo łatwe do usunięcia.

Pierwszy moment krytyczny dla postawy fizycznej dziecka pojawia się, gdy ma ono ok 5–10 lat i związany jest ze zmianą trybu życia. Istotne znaczenie w tym przypadku ma przejście dziecka od dużej swobody ruchu do kilkugodzinnego przebywania w pozycji siedzącej w ławce. Niejednokrotnie warunki nauki są niewłaściwe. Dlatego początkowy okres w szkole powoduje zwykle pogorszenie postawy. Jednocześnie etap ten w przypadku dzieci najmłodszych charakteryzuje się ogromną biologiczną potrzebą ruchu, która jeżeli jest pokierowana w sposób właściwy, może być najważniejszym stymulatorem rozwoju organizmu⁶.

Ponadto przyczyną lordozy może być niedobór witaminy D, awitaminoza bądź brak siły mięśniowej - nieprawidłowy gorset mięśniowy. Lordoza może być także wynikiem stanów zapalnych w obrębie kręgosłupa, skurczów mięśni lub też choroby genetycznej – achondroplazji. Przyczyną kifozy młodzieńczej (zwanej chorobą Scheuermanna), na którą najczęściej chorują dzieci w wieku 12-16 lat, mogą być przyczyny genetyczne, może także być spowodowana codziennym, nadmiernym przeciążeniem fizycznym, obniżonym napięciem mięśniowym⁷.

Rozpoznanie

W trakcie diagnostyki wad postawy istotnym jest rozróżnienie nawykowej wady postawy ciała oraz rzeczywistej. Pierwsza dotyczy wad podlegających czynnej korekcji i wymagających włączenia dziecka do zajęć korekcyjnych, które prowadzone są przez nauczycieli wychowania fizycznego. Natomiast wady rzeczywiste to te, które nie korygują się czynnie i

⁵ Kocka K. i inni: „Najczęstsze problemy zdrowotne dzieci w wieku szkolnym – na przykładzie szkoły podstawowej i gimnazjum w Lublinie”, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2013, Tom 19, Nr 4, 508–513.

⁶ Rosa K., Muszkieta R., Zukow W. i wsp. „Częstość występowania wad postawy u dzieci z klas I–III Szkoły Podstawowej”, *J Health Sci.* 2013;3(12):107–136.

⁷ Kocka K. i inni: „Najczęstsze problemy zdrowotne dzieci w wieku szkolnym – na przykładzie szkoły podstawowej i gimnazjum w Lublinie”, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2013, Tom 19, Nr 4, 508–513.

wymagają leczenia, fizjoterapii, gorsetowania, a nawet interwencji chirurgicznej⁸. Rehabilitacja medyczna umożliwi nauczanie pozytywnych zachowań zdrowotnych, a także zwiększa skuteczność stosowania się do zalecanej farmakoterapii⁹.

Zgodnie z wytycznymi Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Reserch (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatric (AAP) badania przesiewowe w kierunku wykrycia skoliozy powinny być przeprowadzone dwukrotnie wśród dziewcząt w wieku 10 i 12 lat oraz u chłopców jednokrotnie w wieku 13 lub 14 lat. Aby program profilaktyczny był skuteczny, musi być prowadzony przez dobrze wyszkolony personel, który odpowiednio przeprowadzi test Adamsa oraz wykona pomiary skoliometrem.¹⁰

Ponadto, eksperci kliniczni wskazują, że „*diagnostyka powinna obejmować dzieci w wieku przedszkolnym 3-6 lat, szczególnie opieki i nadzoru wymagają dzieci i młodzież w okresie pokwitaniowego skoku wzrostowego: dziewczęta 11-14 lat, chłopcy 12-15*” (KW w dziedzinie pediatrii, 2016)¹¹.

Leczenie

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

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

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

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

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

⁸ 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.

⁹ Opinia Prezesa AOTMiT nr 269/2013 z dnia 21 października 2013 r.

¹⁰ M.Timothy Hresko, MD; Vishwas R. Talwalkar, MD; Richard M. Schwend, MD Position Statement-Screening for the Early Detection for Idiopathic Scoliosis in Adolescents SRS/PONSA/AAOS/AAP Position Statement, 9/2/2015 v2

¹¹ Raport z oceny projektu programu polityki zdrowotnej Województwa Zachodniopomorskiego „Wczesne rozpoznawanie i korekcja wad postawy wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym na lata 2019-2021”, AOTMiT, lipiec 2018 r.

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

W zależności od metodyki przyjętej w poszczególnych metodach terapeutycznych należących do PSE, program terapeutyczny opiera się na nauczaniu dziecka samodzielnego wykonywania ćwiczeń, a następnie prowadzeniu leczenia w formie zazwyczaj 2-4 sesji ćwiczeniowych w ciągu tygodnia. Co 3-4 miesiące zaleca się przeprowadzenie konsultacji w wiodącym dla danej metody ośrodku. Istotnym elementem terapii jest również kontynuacja wyuczonych ćwiczeń w warunkach domowych. Gorsetowanie zalecane jest w przypadku leczenia pacjentów ze skrzywieniami powyżej $20 \pm 5^\circ$ Cobba, wciąż rosnących oraz charakteryzujących się postępującą deformacją lub podwyższonym ryzykiem pogorszenia (chyba, że nie jest to uzasadnione w ocenie klinicysty specjalizującego się w leczeniu zachowawczym deformacji kręgosłupa) (poziom: B, klasa: III). Zaleca się, aby nie stosować gorsetowania w przypadku leczenia pacjentów ze skrzywieniem poniżej $15 \pm 5^\circ$ Cobba¹².

Eksperti wskazują, że postępowanie terapeutyczne musi być zindywidualizowane, niewskazane jest realizowanie zajęć korekcyjnych w formie zajęć grupowych. Proces diagnostyczno-terapeutyczny nie powinien być realizowany przez osoby/podmioty specjalizujące się wyłącznie w diagnostyce postawy ciała, bez odpowiedniego doświadczenia w praktyce zajęć korekcyjnych. Skuteczność ww. zajęć musi być systematycznie weryfikowana za pomocą badań diagnostycznych prowadzonych według tych samych standardów, co badania wstępne¹³.

Rokowanie

U części dzieci, pomimo działań profilaktycznych, rozwija się wada postawy. Konieczna jest zatem profilaktyka drugorzędowa. Aby była ona skuteczna, niezbędne jest możliwie wczesne wychwycenie z populacji uczniów zagrożonych rozwojem wady postawy poprzez prowadzenie badań przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania oraz profilaktycznych badań lekarskich (bilansów zdrowia) - przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Powodzenie działań uwarunkowane jest ścisłą współpracą tych osób. W okresie pomiędzy badaniami część dzieci powinna być objęta obserwacją, inne - postępowaniem korekcyjnym. Celem takiego postępowania jest przede wszystkim zapobieganie dalszemu rozwojowi wady oraz tworzeniu i utrwalaniu się niekorzystnych zmian wtórnych. Ważnym elementem postępowania jest kształtowanie na nowo nawyku prawidłowej postawy oraz ponowne nauczanie dziecka przyjmowania i automatycznego utrzymywania prawidłowego układu ciała (tzw. reedukacja posturalna).

Skuteczność działań profilaktycznych w zapobieganiu występowania wad postawy uwarunkowana jest koniecznością ścisłego współdziałania wszystkich podmiotów związanych ze środowiskiem nauczania i wychowania. Z tego też względu, zasadne jest

¹² Opinia prezesa AOTMiT nr 12/2017 z dnia 25 stycznia 2017 r.

¹³ Opinia Prezesa AOTMiT nr 143/2018 z dnia 20 lipca 2018 r.

podejmowanie prób systemowego rozwiązania problemu poprzez aktywizację współpracy pomiędzy dziećmi i młodzieżą, ich rodzicami, pracownikami oświaty i ochrony zdrowia¹⁴.

I.2 Dane epidemiologiczne

Zaburzenia układu ruchu występują u około 10% do 80% dzieci w wieku szkolnym. Duże różnice częstości podawane przez wielu autorów związane są z brakiem jednolitych kryteriów. Szacuje się, że poważne zaburzenia mogą dotyczyć 10% do 15% dzieci – wyróżnia się: skoliozę (u 2-4% dzieci oraz młodzieży), młodzieńczą kifozę piersiową (u 3-5% nastolatków), zniekształcenia statyczne kończyn dolnych (u 10-15% dzieci) oraz wady postawy¹⁵. Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży w Instytucie Matki i Dziecka (IMiDz dr P. Michalski, 2013) podaje, że 90% dzieci w Polsce ma wady postawy (szczególnie kręgosłupa, stóp i kolan). Natomiast w raporcie Ośrodka Rozwoju Edukacji (2014) wskazano, że wady postawy występują u 50-60% dzieci w wieku rozwojowym i do ich najczęstszych przyczyn powstawania należą złe nawyki lub zbyt duże obciążenie ciała, co może skutkować trwałymi zniekształceniami układu ruchu. Zgodnie z danymi Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (druk MZ-11 za rok 2012) u ponad 17% dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat oraz u 9,7% w wieku 2-9 lat zdiagnozowano zniekształcenie kręgosłupa¹⁶.

Szacunki zagraniczne na temat częstości występowania młodzieńczej skoliozy idiopatycznej różnią się w poszczególnych badaniach (zakres 0,9%-12%, najczęstsza wartość 2 do 3%). Dla przykładu w Finlandii młodzieńcza idiopatyczna skolioza występuje u około 12% dziewcząt i 6,8% chłopców, w Wielkiej Brytanii u około 3,2% dziewcząt i 1% chłopców (w innym badaniu w Wielkiej Brytanii podaje się 1,9% u dziewcząt i chłopców), a w Grecji u około 2,6% dziewcząt i 0,9% chłopców^{17,18}.

Już po urodzeniu wady postawy mogą stanowić problem. Według Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych, wady układu mięśniowo-szkieletowego (Q65-79) występowały w Polsce u 39,1 na 10 tys. urodzeń w 2006 r. Dla województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2006 odnotowano m.in. 12,9 na 10 tys. urodzeń zniekształcenia stopy (Q66) oraz 13,5 na 10 tys. urodzeń palce dodatkowe (Q69)¹⁹.

Nadwaga, otyłość, ograniczona aktywność ruchowa – mogą sprzyjać powstawaniu wad postawy. Jak wykazało najnowsze badanie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) w roku szkolnym 2013/2014 w Polsce nadwaga i otyłość dotyczyła co siódmego nastolatka biorącego udział w badaniu. W porównaniu do poprzedniej edycji HBSC z 2010 r.,

¹⁴ Górecki A, Kiwerski J, Kowalski I, i wsp. Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania. Warszawa 2009.

¹⁵ Woynarowska B, Oblacińska A. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne. Studia BAS Nr 2(38) 2014, s. 41–64.

¹⁶ Ostręga W. Wady postawy u dzieci i młodzieży. Przyczyny powstawania i zapobieganie w domu i szkole. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014.

¹⁷ Grivas TB, Vasiliadis E, Savvidou O et al. Geographic latitude and prevalence of adolescent idiopathic scoliosis. Stud Health Technol Inform. 2006;123:84-9.

¹⁸ Grivas TB, Vasiliadis E, Mouzakis V et al. Association between adolescent idiopathic scoliosis prevalence and age at menarche in different geographic latitudes. Scoliosis. 2006 May 23;1:9.

¹⁹ Wrodzone wady rozwojowe w Polsce w latach 2005-2006, Dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych, Poznań 2010.

odsetek młodzieży z nadwagą i otyłością zmniejszył się. Badanie wykazało również, że ponad ¾ młodzieży (11-15 lat) charakteryzowało się zbyt małą aktywnością fizyczną²⁰.

Na podstawie Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS) przeprowadzonego w 2014 r. w Polsce oszacowano, że choroby kręgosłupa występują u 1,6% dzieci w wieku 0-14 lat (najczęściej w grupie 10-14 lat – tj. 3,6%). W województwie zachodniopomorskim odsetek dzieci z chorobami kręgosłupa w wieku 0-14 lat wyniósł 1,5% (0,6% wśród chłopców i 2,4% wśród dziewczynek²¹. Badanie dr Mrozkowiaka (publikacja 2007) przeprowadzone w 13 województwach wykazało, że w województwie zachodniopomorskim 79,45% dzieci i młodzieży w grupie wieku 4-19 lat miało wadę postawy ciała²².

Według Informatora Statystycznego ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego w 2017 r. (sprawozdanie statystyczne, druk MZ-11) w poradniach leczenia podstawowego odnotowano 9 710 zniekształceń kręgosłupa u dzieci i młodzieży (3,3% ogółu populacji w wieku przedprodukcyjnym), w tym było 1 522 nowych przypadków zniekształceń kręgosłupa (0,5% ogółu populacji w wieku przedprodukcyjnym). W grupie wiekowej 10-14 lat było leczonych 3 786 dzieci i młodzieży ze zniekształceniem kręgosłupa²³, tj. 1,3% ogółu populacji w wieku przedprodukcyjnym i 39% wszystkich leczonych w poradniach leczenia podstawowego z powodu zniekształcenia kręgosłupa.

Według Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego z 2018 roku, zapadalność rejestrowana dla chorób kręgosłupa w roku 2016 w województwie zachodniopomorskim wyniosła 26,72 tys. osób, w tym grupa wiekowa <18 roku życia stanowiła ok. 2 410 (9,02%). Współczynnik zapadalności rejestrowanej dla chorób kręgosłupa wyniósł 1 564,5 na 100 tysięcy ludności i był wyższy od krajowego (1 410,9), a w grupie wiekowej <18 roku życia wynosił 816,8 (krajowy 874,6). Chorobowość rejestrowana wyniosła w województwie 247,3 tys., a współczynnik chorobowości wynosił 14,5 tys. w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców i był wyższy od krajowego (13,9 tys.)

W 2016 r. w poradniach chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci zrealizowano 12,08 tys. porad (3 tys. pacjentów), w tym 0,98 tys. porad z powodu chorób kręgosłupa, w poradniach wad postawy zrealizowano 5,19 tys. porad, w tym 1,09 tys. z powodu chorób kręgosłupa. Prognoza zapadalności rejestrowanej w latach 2020-2029 „*wariant 4-demograficzny uśredniony*” wykazała wzrost zapadalności rejestrowanej na choroby kręgosłupa w województwie zachodniopomorskim o 0,52%. W 2016 r. w województwie zachodniopomorskim liczba hospitalizacji z powodu chorób kręgosłupa u dzieci wynosiła 5,68 na 100 tys. ludności (w tym 42,27% hospitalizacji było spoza województwa). Statystyki czasu oczekiwania na świadczenia rehabilitacji leczniczej przedstawione w Mapach wskazują medianę czasu oczekiwania na przyjęcie planowe do oddziału rehabilitacyjnego na

²⁰ Mazur J. (red.): *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015.

²¹ *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku*. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2016 r.

²² Mrozkowiak M., *Zróżnicowanie występowania postaw ciała prawidłowych, wadliwych i skolioz u dzieci i młodzieży w wieku 4-19 lat w wybranych regionach Polski*, Uniwersytet Szczeciński, Polskie Towarzystwo Naukowe Kultury Fizycznej, Wydawnictwo Promocyjne „Albatros”, 2007, Szczecin, s. 99 – 104.

²³ *Informator Statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2017 r.*, Urząd Statystyczny w Szczecinie, grudzień 2018 r.

[http://www.szczecin.uw.gov.pl/systemfiles/articlefiles/2524/\(20190225.155125\).informator_statystyczny_ochrony_zdrowia_województwa_zachodniopomorskiego_za_2017_rok.pdf](http://www.szczecin.uw.gov.pl/systemfiles/articlefiles/2524/(20190225.155125).informator_statystyczny_ochrony_zdrowia_województwa_zachodniopomorskiego_za_2017_rok.pdf)

poziomie 335 dni, przy czym 12,28% przyjęć jest realizowana w czasie 30 dni od wystawienia skierowania, a 75% przyjęć w czasie do 559 dni²⁴.

Na terenie województwa zachodniopomorskiego w 2017 roku świadczenia zdrowotne w zakresie objętym niniejszym programem realizowało 838 lekarzy POZ, 158 pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania, 22 higienistki szkolne pracujące w szkołach podstawowych²⁵, 94 lekarzy specjalistów ortopedii i traumatologii narządu ruchu, 38 lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej i 1009 fizjoterapeutów i techników fizjoterapii²⁶.

I.3 Opis obecnego postępowania

W obrębie zdefiniowanego problemu zdrowotnego dotyczącego wad postawy u dzieci w wieku szkolnym obecnie prowadzone są działania zgodne z obowiązującymi regulacjami prawnymi. Świadczenia zdrowotne w tym zakresie określone są aktami wykonawczymi na podstawie *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510)*.

Organizacja profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, którzy objęci są obowiązkiem szkolnym określona została w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą*. Profilaktyczną opiekę nad uczniami sprawują: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), lekarz dentyista pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna²⁷.

Wykaz świadczeń gwarantowanych udzielanych przez lekarza POZ i pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania lub higienistkę szkolną określony został w załączniku Nr 1 i 4 do *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej*²⁸. Lekarz POZ sprawuje profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami, w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Na rzecz uczniów szkół podstawowych, lekarskie badania bilansowe, w tym badania przesiewowe, obejmują m.in. wykrywanie zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa, zniekształceń statycznych kończyn dolnych, kifozy piersiowej u dzieci na etapie: rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego, III klasy szkoły podstawowej, I klasy gimnazjum oraz I klasy ponadgimnazjalnej. Testy przesiewowe przeprowadzane przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania lub higienistki szkolne realizowane są na etapie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego, III klasy szkoły podstawowej, V klasy szkoły podstawowej (na tym etapie nie przeprowadza się lekarskiego badania bilansowego), I klasy gimnazjum oraz I klasy ponadgimnazjalnej.

Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej zobowiązuje do współpracy, w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, członków zespołu POZ z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania lub higienistką szkolną w zakresie stałej

²⁴ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018

²⁵ Informacja z MZ-06 Sprawozdanie statystyczne z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach województwa zachodniopomorskiego za rok szkolny 2017/2018

²⁶ Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2017 rok, US w Szczecinie, 2018 r.

²⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 roku w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, Dz. U. 2009, nr 139, poz. 1133 ze zm.

²⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2016 r., poz. 86 ze zm.

wymiany informacji i podejmowania wspólnych działań, niezbędnych do zachowania zdrowia, profilaktyki, rozpoznania i leczenia chorób, pielęgnowania oraz rehabilitacji uczniów²⁹.

Ponadto, dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego mogą być objęte rehabilitacją leczniczą zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej*³⁰.

Zadania służące realizacji profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży są także uwzględnione i opisane w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016-2020, w celu operacyjnym numer 1: *Poprawa sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa oraz aktywności fizycznej społeczeństwa*, gdzie m.in. wyodrębniono działania promujące aktywność fizyczną w szkołach³¹.

I.4 Uzasadnienie wprowadzenia programu

Potrzeba wdrożenia Programu polityki zdrowotnej pn. *Regionalny Program Zdrowotny Województwa Zachodniopomorskiego - Profilaktyka wad postawy wśród uczniów szkół podstawowych na lata 2020-2022* wynika z istniejącego problemu zdrowotnego jakim jest wysoki poziom zapadalności na wady postawy wśród dzieci w wieku szkolnym w województwie zachodniopomorskim, w tym utrzymujący się trend stwierdzanych corocznie nowych zniekształceń kręgosłupa wśród leczonych w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej na poziomie ok. 1 500 dzieci w grupie wiekowej 0-18 roku życia³².

Schorzenia kręgosłupa u dzieci są bardzo ważnym problemem zdrowotnym, gdyż mogą w przyszłości warunkować poważne skutki zdrowotne w postaci zaburzeń krążeniowo-oddechowych, upośledzenia sprawności i wydolności ogólnej, zespołów bólowych kręgosłupa, problemów ginekologicznych u kobiet i innych .

Zaburzenia postawy u dzieci występują niepokojąco często³³. Prawidłowo rozwinięty aparat ruchu i układ nerwowy stanowią podłoże dla niezaburzonego rozwoju mechanizmu odruchu postawy. Warunki środowiskowe mają istotny wpływ na wzorzec postawy i zdolność do utrzymania ciała w równowadze. Labilność postawy w wieku szkolnym powoduje częste przyjmowanie niewłaściwych pozycji, co sprzyja kształtowaniu i utrwalaniu się nieprawidłowego nawyku postawy³⁴. W celu niedopuszczenia do powstania wady postawy kluczowe znaczenie ma zastosowanie działań zapobiegawczych. Długo lekceważony problem może prowadzić do powstania przykurczy, a w konsekwencji do deformacji układu kostno-stawowego, skutkującego poważnymi zaburzeniami zdrowia³⁵.

Badania potwierdzają konieczność przeprowadzenia badania przesiewowych u dzieci w wieku szkolnym. W badaniu *Hagner 2010* wykazano, że występowanie wad postawy u dzieci zwiększa się o 14,64% między 6 a 10 rokiem życia, po trzech latach edukacji szkolnej. Wśród dzieci w wieku 6 lat, przed rozpoczęciem nauki szkolnej, postawa bardzo dobra i

²⁹ Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, Dz. U. z 2017 r. poz. 2217.

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 465.

³¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, Dz.U. z 2016 r. poz.1492.

³² Informatory statystyczne ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego, Urząd Statystyczny w Szczecinie: <http://www.szczecin.uw.gov.pl/?type=article&action=view&id=2524>

³³ Motow-Czyż M., Orczyk A., Orczyk M., *Postural defects correction in the process of physical education and sport*, Physical Activity Review 2014.

³⁴ Skorupka E., Asienkiewicz R., *Funkcja szkoły w zapobieganiu wad postawy ciała u dzieci*, Rocznik Lubuski Tom 40, 2014.

³⁵ Górecki A. i in., *Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania*, Warszawa 2009.

dobra występuje u 41,47%, natomiast w wieku 10 lat taką postawą charakteryzuje się już tylko 26,83% badanych³⁶.

Wczesne wdrożenie właściwej terapii i rehabilitacji, pozwala osiągnąć zadowalające skutki. W ramach 3-letniego okresu realizacji Programu, działania ukierunkowane na profilaktykę i korekcję wad postawy oraz edukację zdrowotną będą skierowane do uczniów V klas szkół podstawowych, którzy znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka powstawania zniekształceń kręgosłupa. Celem zaplanowanych interwencji jest zmniejszenie niekorzystnych skutków problemu wad postawy u dzieci, zachęcenie do zmiany zachowań i aktywności ruchowej i zwiększenie świadomości zarówno dzieci, jak i ich opiekunów.

Regionalny Program Zdrowotny Województwa Zachodniopomorskiego - Profilaktyka wad postawy wśród uczniów szkół podstawowych na lata 2020 - 2022 wpisuje się w priorytet zdrowotny: „tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania”, wymieniony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych³⁷.

Program realizuje *Priorytet Inwestycyjny 9iv Ułatwienie dostępu do przystosowanych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Osi Priorytetowej VII. Włączenie Społeczne, działanie 7.7 - Wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci z niepełnosprawnościami oraz zagrożonych niepełnosprawnością.*

Przyjęte w Programie kierunki interwencji są zgodne z dokumentem *Krajowe Ramy Strategiczne Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, Narzędzie 19, Wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych[R]* w części dotyczącej opracowania i wdrażania programów rehabilitacji leczniczej dla dzieci niepełnosprawnych.

W Programie uwzględniono działania wskazane w *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020* skoncentrowane na rehabilitacji wad rozwojowych i edukacji skierowanej do dzieci, ich opiekunów oraz kadry medycznej.

³⁶ Hagner W., Bąk D., Hagner-Derengowska M., *Zmiany w postawie ciała u dzieci w pierwszych trzech latach nauki szkolnej*, Forum Medycyny Rodzinnej 2010, 4 (4): 287-290.

³⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, Dz.U. z 2018 r., poz. 469.

II Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Poprawa stanu zdrowia uczniów V klas szkół podstawowych ze stwierdzonymi zniekształceniami kręgosłupa, uczestniczących w działaniach korekcyjnych i edukacyjnych w okresie realizacji programu w latach 2020-2022.

II.2 Cele szczegółowe

- 1) Skorygowanie zniekształceń kręgosłupa u co najmniej 30% dzieci uczestniczących w zajęciach korekcyjnych, realizowanych w Programie w latach 2020-2022.
- 2) Wzrost poziomu świadomości w zakresie profilaktyki wad postawy u co najmniej 50% uczniów uczestniczących w zajęciach korekcyjnych i edukacyjnych w okresie realizacji Programu w latach 2020-2022.
- 3) Wzrost wiedzy na temat profilaktyki i korekcji wad postawy u co najmniej 50% rodziców/opiekunów uczniów, uczestniczących w Programie w latach 2020-2022.
- 4) Wzrost wiedzy z zakresu profilaktyki, diagnozowania i leczenia wad postawy u co najmniej 80% pracowników medycznych POZ, uczestniczących w szkoleniach podczas realizacji Programu w latach 2020-2022.

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu

- 1) Liczba dzieci ogółem, które przystąpiły do kwalifikacji w programie.
- 2) Liczba dzieci ogółem zakwalifikowanych do programu, z określeniem rodzaju zniekształcenia kręgosłupa.
- 3) Liczba dzieci, które nie zostały objęte programem ze wskazaniem przyczyn.
- 4) Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanych.
- 5) Liczba dzieci, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji z określeniem przyczyn.
- 6) Odsetek uczniów, którzy ukończyli pełny cykl zajęć korekcyjnych.
- 7) Liczba dzieci włączonych do programu, u których w wyniku działań korekcyjnych nastąpiła redukcja skrzywienia kręgosłupa.
- 8) Odsetek dzieci u których zastosowane działania korekcyjne zahamowały rozwój zniekształcenia kręgosłupa (badania i testy przed i po działaniach korekcyjnych).
- 9) Liczba dzieci ogółem uczestniczących w edukacji zdrowotnej na temat profilaktyki wad postawy.
- 10) Odsetek uczniów, którzy deklarują pozytywne zachowania zdrowotne i samodzielne wykonywanie ćwiczeń ruchowych w codziennym życiu (kwestionariusz ankiety przed i po udziale w zajęciach korekcyjnych i edukacyjnych).
- 11) Odsetek dzieci, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wad postawy i wykształcenie nawyku prawidłowej postawy ciała (kwestionariusz ankiety przed i po interwencjach terapeutyczno-edukacyjnych).
- 12) Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w edukacji zdrowotnej dotyczącej profilaktyki wad postawy.

- 13) Odsetek rodziców/opiekunów uczestniczących w edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy na temat profilaktyki wad postawy (kwestionariusz ankiety przed i po edukacji).
- 14) Liczba pracowników medycznych uczestniczących w szkoleniach na temat profilaktyki wad postawy u dzieci.
- 15) Odsetek pracowników medycznych uczestniczących w szkoleniach, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wad postawy, w tym wykrywania zaburzeń układu ruchu (kwestionariusz ankiety przed i po edukacji).

III Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji, jakie są planowane w ramach programu

III.1 Populacja docelowa

Województwo zachodniopomorskie liczy 1 705 533 mieszkańców (stan na dzień 31.12.2017 r.), w tym 294 829 (17,3%) osób jest w wieku przedprodukcyjnym.

Na potrzeby Programu została zdefiniowana populacja uczniów V klas szkół podstawowych, co koresponduje z rekomendacjami klinicznymi i opiniami ekspertów klinicznych wskazującymi, iż szczególną opiekę i nadzór powinno się zapewnić dzieciom i młodzieży w okresie pokwitaniowego skoku wzrostu, tj. 11-14 lat u dziewcząt i 12-15 lat u chłopców³⁸.

Populację dzieci kwalifikujących się do Programu w województwie zachodniopomorskim oszacowano na podstawie liczby 8 -, 7 - i 6 - latków wg. stanu na dzień 31.12.2017 r. (Bank Danych Lokalnych GUS), które w latach 2020-2022, rozpoczynając naukę w V klasie szkoły podstawowej osiągną wiek 11 lat, a wiek 12 lat w drugim semestrze nauki.

W ciągu 3-letniego okresu realizacji Programu liczebność uczniów kwalifikujących się do Programu, wg. liczby 8 -, 7 - i 6 - latków z 2017 roku wyniesie łącznie 52 353 dzieci, w tym: 8-latków 18 547 (wiek 11 lat w 2020 r.), 7-latków 17 390 (wiek 11 lat w 2021 r.) i 6-latków 16 416 (wiek 11 lat w 2022 r.)³⁹.

Działania rehabilitacyjne będą skierowane wyłącznie do dzieci (spełniających kryteria włączenia) z rozpoznaniem zniekształceniem kręgosłupa na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej z dotychczasowych, wcześniej wykonanych testów i badań, tj. badań bilansowych lekarza POZ, testów przesiewowych realizowanych przez pielęgniarkę środowiskową nauczania i wychowania lub higienistkę szkolną, porady lekarskiej lekarza POZ lub lekarza ortopedy realizowanych w ramach świadczeń gwarantowanych lub porady lekarza ortopedy udzielającego świadczeń w innej formie.

Populacja kwalifikująca się do zajęć korekcyjnych i rehabilitacyjnych została oszacowana na podstawie danych epidemiologicznych. Według Informatora Statystycznego ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego w 2017 r. (sprawozdanie, druk MZ-11)⁴⁰ w poradniach

³⁸ Opinia prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 143/2018 z dnia 20 lipca 2018 r.

³⁹ GUS, Bank Danych Lokalnych [wg stanu: 31.12.2017 r.].

⁴⁰ Informator Statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2017 r., Urząd Statystyczny w Szczecinie, grudzień 2018 r.
[http://www.szczecin.uw.gov.pl/systemfiles/articlefiles/2524/\(20190225.155125\).informator_statystyczny_ochrony_zdrowia_województwa_zachodniopomorskiego_za_2017_rok.pdf](http://www.szczecin.uw.gov.pl/systemfiles/articlefiles/2524/(20190225.155125).informator_statystyczny_ochrony_zdrowia_województwa_zachodniopomorskiego_za_2017_rok.pdf)

lecznictwa podstawowego odnotowano łącznie 9 710 zniekształceń kręgosłupa u dzieci i młodzieży w wieku 0-18 r.ż. (tj. 3,3% ogółu populacji w wieku przedprodukcyjnym), w tym w grupie wiekowej 10-14 lat było leczonych 3 786 osób (1,3% ogółu populacji w wieku przedprodukcyjnym). W 2017 r. odnotowano 1 522 nowych przypadków zniekształceń kręgosłupa u dzieci i młodzieży w wieku 0-18 r.ż. (0,5% ogółu populacji w wieku przedprodukcyjnym).

Według *Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego* (edycja 2018 r.), w 2016 r. w poradniach wad postawy zrealizowano 5,19 tys. porad, w tym 1,09 tys. z powodu chorób kręgosłupa.

Powyższe dane stanowią uzasadnienie dla przyjęcia założenia, iż w ramach 3-letniego okresu realizacji programu, wstępną kwalifikacją do programu zostanie objętych 10% populacji uczniów V klasy szkoły podstawowej, tj. ok. 5 235 dzieci, z czego pełną interwencją korekcyjną będzie objętych 80% z nich, czyli ok. 4 188 osób tj. 8% populacji uczniów V klasy szkoły podstawowej (1,4% ogółu populacji w wieku przedprodukcyjnym).

Działania edukacyjne zostaną przeprowadzone dla ogółu populacji uczniów szkół podstawowych, a w szczególności uczniów V klas szkół podstawowych, (filmy edukacyjne na platformie YouTube). Ponadto do 555 szkół podstawowych zostaną skierowane działania informacyjno-promocyjne w formie plakatów i ulotek.

Dla uczniów działania edukacyjne będą przedstawione w formie indywidualnych rozmów i instruktaży podczas zajęć rehabilitacyjnych/korekcyjnych, a dla ich rodziców/opiekunów podczas spotkań grupowych.

Do udziału w szkoleniach zostaną zaproszeni lekarze POZ i pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania oraz higienistki szkolne w liczbie ok. 200 osób.

III.2 Kryteria kwalifikacji do programu oraz kryteria wyłączenia z programu

Kryteria kwalifikacji do programu:

- 1) Uczeń uczęszczający do V klasy szkoły podstawowej na terenie województwa zachodniopomorskiego,
- 2) Posiadanie skierowania/dokumentacji medycznej ze stwierdzonym zniekształceniem kręgosłupa podczas przeprowadzonych testów przesiewowych wykonanych przez pielęgniarkę szkolną lub profilaktycznych badań lekarskich (bilans zdrowia) lekarza POZ, czy też w wyniku porady lekarza w dziedzinie ortopedii.
- 3) Podpisanie przez rodzica/opiekuna uczestnika Programu druku świadomej zgody na udział w programie.
- 4) Potwierdzenie schorzenia kręgosłupa podczas wstępnej kwalifikacji do Programu dokonanej przez lekarza specjalistę w dziedzinie ortopedii lub rehabilitacji, zatrudnionego przez realizatora Programu - z rozpoznaniem wg ICD-10 w grupach chorób: M40 kifoza i lordoza, M41 skolioza i M42.0 młodzieńcza osteochondroza kręgosłupa.
- 5) Włączenie do Programu będzie warunkowane kolejnością zgłoszeń (aż do osiągnięcia limitu liczby osób ustalonego przez beneficjenta Programu).

Kryterium wyłączenia z programu:

- 1) Brak potwierdzenia zniekształcenia kręgosłupa przez lekarza specjalistę podczas kwalifikacji wstępnej.
- 2) Brak zgody rodzica/opiekuna na udział dziecka w działaniach edukacyjnych i terapeutycznych jednocześnie.
- 3) Jednoczesne korzystanie w czasie trwania programu ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanej przez NFZ.
- 4) Nieobecność na trzech kolejnych zajęciach korekcyjnych bez usprawiedliwienia.

III.3 Planowane interwencje

W ramach Programu, dzieci z zniekształceniem kręgosłupa uczęszczające do V klas szkół podstawowych na terenie województwa zachodniopomorskiego, spełniające warunki włączenia, będą mogły skorzystać z bezpłatnych porad lekarza specjalisty, świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz edukacji zdrowotnej.

W Programie zostaną przeprowadzone działania wpisujące się w następujące moduły:

Moduł 1 - Działania informacyjno-promocyjne

W ramach działań informacyjno-promocyjnych odbędzie się organizacja i realizacja kampanii informacyjnej, zaprojektowanie, przygotowanie ulotek i plakatów informacyjnych, przygotowanie sposobu rekrutacji i opracowanie materiałów do rekrutacji uczestników. Zostaną przeprowadzone działania informacyjne skierowane do dyrektorów szkół podstawowych, rodziców/opiekunów dzieci, pielęgniarek i higienistek szkolnych, kadry medycznej POZ oraz lekarzy ortopedów i rehabilitantów celem przedstawienia założeń Programu oraz zachęcenia do współpracy w realizacji Programu.

Za organizację i skoordynowanie wszystkich działań oraz współdziałanie w tym zakresie z personelem medycznym i uczestnikami programu będzie odpowiedzialny wyznaczony pracownik realizatora Programu.

Moduł 2 - Działania informacyjno-szkoleniowe dla personelu medycznego

Równoległe z interwencjami skierowanymi do uczniów, planowane są szkolenia dla lekarzy POZ i pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania (ok. 200 osób). Podczas szkoleń będą poruszane zagadnienia z zakresu przesiewowych badań w kierunku wykrywania wad postawy oraz realizacji dalszych badań diagnostycznych i rehabilitacji. Spotkania będą połączone z warsztatami praktycznymi dotyczącymi zwiększenia umiejętności indywidualnych poszczególnych uczestników i sprawdzenia wiedzy w praktyce. Prelegentami szkoleń będą lekarze specjaliści w dziedzinie rehabilitacji i ortopedii oraz fizjoterapeuci. Zakłada się, iż w okresie 3-letniej realizacji programu odbędzie się co najmniej 6 spotkań edukacyjnych 3-godzinnych (2 szkolenia na rok).

Moduł 3 - Kwalifikacja uczestników do Programu

Kwalifikacja dzieci do Programu będzie polegała na przyjęciu zgłaszających się uczniów V klas szkół podstawowych (5 235 dzieci) wraz z ich rodzicami/opiekunami, u których stwierdzono zniekształcenie kręgosłupa w wyniku wykonanych przed zgłoszeniem do Programu testów przesiewowych przez pielęgniarki i higienistki szkolne i lekarskich badań bilansowych w ramach świadczeń gwarantowanych lub badań lekarza w dziedzinie ortopedii. Badanie wstępne, kwalifikujące do Programu, przeprowadzi lekarz ortopeda lub lekarz rehabilitacji zatrudniony przez realizatora programu, na terenie szkoły podstawowej, w

siedzibie realizatora programu lub w podmiocie leczniczym współpracującym z realizatorem programu. Badanie kwalifikujące do programu będzie polegało na przeprowadzeniu analizy dostarczonej dokumentacji medycznej, wywiadu specjalistycznego i badania lekarskiego pod kątem weryfikacji wyników testów przesiewowych przeprowadzonych wcześniej w ramach świadczeń gwarantowanych. Kliniczna ocena występowania zniekształcenia kręgosłupa obejmie ocenę postawy ciała, ocenę rotacji w obrębie tułowia, aspekty estetyczne, ustawienia kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej, elastyczność i siłę kręgosłupa i stawów, rozbieżności w długości kończyn dolnych, równowagę i koordynację, w tym przewiduje się badanie skoliometrem Bunnella i wykonanie testu funkcjonalnego Adamsa, które pozwolą na stwierdzenie istniejących asymetrii kręgosłupa, krzywizn kręgosłupa, klatki piersiowej, ruchomości w obrębie odcinka lędźwiowego i piersiowego. Poza testem Adamsa mogą być wykonane dodatkowo inne testy manualne i odruchowe, pomiary i badania diagnostyczne oceniające symetrię ciała. Zakłada się, że do rehabilitacji zostanie zakwalifikowanych 80% (4 188) uczniów z grupy zgłaszających się do Programu, spełniających wszystkie kryteria włączenia, w tym potwierdzenie rozpoznania zniekształcenia kręgosłupa podczas badania wstępnego kwalifikującego do Programu.

W razie potrzeby, tylko w uzasadnionych przypadkach, w celu potwierdzenia diagnozy może być wykonane badanie radiologiczne, które umożliwi określenie wieku kostnego i kąta skrzywienia wg skali Cobba oraz obecność innych nieprawidłowości w obrębie tkanki kostnej. Przewiduje się możliwość wykonania Rtg kręgosłupa dla 12% (503 osób) dzieci zakwalifikowanych do rehabilitacji.

Wyniki badania lekarz specjalista opíše w *Karcie badania postawy ciała dziecka*, określi nieprawidłowości postawy ciała, rodzaj zniekształcenia kręgosłupa oraz ustali odpowiedni plan działań terapeutycznych. Przykład Karty znajduje się w załączniku nr 1 do Programu.

W przypadku wykrycia wad postawy wymagających interwencji chirurgicznej rodzice/opiekunowie zostaną poinformowani o tym fakcie i uzyskają wiedzę dotyczącą miejsc oraz form dostępnej pomocy medycznej w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych.

Moduł 4 – Działania informacyjno-edukacyjne dla uczniów i ich rodziców/opiekunów

W ramach działań informacyjno-edukacyjnych zostaną przeprowadzone spotkania dla wszystkich uczniów V klas szkół podstawowych (5 235) i ich rodziców/opiekunów. Zajęcia edukacyjne dla dzieci odbędą się w dwóch formach: 1) 45-minutowe spotkania grupowe dla wszystkich uczniów V klas szkół podstawowych (5235) oraz 2) 30-minutowe indywidualne instruktaże i porady fizjoterapeutyczne dla dzieci zakwalifikowanych do rehabilitacji (4188), prowadzone przez fizjoterapeutę podczas realizowanych zajęć kinezyterapii.

Edukacja rodziców/opiekunów odbędzie się w szkołach podstawowych, które przystąpią do współpracy w ramach programu. W okresie 3-letniej realizacji Programu zakłada się przeprowadzenie 45-minutowych spotkań dla 210 grup/klas uczniów oraz 210 grup rodziców/opiekunów po ok. 25 osób w grupie.

Uczestnikom Programu zostaną przedstawione, w sposób dostosowany do grupy, informacje na temat charakteru choroby, objawów wad postawy, przebiegu, powikłań, potencjalnych konsekwencji braku leczenia i zalecanych działań terapeutycznych. Zostaną poruszone zagadnienia dotyczące profilaktyki wad postawy, znaczenia prozdrowotnego stylu życia, w tym aktywności fizycznej dla zachowania dobrego stanu zdrowia oraz uświadomienie konieczności wczesnej korekcji istniejących wad postawy.

Celem działań edukacyjnych będzie wzbudzenie u dzieci potrzeby prowadzenia takiego stylu życia, który zapewni prawidłowy rozwój postawy ciała, promowanie właściwych zachowań

prozdrowotnych oraz wpajanie prostych nawyków wśród dzieci, kształtowania odpowiednich pozycji ciała, np. przy stole/biurku, podczas zabawy, dostosowania sprzętów w domu i szkole do potrzeb i możliwości fizjologicznych kręgosłupa itp.

Uczniowie otrzymają wiedzę na temat prawidłowych zachowań w życiu codziennym, jak m.in. ograniczenie siedzącego trybu życia, utrwalanie nawyku utrzymywania prawidłowej postawy ciała, dbanie o higienę psychiczną, prowadzenie uregulowanego trybu życia oraz dbanie o utrzymanie dobrego ogólnego stanu zdrowia. Podczas zajęć indywidualnych, szczególna uwaga powinna zostać zwrócona na umiejętności praktyczne, takie jak unikanie ryzykownych zachowań i prawidłowe wykonywanie ćwiczeń korekcyjnych w warunkach domowych.

Spotkania edukacyjne mogą być prowadzone w formie wykładów, warsztatów, pogadarek i dyskusji. Forma ta powinna zostać dostosowana do wieku uczestników, mając na celu maksymalne zainteresowanie i zaktywizowanie grupy docelowej. Wybór odpowiedniej formy, czasu i miejsca realizacji tego etapu zależy od możliwości organizacyjnych, kadrowych i logistycznych beneficjenta. Zajęcia edukacyjne przeprowadzi personel medyczny: lekarz specjalista rehabilitacji lub ortopedii, fizjoterapeuta, pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania.

Na rozpoczęcie i zakończenie zajęć edukacyjnych każdy uczestnik wypełni kwestionariusz ankiety dotyczący posiadanej wiedzy przed i po zajęciach w celu oceny efektów edukacji zdrowotnej.

Moduł 5 - Działania terapeutyczne

Działania terapeutyczne będą obejmowały dzieci (4 188 osób) u których potwierdzono zniekształcenie kręgosłupa podczas badania wstępnego przeprowadzonego przez lekarza specjalistę podczas kwalifikacji do Programu. Zakres działań rehabilitacyjno-korekcyjnych będzie zależeć od rodzaju stwierdzonych nieprawidłowości, które będą warunkować dobór indywidualnego planu rehabilitacji i ćwiczeń korekcyjno-kompensacyjnych odpowiednio dostosowanych do rodzaju stwierdzonych potrzeb i możliwości dziecka.

Interwencja ma na celu przedstawienie właściwych form aktywności fizycznej, zajęć korekcyjnych, przeprowadzenie i zapoznanie uczestników z rodzajami ćwiczeń, które pozwolą na zatrzymanie postępu występujących wad postawy, oraz rozwinięcie potrzeby podejmowania aktywności fizycznej. Będą one realizowane poprzez umiejętny dobór ćwiczeń, umożliwiających poprawę lub zachowanie organizmu w dobrej kondycji fizycznej.

U dzieci z rozpoznaną skoliozą zostaną zastosowane Specyficzne Metody Fizjoterapeutyczne (10 indywidualnych sesji po 30 min.), które powinny uwzględniać indywidualne potrzeby uczestnika, skalę skoliozy, fazę leczenia, trójplaszczynową autokorekcję deformacji, trening w czynnościach dnia codziennego, stabilizację skorygowanej postawy ciała.

Dzieci z rozpoznaną kifozą i lordożą objęte zostaną ćwiczeniami korekcyjno-kompensacyjnymi (10 sesji w grupach ok. 10-osobowych po 60 min.), celem których będzie m.in. wzmocnienie mięśni osłabionych, rozciągnięcie przykurczonych mięśni, przyjmowanie i utrzymanie prawidłowej postawy. Zajęcia będą się odbywać, co najmniej 2 razy w tygodniu przez okres 3 miesięcy.

Prowadzący fizjoterapeuci wybiorą odpowiednie zestawy ćwiczeń, tak aby mogły być one realizowane zarówno na sali ćwiczeń, jak również kontynuowane w warunkach domowych.

Rekomendowane będą zajęcia posiadające ciekawą oprawę i charakter oraz będą dostosowane do potrzeb odbiorcy w danym wieku oraz jego poziomu sprawności. Aby wzmocnić atrakcyjność wyżej wymienionych zajęć, będą one mogły być realizowane

w miejscach ogólnodostępnych, szczególnie związanych z aktywnością fizyczną, np. w klubach sportowych, świetlicach i salach gimnastycznych.

W ramach Programu zaplanowano dofinansowanie kosztów zakupu skoliometrów, sprzętu rehabilitacyjnego, urządzeń i materiałów do ćwiczeń ruchowych w celu poprawienia standardu wyposażenia i warunków odbywanych zajęć rehabilitacyjnych (zestawy do ćwiczeń czynno-biernych, poduszki sensomotoryczne, materace, piłki do treningu, drążki gimnastyczne, wałki, taśmy itp.)

Moduł 6 - Badania końcowe

Na zakończenie zajęć korekcyjnych odbędą się badania lekarskie końcowe, oceniające efekty przeprowadzonych interwencji terapeutycznych dla 4 188 dzieci uczestników zajęć. Badania zostaną wykonane przez lekarza specjalistę w zakresie ortopedii lub rehabilitacji. Zadaniem lekarza będzie przeprowadzenie wywiadu specjalistycznego, wykonanie badania fizykalnego, pomiarów i testów funkcjonalnych, tych samych które były przeprowadzone podczas badania wstępnego podczas kwalifikacji do Programu. Wyniki badań lekarskich końcowych zostaną udokumentowane w tej samej *Karcie badania postawy ciała dziecka*, która była zastosowana przy badaniu wstępnym. Wszystkie osoby uczestniczące w Programie zostaną poproszone o wypełnienie kwestionariusza ankiety satysfakcji uczestnika, którego wzór znajduje się w załączniku nr 2 do Programu.

Dowody skuteczności planowanych działań

Skuteczne działania profilaktyczne powinny opierać się na systemowej współpracy osób odpowiedzialnych za wszechstronny rozwój dziecka: rodziców, pracowników oświaty i ochrony zdrowia. Szczególny wpływ na poprawę stanu zdrowia, zwiększenie sprawności fizycznej oraz rozwijanie zainteresowań dzieci ma zapewnienie im odpowiedniej aktywności fizycznej. Cel ten realizowany jest w szkole w formie zajęć z wychowania fizycznego, w których powinni uczestniczyć wszyscy uczniowie niezależnie od ich uzdolnień ruchowych. Program zajęć wychowania fizycznego powinien uwzględniać wiek uczniów, ich zainteresowania, bazę sportową szkoły oraz warunki klimatyczne. W przypadku dzieci młodszych aktywność fizyczna powinna być realizowana w formie gier i zabaw ogólnorozwojowych, natomiast w starszych klasach w formie zajęć rekreacyjno-sportowych⁴¹.

Według polskich rekomendacji profilaktykę wad postawy u dzieci realizować należy poprzez:

- 1) codzienną dbałość o utrzymanie prawidłowej postawy;
- 2) eliminację czynników stanowiących zagrożenie wystąpieniem wady;
- 3) zapewnienie dziecku odpowiedniej dla niego ilości ruchu, umożliwiającej wszechstronny i harmonijny rozwój fizyczny;
- 4) regularną kontrolę stanu zdrowia⁴².

Zgodnie z rekomendacjami działania w zakresie profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania powinny mieć na celu:

- 1) wspomaganie wszechstronnego i harmonijnego rozwoju psychofizycznego uczniów,
- 2) rozwijanie i doskonalenie sprawności ruchowej i tężyzny fizycznej uczniów,
- 3) wyrównywanie zaburzeń w rozwoju motorycznym,
- 4) rozwijanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych,

⁴¹ Górecki A. i in., *Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania*, Warszawa 2009.

⁴² Górecki A. i in., *Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania*, Warszawa 2009

- 5) zwiększenie świadomości zdrowotnej uczniów, rodziców/opiekunów i nauczycieli w zakresie wad postawy, ich przyczyn, skutków oraz roli profilaktyki,
- 6) kształtowanie nawyków prawidłowej postawy ciała u dzieci i młodzieży,
- 7) wczesne wykrywanie nieprawidłowości w zakresie postawy ciała,
- 8) zmniejszenie liczby dzieci i młodzieży z wadami postawy oraz ograniczenie ich następstw,
- 9) wdrożenie do rekreacji ruchowej z uwzględnieniem elementów zapobiegania wadom postawy oraz korekcji zaburzeń zagrażających lub istniejących u młodzieży.

Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej:

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy są silnie rekomendowane przez środowiska medyczne, zwłaszcza w populacji dzieci w wieku wczesnoszkolnym, kiedy to prawidłowy rozwój organizmu jest najintensywniejszy. Badania przesiewowe powinny stanowić uzupełnienie udzielanych aktualnie świadczeń gwarantowanych. Dodatkową wartość regionalnych programów zdrowotnych stanowi zapewnienie pogłębionej diagnostyki oraz ćwiczeń korekcyjnych i rehabilitacji. Powinny one być realizowane w miejscach łatwo dostępnych dla uczestników oraz w dogodnym dla nich czasie. Bardzo istotnym elementem jest również edukacja zdrowotna, która ma na celu uświadomienie dzieciom i rodzicom znaczenia aktywności ruchowej w kształtowaniu prawidłowej postawy oraz ryzyka związanego z nieprawidłowymi nawykami⁴³.

Spójność:

Niniejszy regionalny program polityki zdrowotnej dotyczy problemu, który nie jest objęty analogicznymi programami opracowywanymi, wdrażanymi, realizowanymi i finansowanymi przez NFZ oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, określonymi w art. 48 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Programy profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży wpisuje się w priorytet „*tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania*” wymieniony w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 217 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 469)*.

Program jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi finansowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Program uzupełnia deficytowy zakres świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci z nabytymi wadami postawy w ramach świadczeń gwarantowanych, spowodowany niewystarczającą dostępnością w związku z długim czasem oczekiwania, zarówno na poradę lekarza specjalisty, jak i na rehabilitację leczniczą. Ponadto w Programie przewidziano działania edukacyjne na temat profilaktyki wad postawy, co stanowi usługę ponadstandardową, wykraczającą poza zakres świadczeń gwarantowanych, stanowiąc z nimi logiczną całość.

III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu

Każdy uczestnik spełniający kryteria włączenia do programu będzie mógł nieodpłatnie skorzystać z pełnego cyklu działań terapeutycznych z zakresu wad postawy. Udział

⁴³ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 10/2017 z dnia 20 stycznia 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki wad postawy dla dzieci z klas I szkół podstawowych w latach 2016-2017” realizowany przez miasto Płock.

w programie będzie dobrowolny, a o włączeniu do niego będzie decydowała kolejność zgłoszeń (aż do osiągnięcia limitu osób ustalonego przez beneficjentów projektu).

Akcja ma charakter ciągły i będzie się odbywała w cyklu rocznym. Konkretny termin realizacji danego modułu merytorycznego będzie wynikał z kwestii organizacyjnych i zostanie ustalony przez beneficjentów. Działania takie znacząco wpłyną na frekwencję i umożliwią realizację założonych celów.

W następnych latach trwania programu będą do niego włączane kolejne roczniki kwalifikujące się do uczestnictwa.

Udzielanie świadczeń przez beneficjenta w ramach programu będzie uzupełniające i wykraczające poza świadczenia zdrowotne finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Uczestnicy programu rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach finansowania programu, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa w cyklu zajęć.

Oprócz powyższych zasad świadczenia w ramach programu będą spełniały następujące cechy:

- 1) Świadczenia w ramach Programu są udzielane uczestnikom Programu bezpłatnie.
- 2) Udział w Programie jest dobrowolny.
- 3) Działania Programu skierowane są również do rodziców/opiekunów uczniów uczestniczących w programie oraz personelu medycznego.
- 4) Świadczenia Programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa. Wyjątkiem są świadczenia udzielane poza pomieszczeniami beneficjenta, bądź przez niego wynajmowanymi.^{44 45}
- 5) Świadczeń w ramach Programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje.⁴⁶
- 6) Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie beneficjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.^{47 48}
- 7) Uczestnicy programu będą poinformowani o źródłach finansowania programu.
- 8) Uczestnicy będą włączani do Programu do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarowali beneficjenci.

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Kompletne uczestnictwo w programie polega na udziale w cyklu interwencji mających na celu wykrycie i ewentualną rehabilitację wad postawy. Rodzice/opiekunowie dzieci z populacji docelowej będą mogli skorzystać z pełnego cyklu działań edukacyjnych zaplanowanych w niniejszym programie polityki zdrowotnej. Rodzice/opiekunowie otrzymają zalecenia dalszego postępowania w zakresie zapobiegania wadom postawy u dzieci. W przypadku wykrycia wad postawy wymagających interwencji chirurgicznej rodzice/opiekunowie zostaną poinformowani o tym fakcie i uzyskają wiedzę dotyczącą miejsc oraz form dostępnej pomocy medycznej w ramach finansowania ze środków publicznych.

⁴⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

⁴⁵ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638).

⁴⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896.

⁴⁷ Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2016 r. poz. 922.

⁴⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2015 r., poz. 2069.

IV Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

Etapy realizacji Programu będą realizowane ściśle z przebiegiem interwencji i działań opisanych w rozdziale III.3. Planowane interwencje i następujących części składowych:

- 1) Realizatorzy Programu wyłonieni zostaną w procedurze konkursowej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 11 lipca 2014 roku o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 z późn. zm.).
- 2) Działania organizacyjno-administracyjne.
Realizator Programu uruchomi niezbędne prace wdrożeniowe, takie jak: zorganizowanie biura organizacyjno-koordynacyjnego, w tym: przygotowanie materiałów informacyjno-promocyjnych i szkoleniowych, ankiet satysfakcji... oraz niezbędnych dokumentów, przygotowanie narzędzi do pomiaru okresowych i końcowych efektów działań terapeutycznych w ramach programu na podstawie określonych mierników.
- 3) Działania informacyjno-promocyjne.
W ramach działań informacyjno-promocyjnych odbędzie się organizacja i realizacja kampanii informacyjnej, zaprojektowanie, przygotowanie ulotek i plakatów informacyjnych, przygotowanie sposobu rekrutacji i opracowanie materiałów do rekrutacji uczestników. Zostaną przeprowadzone działania informacyjne skierowane do dyrektorów szkół podstawowych, rodziców/opiekunów dzieci, pielęgniarek i higienistek szkolnych, kadry medycznej POZ oraz lekarzy ortopedów i rehabilitantów celem przedstawienia założeń Programu oraz zachęcenia do współpracy w realizacji Programu.
- 4) Działania informacyjno-szkoleniowe dla personelu medycznego.
Równoległe z badaniami wśród dzieci i młodzieży planowane są szkolenia dla personelu medycznego: lekarzy POZ, pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania oraz higienistek szkolnych (łącznie 200 osób). Podczas szkoleń będą poruszane zagadnienia z zakresu profilaktyki wad postawy, prowadzenia przesiewowych badań w kierunku wykrywania wad postawy oraz realizacji dalszych badań diagnostycznych i rehabilitacji. Spotkania będą połączone z warsztatami praktycznymi dotyczącymi zwiększenia umiejętności indywidualnych poszczególnych uczestników i sprawdzenia wiedzy w praktyce. Zakłada się, iż odbędzie się co najmniej 6 spotkań 3-godzinnych w czasie 3-tniego okresu realizacji programu (2 szkolenia na rok). Szkolenia przeprowadzą lekarze rehabilitacji, ortopedii i fizjoterapeuci. Przed szkoleniem i po jego zakończeniu uczestnicy wypełnią kwestionariusz ankiety dotyczącej poziomu wiedzy w zakresie treści objętych szkoleniem.
- 5) Kwalifikacja uczestników do Programu.
Kwalifikacja dzieci do programu będzie polegała na przyjęciu zgłaszających się dzieci wraz z ich rodzicami/opiekunami, u których w wyniku ostatnich testów przesiewowych wykonanych przez pielęgniarki i higienistki szkolne lub porady lekarza POZ w ramach świadczeń gwarantowanych albo w wyniku porady lekarza ortopedy stwierdzono zaburzenia narządu ruchu, w szczególności zniekształcenia kręgosłupa.
Badanie wstępne, weryfikujące wyniki, informacje zawarte w dostarczonej dokumentacji medycznej (skierowanie, zaświadczenie, wynik testu przesiewowego) przeprowadzi lekarz

ortopeda lub lekarz rehabilitacji zatrudniony przez realizatora programu, na terenie szkoły podstawowej, w siedzibie realizatora programu lub w podmiocie leczniczym współpracującym z realizatorem programu. Badanie wstępne, kwalifikujące do programu będzie polegało na przeprowadzeniu wywiadu specjalistycznego, badania fizykalnego, ocenie postawy ciała z wykorzystaniem uproszczonych badań ortopedycznych, badania skoliometrem i testów funkcjonalnych m.in. Adamsa oraz wykonaniu w razie potrzeby dodatkowych pomiarów i badań diagnostycznych. Lekarz specjalista sporządzi *Kartę badania postawy ciała dziecka*, w której określi rodzaj stwierdzonej wady postawy, ustali odpowiednie zalecenia do działań terapeutycznych, zgodnie z potrzebami i możliwościami dziecka.

6) Edukacja zdrowotna dzieci i rodziców/opiekunów dzieci.

W ramach działań informacyjno-edukacyjnych zostaną przeprowadzone spotkania dla wszystkich uczniów V klas szkół podstawowych (5 235) i ich rodziców/opiekunów. Zajęcia edukacyjne dla dzieci odbędą się w dwóch formach: 1) 45-minutowe spotkania grupowe dla wszystkich uczniów V klas szkół podstawowych (5 235) oraz 2) 30-minutowe indywidualne instruktaże i porady fizjoterapeutyczne dla dzieci zakwalifikowanych do rehabilitacji (4 188), prowadzone przez fizjoterapeutę podczas realizowanych zajęć kinezyterapii.

Edukacja rodziców/opiekunów odbędzie się w szkołach podstawowych, które przystąpią do współpracy w ramach programu. W okresie 3-letniej realizacji Programu zakłada się przeprowadzenie 45-minutowych spotkań dla 210 grup/klas uczniów oraz 210 grup rodziców/opiekunów po ok. 25 osób w grupie.

Działania z zakresu edukacji zdrowotnej mogą być prowadzone w formie wykładów, warsztatów, pogadanek i dyskusji. Wybór odpowiedniej formy, czasu i miejsca realizacji tego etapu zależy od możliwości organizacyjnych, kadrowych i logistycznych beneficjenta. Opis tematyki zajęć edukacyjnych znajduje się w rozdziale III.3. Prelegentami spotkań mogą być: lekarz rehabilitacji i ortopedii, fizjoterapeuta lub pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania. Cykl zajęć edukacyjnych będzie rozpoczęty i zakończony wypełnieniem kwestionariusza ankiety w zakresie poziomu posiadanej wiedzy, podsumowującego efekty edukacji zdrowotnej.

7) Działania terapeutyczne obejmą 4 188 uczniów V klas szkół podstawowych, u których potwierdzono wadę postawy podczas badania wstępnego lekarza specjalisty. Zakres działań rehabilitacyjno-korekcyjnych będzie zależeć od rodzaju stwierdzonych nieprawidłowości, które będą warunkować dobór odpowiedniego programu terapeutycznego. U dzieci z rozpoznaną skoliozą zostaną zastosowane Specyficzne Metody Fizjoterapeutyczne (10 indywidualnych sesji po 30 min.), uwzględniające indywidualne potrzeby uczestnika. Dzieci z rozpoznaną kifozą i lordożą objęte zostaną ćwiczeniami korekcyjno-kompensacyjnymi (10 sesji w grupach ok. 10-osobowych po 60 min.). Zajęcia będą się odbywać, co najmniej 2 razy w tygodniu przez okres 3 miesięcy. Zajęcia będą dostosowane do potrzeb, wieku i poziomu sprawności uczestnika. Aby wzmocnić atrakcyjność wyżej wymienionych zajęć, będą one mogły być realizowane w miejscach ogólnodostępnych, szczególnie związanych z aktywnością fizyczną, np. w klubach sportowych, świetlicach i salach gimnastycznych.

8) Badania końcowe po zakończeniu działań terapeutycznych w celu oceny efektów przeprowadzonych interwencji terapeutycznych przeprowadzi lekarz specjalista w zakresie ortopedii lub rehabilitacji. Elementami badania będzie wywiad specjalistyczny, badanie fizykalne i testy funkcjonalne, takie same jak przy kwalifikacji do Programu. Wyniki badań lekarskich na każdym etapie zostaną udokumentowane w Karcie badania

postawy ciała dziecka. Lekarz wyda zalecenia dalszego postępowania. Na zakończenie udziału we wszystkich interwencjach uczestnicy wypełnią kwestionariusz ankiety satysfakcji udziału w Programie.

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

Program będzie realizowany przez beneficjentów, którzy będą wyłonieni w drodze konkursu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zgodnie ustawą z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.⁴⁹

Wymagalnymi kryteriami wyboru realizatora programu będą m.in.: posiadane zdolności organizacyjne i doświadczenie w realizacji podobnych programów oraz zdolność do utworzenia partnerstwa z innymi podmiotami biorącymi udział w realizacji programu.

Wszystkie procedury przeprowadzi się z zachowaniem wszelkich warunków fachowych i sanitarnych określonych dla tych procedur medycznych, a wynikających z obowiązujących norm i przepisów prawa.^{50, 51} Realizator/realizatorzy programu zapewni/zapewnią wymaganą prawem kadrę oraz sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych świadczeń. Spotkania edukacyjne poprowadzi personel posiadający odpowiednie kwalifikacje (np.: studia z zakresu medycyny, pielęgniarstwa, zdrowia publicznego, rehabilitacji).⁵²

Warunki realizacji świadczeń zdrowotnych dotyczące personelu i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną będą zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz rehabilitacji leczniczej.

W programie zastosowane zostaną wyroby medyczne zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie RP, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe (m.in. Krajowe Towarzystwo Rehabilitacji). Dokumentacja medyczna powstająca w związku z prowadzeniem programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora Programu, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.^{53 54}

⁴⁹ Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020, Dz. U. z 2016 r., poz. 217

⁵⁰ Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, Dz. U. z 2019 r. poz. 175.

⁵¹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190.

⁵² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896.

⁵³ Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2018 r. poz. 1000.

⁵⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2015 r., poz. 2069.

V Monitorowanie i ewaluacja programu

V.1 Monitorowanie

Monitoring Programu w praktyce będzie polegał na analizie dwóch podstawowych zagadnień. Pierwsze z nich to zgłaszalność uczestników do programu stanowiąca podstawowe kryterium stałej oceny Programu. Ocena zgłaszalności do programu będzie kluczowym elementem bieżącego monitoringu przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby dzieci uczestniczących w Programie zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji będzie polegała na analizie raportów okresowych tworzonych w miesięcznych oraz rocznych interwałach czasowych. Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Zmiana ich liczby w trakcie poszczególnych lat trwania Programu, porównana z liczebnością populacji docelowej będzie użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych. Dodatkowo będzie to stanowiło odzwierciedlenie zmian w zakresie świadomości społeczeństwa. Ponadto, szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie. Zostaną wzięte pod uwagę i przeanalizowane przyczyny tego stanu. Wyciągnięte wnioski zostaną wykorzystane w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w ewentualnych kolejnych latach trwania programu.

Drugie zagadnienie to fachowa ocena jakości świadczeń realizowanych w Programie. Ocena jakości świadczeń zostanie dokonana przez koordynatora Programu. Jakość świadczeń będzie na bieżąco monitorowana za pomocą ankiety. Kwestionariusz zostanie udostępniony wszystkim rodzicom/opiekunom dzieci, którzy będą mogli go wypełnić i umieścić w specjalnie przygotowanej urnie. Ankieta będzie miała charakter anonimowy. Kwestionariusze będą okresowo zbierane i analizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski będą służyły do zwiększenia jakości prowadzonego programu i zwiększenia poziomu zadowolenia uczestników.

V.2 Ewaluacja

Ewaluacja przez Beneficjenta *zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej*, nastąpi bezpośrednio po zakończeniu realizacji Programu i dotyczyć będzie jego całości. Ewaluacja będzie analizą danych z Programu, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań/interwencji. Ewaluacja Programu i ocena efektywności programu będzie porównaniem stanu końcowego ze stanem wyjściowym w oparciu o wcześniej zdefiniowane mierniki efektywności programu. Głównym elementem tego procesu będzie analiza efektywności realizacji programu oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania będą miały charakter wybitnie długofalowy.

Podstawowe mierniki poddane analizie to:

- 1) Liczba dzieci ogółem, które przystąpiły do kwalifikacji w programie.
- 2) Liczba dzieci ogółem zakwalifikowanych do programu, z określeniem rodzaju zniekształcenia kręgosłupa.

- 3) Liczba dzieci, które nie zostały objęte programem ze wskazaniem przyczyn.
- 4) Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanych.
- 5) Liczba dzieci, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji z określeniem przyczyn.
- 6) Odsetek uczniów, które ukończyły pełny cykl zajęć korekcyjnych.
- 7) Liczba dzieci włączonych do programu, u których w wyniku działań korekcyjnych nastąpiła redukcja skrzywienia kręgosłupa.
- 8) Odsetek dzieci u których zastosowane działania korekcyjne zahamowały rozwój zniekształcenia kręgosłupa (badania i testy przed i po działaniach korekcyjnych).
- 9) Liczba dzieci ogółem uczestniczących w edukacji zdrowotnej na temat profilaktyki wad postawy.
- 10) Odsetek uczniów, którzy deklarują pozytywne zachowania zdrowotne i samodzielne wykonywanie ćwiczeń ruchowych w codziennym życiu (kwestionariusz ankiety przed i po udziale w zajęciach korekcyjnych i edukacyjnych).
- 11) Odsetek dzieci, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wad postawy i wykształcenie nawyku prawidłowej postawy ciała (kwestionariusz ankiety przed i po interwencjach terapeutyczno-edukacyjnych).
- 12) Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w edukacji zdrowotnej dotyczącej profilaktyki wad postawy.
- 13) Odsetek rodziców/opiekunów uczestniczących w edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy na temat profilaktyki wad postawy (kwestionariusz ankiety przed i po edukacji).
- 14) Liczba pracowników medycznych uczestniczących w szkoleniach na temat profilaktyki wad postawy u dzieci.
- 15) Odsetek pracowników medycznych uczestniczących w szkoleniach, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wad postawy, w tym wykrywania zaburzeń układu ruchu (kwestionariusz ankiety przed i po edukacji).

Ewaluację Programu równocześnie przeprowadza na poziomie regionalnym, IZ - Instytucja Zarządzająca RPO WZ 2014-2020 lub wskazana przez IZ RPO, właściwa IP - Instytucja Pośrednicząca, w tym przypadku Wojewódzki Urząd Pracy w Szczecinie. Ewaluacja ta może być finansowana z Pomocy Technicznej RPO, zgodnie z Planem Ewaluacji RPO. Ewaluacja IZ RPO winna korzystać z danych gromadzonych w trakcie realizacji RPZ (w tym od Beneficjenta) i mieć wymiar jakościowy i ilościowy.

VI Budżet programu

VI.1 Koszty całkowite

Regionalny Program Zdrowotny Województwa Zachodniopomorskiego – Profilaktyka wad postawy wśród uczniów szkół podstawowych na lata 2020-2022 będzie realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014–2020, na który zaplanowano kwotę **8 891 014 zł**.

Podział kosztów na elementy składowe w ramach programu.

Rodzaje kosztów	koszty w zł
1) Działania informacyjno-promocyjne	89 000 zł
2) Szkolenia dla personelu medycznego	30 000 zł
3) Działania informacyjno-edukacyjne dla dzieci i rodziców	755 040 zł
4) Kwalifikacja uczestników i badania wstępne	1 160 940 zł
5) Działania terapeutyczne	4 791 360 zł
6) Badania końcowe	502 560 zł
7) Zakup sprzętu	628 200 zł
8) Monitorowanie Programu	125 640 zł
KOSZY BEZPOŚREDNIE	8 082 740 zł
9) Koszty pośrednie – do 10% kosztów bezpośrednich	808 274 zł
KOSZY CAŁKOWITE	8 891 014 zł

VI.2 Koszty jednostkowe

1) Działania informacyjno-promocyjne: 89 000 zł

Wydatki obejmą organizację kampanii informacyjnej, koszty korespondencji do 555 szkół podstawowych i 408 podmiotów POZ, ogłoszeń, zaprojektowanie i opracowanie informacji, przygotowanie ulotek i plakatów informacyjnych, przygotowanie i opracowanie sposobu i materiałów do rekrutacji uczestników, wydruk materiałów informacyjnych, prowadzenie strony internetowej, przygotowanie filmów na portal YouTube.

Szacunkowe koszty planowanych działań informacyjno-promocyjnych:

Koszty wysyłki informacji do POZ i szkół: 1000 x 100 zł = 10 000 zł

Projektowanie i opracowanie materiałów informacyjno-promocyjnych i edukacyjnych: 3 lata x 10 000 zł = 30 000 zł

Wydruk materiałów informacyjno-promocyjnych i edukacyjnych: 3 lata x 3 000 zł = 9 000 zł

Prowadzenie strony internetowej: 3 lata x 5 000 zł = 15 000 zł

Filmy informacyjno-edukacyjne: 5 filmów x 5 000 zł = 25 000 zł

2) Szkolenia dla personelu medycznego: 30 000 zł

Szkolenia są planowane dla personelu medycznego: pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania, higienistek szkolnych i lekarzy POZ w liczbie łącznej ok. 200 osób. Podczas 3-godzinnych szkoleń będą poruszane zagadnienia z zakresu przesiewowych badań w kierunku wykrywania wad postawy oraz realizacji dalszych badań i rehabilitacji. Spotkania będą połączone z warsztatami praktycznymi dotyczącymi zwiększenia umiejętności

indywidualnych poszczególnych uczestników i sprawdzenia wiedzy w praktyce. Zakłada się, iż odbędzie się co najmniej 6 spotkań edukacyjnych w czasie 3-letniego okresu realizacji Programu.

Koszty organizacji jednego spotkania szkoleniowego dla personelu medycznego zostały oszacowane na około 150 zł na 1 uczestnika (prelegenci, materiały szkoleniowe, wynajęcie sali), 6 szkoleń x 5 000 zł = 30 000 zł.

3) Działania informacyjno-edukacyjne dla dzieci i rodziców: 755 040 zł

W ramach działań informacyjno-edukacyjnych zostaną przeprowadzone indywidualne instruktaże/porady fizjoterapeutyczne dla dzieci podczas realizowanych zajęć kinezyterapii (4 188 osób) oraz 45-minutowe spotkania grupowe dla wszystkich uczniów V klas szkół podstawowych uczniów (5 235 osób) i ich rodziców/opiekunów (5 235 osób) po ok. 25 osób w grupie.

Koszty szacunkowe:

Instruktaż/porada fizjoterapeutyczna: 4 188 dzieci x 80 zł = 335 040 zł

Spotkania grupowe uczniów: 210 grup x 1 000 zł = 210 000 zł

Spotkania grupowe rodziców/opiekunów: 210 grup x 1 000 zł = 210 000 zł

4) Kwalifikacja uczestników i badania wstępne: 1 160 940 zł

Koszty procesu kwalifikacyjnego do programu obejmą: analizę dokumentacji medycznej, przeprowadzenie wywiadu specjalistycznego, badań i pomiarów, ustalenie stopnia i rodzaju zniekształcenia kręgosłupa, sporządzenie planu działań korekcyjnych i karty badań oraz rozmowę podsumowującą z rodzicem/opiekunem.

Zakłada się przeprowadzenie procesu kwalifikacyjnego dla około 10% (5 235) dzieci z populacji uczniów V klas szkół podstawowych (52 350 dzieci), z czego 80% z nich (4 188) z potwierdzonym zniekształceniem kręgosłupa zostanie zakwalifikowanych do rehabilitacji, a dla 12 % (503 dzieci) z grupy zakwalifikowanej przewidziane jest dodatkowo (wyłącznie w razie uzasadnionej potrzeby) badanie Rtg kręgosłupa.

Szacunkowe koszty procesu kwalifikacyjnego:

Badania wstępna: 5 235 dzieci x 120 zł = 628 200 zł

Badania pogłębione (w tym sporządzenie karty badań i planu działań korekcyjnych):

4 188 dzieci x 120 zł = 502 560 zł

Badanie Rtg kręgosłupa: 503 x 60 zł = 30 180 zł

5) Działania terapeutyczne: 4 791 360 zł

Założono, że odbędą się co najmniej 22 spotkania dla każdego uczestnika Programu. Składnikami kosztu interwencji terapeutycznej będą 10 sesji indywidualnej kinezyterapii (30-minutowych) dla każdego uczestnika (4 188 dzieci) oraz 12 sesji ćwiczeń ruchowych w 10-osobowych grupach (60-minutowych).

Biorąc pod uwagę wymienione dane, szacuje się następujące koszty:

Kinezyterapia indywidualna: 4 188 dzieci x 10 sesji x 100 zł = 4 188 000 zł

Ćwiczenia grupowe: 419 grup x 12 sesji x 120 zł = 603 360 zł

6) Badania końcowe: 502 560 zł

Koszty obejmą przeprowadzenie badania lekarskiego końcowego na zakończenie zajęć rehabilitacyjnych, pomiar końcowych efektów działań terapeutycznych na podstawie

określonych mierników i testów, uzupełnienie karty badań oraz odbycie spotkania podsumowującego z rodzicem/opiekunem i wydanie zaleceń. Koszt jednego spotkania szacuje się na 120 zł. Koszty łączne badań końcowych: 4 188 dzieci x 120 zł = 502 560 zł.

7) Zakup sprzętu: 628 200 zł

W ramach programu przewidziano zakup skoliometrów, sprzętu rehabilitacyjnego, sprzętu do ćwiczeń, materiałów i urządzeń sportowych na potrzeby prowadzenia rehabilitacji, zajęć korekcyjnych i ruchowych o wartości ok. 150 zł x 4188 dzieci = 628 200 zł.

8) Monitorowanie Programu: 125 640 zł

Koszty monitorowanie jakości i celowości podejmowanych działań obejmą analizę i ocenę takich elementów, jak: zgłaszalność do Programu, uczestnictwo w zajęciach, przyczyny nieobecności i rezygnacji z udziału w Programie, podsumowanie oceny stanu zdrowotnego uczestników rehabilitacji, analiza ankiet oceny wiedzy przed i po szkoleniach, ankiet satysfakcji pacjenta z udziału w Programie oraz sporządzane okresowych i końcowych raporty oraz przeprowadzenie ewaluacji bezpośrednio po zakończeniu realizacji programu. Koszty oszacowano w wysokości ok. 30 zł na uczestnika, tj. 4 188 x 30 zł = 125 640 zł.

9) Koszty pośrednie

Mając na uwadze całkowity budżet programu, koszty pośrednie niniejszego programu nie powinny przekroczyć 10% kosztów bezpośrednich programu, tj. 808 274 zł.

Wydatki obejmą następujące elementy: koszty działania biura realizatora programu, zarządzania, koordynacji i nadzoru realizacji programu, koszty personelu obsługowego, wynajem pomieszczeń. Ostatecznie koszty te zostaną określone zgodnie z wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach EFS.

Powyższe wyliczenia są symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od projektów, które otrzymają dofinansowanie w ramach konkursu. Poszczególne projekty mogą różnić się znacząco pod względem kosztów ich przeprowadzenia.

Istnieje możliwość sfinansowania innych rodzajów kosztów zgodnych z typem operacji wskazanych w SOOP RPO WZ 2014-2020, co może poszerzyć katalog wydatków w projekcie w stosunku do katalogu zapisanego w Programie.

Wydatki muszą być ponoszone na warunkach określonych w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020 oraz Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.

VI.3 Źródła finansowania

Program będzie finansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 zgodnie ze Szczegółowym Opisem Osi Priorytetowych RPO WZ 2014-2020 z udziałem:

- 1) 85% środków Europejskiego Funduszu Społecznego,
- 2) 10% środków z budżetu państwa,
- 3) 5% środków wkładu własnego beneficjenta.

VII Bibliografia

1. Gwizdała W., Grabarek E., Madej E. „Ocena postawy ciała dzieci szkół podstawowych i gimnazjów środowiska miejskiego i wiejskiego w świetle informacji z piśmiennictwa”, Kwart Ortop. 2013;
2. Kasperczyk T. Wady postawy ciała, diagnostyka i leczenie. Kraków: Wydawnictwo Kasper 2004.
3. Kocka K. i inni: „Najczęstsze problemy zdrowotne dzieci w wieku szkolnym – na przykładzie szkoły podstawowej i gimnazjum w Lublinie”, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2013, Tom 19, Nr 4,
4. Rosa K., Muszkiet R., Zukow W. i wsp. „Częstość występowania wad postawy u dzieci z klas I-III Szkoły Podstawowej”, J Health Sci. 2013;3(12)
5. Kocka K. i inni: „Najczęstsze problemy zdrowotne dzieci w wieku szkolnym – na przykładzie szkoły podstawowej i gimnazjum w Lublinie”, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2013, Tom 19, Nr 4,
6. Górecki A, Kiwerski J, Kowalski I, i wsp. Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania. Warszawa 2009
7. Motow-Czyż M., Orczyk A., Orczyk M., Postural defects correction in the process of physical education and sport, Physical Activity Review 2014
8. Skorupka E., Asienkiewicz R., Funkcja szkoły w zapobieganiu wad postawy ciała u dzieci, Rocznik Lubuski Tom 40, 2014
9. Górecki A. i in., Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania, Warszawa 2009
10. Hagner W., Bąk D., Hagner-Derengowska M., Zmiany w postawie ciała u dzieci w pierwszych trzech latach nauki szkolnej, Forum Medycyny Rodzinnej 2010, 4 (4): 287-290
11. Agencja Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji. Programy Polityki Zdrowotnej. <http://www.aotm.gov.pl/www/programy-polityki-zdrowotnej/> [dostęp: 10.12.2017]
12. Woynarowska B, Oblacińska A. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne. Studia BAS Nr 2(38) 2014,
13. Ostrenga W. Wady postawy u dzieci i młodzieży. Przyczyny powstawania i zapobieganie w domu i szkole. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014
14. Grivas TB, Vasiliadis E, Savvidou O et al. Geographic latitude and prevalence of adolescent idiopathic scoliosis. Stud Health Technol Inform. 2006;
15. Wrodzone wady rozwojowe w Polsce w latach 2005-2006, Dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych, Poznań 2010
16. Mazur J. (red.): Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015
17. Bank Danych Lokalnych [data dostępu: 30.10.2017 r.]
18. Urząd Statystyczny w Szczecinie. Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2015 rok, US w Szczecinie, Szczecin 2016
19. Ostrenga W. Wady postawy u dzieci i młodzieży. Przyczyny powstawania i zapobieganie w domu i szkole. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014
20. Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2016 r.
21. Mrozkowiak M., Zróżnicowanie występowania postaw prawidłowych, wadliwych i skolioz u dzieci i młodzieży w wieku 4 – 19 lat w wybranych regionach Polski, Uniwersytet Szczeciński, Polskie Towarzystwo Naukowe Kultury Fizycznej, Wydawnictwo Promocyjne „Albatros”, 2007, Szczecin,
22. Informacje o kampanii „Rodzina w Formie”, <http://www.rodzinawformie.pl/> [dostęp: 06.11 2017]
23. Górecki A. i in., *Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania*, Warszawa 2009.
24. Informatory statystyczne ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego, Urząd Statystyczny w Szczecinie: <http://www.szczecin.uw.gov.pl/?type=article&action=view&id=2524>
25. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 10/2017 z dnia 20 stycznia 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki wad postawy dla dzieci z klas I szkół podstawowych w latach 2016-2017” realizowany przez miasto Płock.
26. Opinia prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 143/2018 z dnia 20 lipca 2018 r.
27. Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020, Dz. U. z 2016 r., poz. 217.
28. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, Dz. U. z 2015 r. poz. 876.
29. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, Dz. U. z 2017 r. poz. 2217.

30. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2018 r. poz. 2190.
31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. z 2019 r., poz. 595.
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2015 r., poz. 2069.
33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896.
34. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2018 r. poz. 1000.
35. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2015 r., poz. 2069.
36. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 roku w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, Dz. U. 2009, nr 139, poz. 1133.
37. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2016 r., poz. 86.
38. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 465.
39. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, Dz.U. z 2016 r. poz.1492.
40. Krajowe ramy strategiczne Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020:
http://www.zdrowie.gov.pl/uploads/pub/pages/page_846/text_images/Krajowe%20ramy%20strategiczne%20www.pdf
41. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018.
42. Wytoczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze ochrony zdrowia na lata 2014-2020: www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/75502/Wytoczne_zdrowie_zatwierdzone.pdf
43. Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa zachodniopomorskiego 2014-2020: <http://www.rpo.wzp.pl/o-programie/poznaj-program-regionalny-i-jego-zasady/szczegolowy-opis-osi-priorytetowych-programu-regionalnego>

VIII Załączniki

Załącznik nr 1

KARTA BADANIA POSTAWY CIAŁA DZIECKA

- ocena stanu zniekształcenia kręgosłupa -
(przykład)

- 1) Imię i Nazwisko nazwa szkoły
- 2) Płeć
- 3) Data urodzenia:
- 4) Wiek (lat):

	Badanie wstępne	Badanie końcowe
Data badania		
Wysokość ciała (cm)		
Masa ciała (kg)		
Ogólny opis postawy ciała w zakresie badanych segmentów ciała:		
- ustawienie głowy		
- ustawienie barków		
- ustawienie łopatek		
- ustawienie i kształt klatki piersiowej		
- ustawienie brzucha		
- ustawienie kolan		
- wysklepienie stopy		
- boczne skrzywienie kręgosłupa (skolioza)		
- ukształtowanie kifozy piersiowej		
- ukształtowanie lordozy lędźwiowej		
Zalecenia		

Uwagi:

.....
.....

Data, miejsce badania

Podpis i pieczęć lekarza

Podpis rodzica/opiekuna przyjmującego informację

Załącznik nr 2

**ANKIETA SATYSFAKCJI uczestnika Regionalnego Programu Zdrowotnego
Województwa Zachodniopomorskiego - Profilaktyka wad postawy wśród uczniów
szkół podstawowych na lata 2020-2022”**

(wzór)

I. Ocena sposobu umówienia terminu poszczególnych interwencji oferowanych w Programie

Jak oceniasz:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji					
uprzejmość osób rejestrujących					
dostępność rejestracji telefonicznej					

II. Ocena przebiegu badań lekarskich

Jak oceniasz:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość lekarza					
poszanowanie prywatności podczas wizyty					
staranność i dokładność wykonywania badania					
sposób przekazywania informacji					

III. Ocena świadczeń fizjoterapeutycznych

Jak oceniasz:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość fizjoterapeutów					
poszanowanie prywatności podczas porad i zabiegów					
staranność i dokładność wykonywania zabiegów					
sposób przekazywania informacji nt. sposobów rehabilitacji					

IV. Ocena warunków panujących w miejscu realizacji Programu

Jak oceniasz:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w pomieszczeniach					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)					
dostęp i czystość w toaletach					
wyposażenie gabinetów badań					
wyposażenie sal fizjoterapeutycznych					

V. Ogólna ocena zadowolenia z Programu

Jak oceniasz:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
udział w Programie					

VI. Dodatkowe uwagi/opinie:

--