

Projekt

z dnia 5 grudnia 2024 r.

Zatwierdzony przez

UCHWAŁA NR

RADY MIASTA ELKU

z dnia 2 grudnia 2024 r.

w sprawie programu polityki zdrowotnej

Na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, 858 i 1222) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji „Program polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki nadwagi i otyłości oraz wad postawy wśród dzieci klas III szkół podstawowych w mieście Elk na lata 2024-2028”, stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

AKCEPTUJĘ

.....

data, oznaczenie oraz podpis osoby
zatwierdzającej program polityki
zdrowotnej do realizacji oraz wskazanie
podstawy akceptacji, jeżeli dotyczy



Urząd Miasta Elku

**„Program polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki nadwagi i otyłości oraz
wad postawy wśród dzieci klas III szkół podstawowych
w mieście Elk na lata 2024-2028”**

2024-2028

Elk, 2024 r.

1. Okres realizacji Programu: lata 2024-2028.

Program Polityki Zdrowotnej zaplanowano na okres ok. 38 miesięcy realizacji od momentu wyboru Realizatora. Po ukończonym okresie realizacji możliwa jest kontynuacja Programu Polityki Zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki nadwagi i otyłości oraz wad postawy wśród dzieci klas III szkół podstawowych w mieście Ełku na lata 2024-2028”.

2. Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146).

3. Dane kontaktowe:

URZĄD MIASTA

19-300 Ełk

ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 4

tel. 87- 73 260 00

e-mail: um@um.elk.pl

strona internetowa: www.elk.pl

4. Autorzy Programu:

Program opracowany na zlecenie Urzędu Miasta Ełku przez dr n. o zdr. Katarzynę Cwalina

Spis treści

I.	Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1.	Opis problemu zdrowotnego	4
2.	Dane epidemiologiczne	11
3.	Opis obecnego postępowania, ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	16
4.	Zgodność z innymi dokumentami	18
II.	Cele programu polityki zdrowotnej.....	20
1.	Cel główny	20
2.	Cele szczegółowe	20
III.	Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	21
IV.	Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	23
1.	Populacja docelowa.....	23
1.1.	Populacja docelowa możliwa do włączenia do programu.....	27
V.	Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	27
VI.	Planowane interwencje.....	28
1.	Interwencja 1: EDUKACJA.....	29
	Działanie 1: Edukacja rodziców dzieci klas III szkoły podstawowej w zakresie nadwagi i otyłości oraz wad postawy wśród dzieci.	29
	Działanie 2: Edukacja dzieci z klas III szkoły podstawowej	31
	Działanie 3: Edukacja pielęgniarek i higienistek szkolnych	33
2.	Interwencja 2: AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA.....	39
	Działanie 1: Aktywność fizyczna – zajęcia ruchowe.	39
	Działanie 2: Aktywność fizyczna skierowana do dzieci z nadwagą lub otyłością.....	45
	Działanie 3: Fizjoterapia skierowana do dzieci ze stwierdzoną skoliozą	49

3.	Interwencja 3: WSPARCIE SPECJALISTÓW	54
	Działanie 1: Konsultacje dietetyczne	54
	Działanie 2: Wsparcie psychologiczne.....	57
4.	Interwencja 4: Warsztaty edukacyjno-sportowe (półkolonie).....	62
VII.	Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej.	67
VIII.	Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	68
IX.	Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	69
X.	Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	73
XI.	Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	73
	1. Monitorowanie	74
	2. Ewaluacja	75
XII.	Budżet programu polityki zdrowotnej.....	76
	1. Koszty jednostkowe w całym okresie realizacji PPZ.....	76
	2. Koszty całkowite	77
	3. Źródła finansowania.....	80
XIII.	Bibliografia.....	80

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Opis problemu zdrowotnego – nadwaga i otyłość.

Zarówno nadwaga, jak i otyłość to stan, w którym w organizmie dochodzi do zmagazynowania nadmiaru tkanki tłuszczowej, co przekłada się na zwiększoną masę ciała, a w konsekwencji powoduje zaburzenia czynności organizmu, problemy psychologiczne i społeczne. Konsekwencją tego jest zwiększenie ryzyka zachorowalności i skrócenie oczekiwanej długości życia.¹

Najpowszechniej stosowanym w codziennej pracy lekarskiej i badaniach populacyjnych do oceny stanu odżywienia wykorzystywany jest tzw. wskaźnik BMI (Body Mass Index), który jest stosunkiem aktualnej masy ciała do wzrostu. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) u osób dorosłych otyłość rozpoznajemy przy wartości BMI $\geq 30,0$ kg/m² (tab. 1).²

Tabela 1 Klasyfikacja nadwagi i otyłości według Światowej Organizacji Zdrowia

BMI (kg/m ²)	Klasyfikacja WHO
< 18,5	niedowaga
18,5-24,9	norma
25,0-29,9	nadwaga
30,0-34,9	otyłość I°
35,0-39,9	otyłość II°
$\geq 40,0$	otyłość III° (olbrzymia)

Źródło: opracowanie własne

W odniesieniu do populacji dzieci BMI oblicza się w taki sam sposób jak u dorosłych, różnica polega na interpretacji wyniku, ponieważ normy określone zostały w siatkach centylowych, które w Polsce, zostały opracowane na podstawie badań OLA i OLAF

¹ I. Pawluk, P. Gosa, M. Jodkiewicz, M. Kaczorek, P. Nagel, S. Pacyna, A. Wedziuk-Reszka, K. Wolnicka, Nadwaga i otyłość małymi krokami do zdrowia, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy

² M. Wąsowski, M. Walicka, E. Marcinowska-Suchowierska, Otyłość – definicja, epidemiologia, patogeneza, Postępy Nauk Medycznych 4/2013

prowadzonych w latach 2007-2012. Wynik BMI dzieci odczytuje się, odnosząc go do średnich wieku i płci dziecka na siatkach centylowych. Siatki pokazują punkty odcięcia dla nadwagi i otyłości dzieci.³ Nadwagę stwierdza się, gdy BMI mieści się w zakresie 90-97. centyla w odniesieniu do płci i wieku, a otyłość, gdy BMI jest > 97. centyla w odniesieniu do płci i wieku.⁴

Klasyfikacja otyłości:

1. uwzględniając etiopatogenezę:

- otyłość wtórna (przyczyną mogą być zespoły uwarunkowane genetycznie, choroby ogólnoustrojowe, zaburzenia hormonalne, a także niektóre leki np. przeciwpadaczkowe, psychotropowe, hormony kory nadnerczy),
- otyłość pierwotna zwana również prostą, samoistną (występuje częściej stanowiąc prawie 90% otyłości, będąca wynikiem nadmiernego w stosunku do zapotrzebowania dostarczania organizmowi energii w pożywieniu),

2. uwzględniając pomiary antropometryczne:

- typ brzuszny tzw. androidalny, centralny, „jabłko” (tkanka tłuszczowa zgromadzona jest wewnątrz jamy brzusznej, co w tym typie otyłości występuje większe ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych i rozwoju zespołu metabolicznego.
- typ pośladkowo-udowy tzw. gynoidalny, obwodowy, „gruszka” (tkanka tłuszczowa zgromadzona jest w obszarze udowo-pośladkowym).⁵

Wyróżnia się następujące przyczyny otyłości:

- styl życia (żywienie: nadmiar dostarczanych kalorii, nieprawidłowy skład diety zawierający nasycone kwasy tłuszczowe, węglowodany proste, nieodpowiednio komponowane posiłki, brak regularności spożywania posiłków, niska jakość diety; aktywność fizyczna: siedzący tryb życia, mało aktywne spędzanie wolnego czasu, nieodpowiednia ilość i jakość snu),
- czynniki psychologiczne (jedzenie pod wpływem stresu, zaburzenia odżywiania, mała uważność w jedzeniu),
- środowisko (rozwój cywilizacji wpływ najbliższego otoczenia dostęp do opieki zdrowotnej dostęp do edukacji żywieniowej),
- czynniki genetyczne (mutacje genetyczne).⁶

³ <https://centrumrespo.pl/dzieci/kalkulator-bmi-dla-dzieci-sprawdz-wskaznik-masy-ciala-swojego-dziecka/>

⁴ <https://przegladpediatryczny.pl/a1352/Otylosc-u-dzieci-.html>

⁵ Krzesiek Elżbieta: Otyłość u dzieci. Problem zdrowotny XXI wieku, In: Dieta w chorobach przewodu pokarmowego u dzieci / Krzesiek Elżbieta (eds.), 2018, Wrocławskie Wydawnictwo Naukowe Atla 2, ISBN 978-83-65071-35-4, pp. 53- 64

⁶ Pawluk, P. Gosa, M. Jodkiewicz, M. Kaczorek, P. Nagel, S. Pacyna, A. Wedziuk-Reszka, K. Wolnicka, Nadwaga i otyłość małymi krokami do zdrowia, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy

Czynniki ryzyka otyłości z uwzględnieniem okresów rozwoju/życia:

1. okres prenatalny i okołoporodowy (mała masa urodzeniowa, duży przyrost masy ciała u matki w czasie ciąży, nadwaga lub otyłość przed zajściem w ciążę, która powoduje, że ciąża zaliczana jest do grupy ciąż wysokiego ryzyka, duża masa urodzeniowa matki, palenie papierosów przez matkę, antybiotykoterapia u matki w II lub III trymestrze ciąży, cukrzyca ciążowa u matki, duża masa urodzeniowa, poród przez cięcie cesarskie),
2. okres niemowlęcy i wczesnego dzieciństwa (stosowanie antybiotykoterapii w pierwszych dwóch latach życia powodujące zaburzenie mikrobioty jelitowej, niekarmienie piersią - wyniki wielu badań dowodzą, że karmienie piersią odgrywa ważną rolę w „zaprogramowaniu” nie tylko układu odpornościowego dziecka, ale także jego metabolizmu na całe życie, wyłączenie karmienia piersią przez pierwszych 6 miesięcy życia odgrywa ważną rolę w ochronie przed nadmiernym przyrostem masy ciała, krótki sen dziecka w okresie niemowlęcym poniżej 12 godzin, szybki przyrost masy ciała – powyżej 9 kg w pierwszych 2 latach życia);
3. okres przedszkolny i szkolny (otyłość rodziców - ryzyko wystąpienia otyłości u dziecka wynosi ok. 70%, niski poziom wykształcenia, nieregularność spożywania głównych posiłków dieta wysokokaloryczna bogata w tłuszcze i cukry proste, napoje słodzone, rzadkie jedzenie wspólnie z rodzicami, mała aktywność fizyczna, spożywanie kalorycznych przekąsek, w tym słodczy, krótki sen).
4. okres dorosłości (nadwaga lub otyłość w dzieciństwie, nadwaga w życiu dorosłym, zaprzestanie palenia, spożywanie alkoholu w nadmiernej ilości, nieprawidłowy tryb życia w zakresie diety, aktywność fizyczna, niewystarczająca ilość snu).^{7,8}

Otyłość u dzieci może prowadzić do szerokiej gamy problemów zdrowotnych i społecznych, krótkim i długim czasie. Nadmiar tkanki tłuszczowej może zwiększyć ryzyko: nadciśnienia i wysokiego poziomu cholesterolu, zaliczanych do czynników ryzyka chorób serca, rozwoju cukrzycy typu II u dzieci, wystąpienia problemów z układem mięśniowo-szkieletowym np. bólu stawów, stłuszczenia wątroby, chorób układu oddechowego, zaburzeń w prawidłowym funkcjonowaniu hormonów, prowadząc do problemów z okresem dojrzewania i wzrostem. Ponadto Problemy z wagą często prowadzą do niskiej samooceny i braku pewności siebie. Otyłość wiąże się z problemami emocjonalnymi, takimi jak depresja czy lęki. Dzieci z nadwagą są notorycznie narażone na drwiny i prześladowania, co prowadzi do izolacji

⁷ Krzesiek Elżbieta: Otyłość u dzieci. Problem zdrowotny XXI wieku, In: Dieta w chorobach przewodu pokarmowego u dzieci / Krzesiek Elżbieta (eds.), 2018, Wrocławskie Wydawnictwo Naukowe Atla 2, ISBN 978-83-65071-35-4, pp. 53-64

⁸ Dr n. med. Alicja Karney Dr hab. n. med. Anna Oblacińska Dr n. reh. Lesław Kluba Mgr Dorota Świątkowska, Otyłość u dzieci i młodzieży. Poradnik dla rodziców dzieci w wieku od 4 do 18 lat, Instytut Matki i Dziecka Fundacja, ISBN: 978-83-88767-70-8

społecznej. Problemy zdrowotne i emocjonalne mogą wpłynąć na koncentrację i obniżyć wyniki w nauce. Nadwaga może ograniczać zdolność dziecka do udziału w różnego rodzaju aktywnościach fizycznych.

Opis problemu zdrowotnego – wady postawy.

W literaturze dostępnych jest wiele definicji postawy ciała (np. według Zeyland-Malawka, T. Kasperczyka, W. Degi, T. Kotwicki). Przyjmuje się, że postawa ciała człowieka jest to sposób jego ukształtowania i położenia poszczególnych elementów względem siebie w pozycji pionowej, uzależniony od budowy i sprawności funkcjonalnej aparatu ruchu, a także wykształconego wcześniej nawyku postawy.⁹ W definicji postawy ciała uwzględnia się różne jej cechy, niemniej jednak należy pamiętać, że jest ona cechą indywidualną każdego człowieka, która w sposób naturalny ulega zmianie w czasie rozwoju osobniczego i stopniowego dojrzewania organizmu, ale również w ciągu dnia¹⁰.

Postawa człowieka zależy od czynników genetycznych, rasy, typu somatycznego, płci oraz wieku. Powinna ona być taka, aby zapewniać stabilność ciała i dużą wydolność statyczno-dynamiczną, stanowić dogodną pozycję wyjściową do wykonywania różnych ruchów, zapewniać ekonomię wydatku energetycznego, nie zaburzać czynności narządów wewnętrznych, a także spełniać wszelkie wymogi estetyczne i psychiczne. Należy pamiętać, że kryteria w wyznaczaniu prawidłowej postawy ciała powinny uwzględniać trzy płaszczyzny ciała strzałkową, czołową i poziomą. Prawidłowa postawa ciała powinna posiadać następujące cechy: proste, symetryczne ustawienie głowy, fizjologiczne ustawienie kręgosłupa zgodnie z prawidłowo przebiegającymi krzywiznami, takimi jak: lordoza szyjna, kifoza piersiowa, lordoza lędźwiowa; prawidłowo ukształtowana klatka piersiowa; miednica ustawiona bezpośrednio pod tułowiem bez pogłębienia do przodu lub do tyłu; proste ustawienie kończyn dolnych i prawidłowe wysklepienie stóp.¹¹

Okres przedszkolny cechuje się intensywnym rozwojem układu kostnego, mięśniowego i nerwowego, w którym dziecko buduje postawę ciała, nawyki, a także pamięć ruchową. W tym właśnie okresie organizm jest bardziej podatny na negatywne czynniki posturogenezy. Wśród przyczyn nieprawidłowej postawy ciała w wieku przedszkolnym wymienia się niski poziom aktywności fizycznej oraz sedenteryjny tryb życia.¹² Dalszy intensywny wzrost przypadający

⁹ K. Barczyk, T. Skolimowski, J. Anwajler, D. Chamela-Balińska, Kształtowanie się cech somatycznych i parametrów krzywizn przednio-tylnych kręgosłupa w poszczególnych typach postawy ciała dzieci w wieku 7 lat, *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja* Vol. 7, Nr 5, 2005,

¹⁰ W. Łubkowska, M. Szark-Eckardt, Korygowanie postawy ciała poprzez pływanie i ćwiczenia w wodzie, *Centrum Promocji i Reklamy Remedia*, Bydgoszcz 2015,

¹¹ <https://fizjoterapeuty.pl/fizjoterapia/prawidlowa-postawa-ciala.html>

¹² P. Brzeska, E. Sokołowska, M. Baumgart, Zmiany postawy ciała u dzieci w wieku przedszkolnym w ciągu roku, *Zeszyty naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, NR 771 Prace Instytutu Kultury Fizycznej*, nr 28 2012

na 6-7 rok życia, w którym za szybkim wzrostem kości nie nadąża aparat mięśniowy, powoduje zagrożenie dla prawidłowej postawy ciała. Jest to czas zmiany trybu życia z indywidualnie regulowanego przez dziecko ruchu w narzucony, kilkugodzinny tryb statyczny. Nowe warunki jakie pojawiają się wraz z obowiązkiem szkolnym tj. długie przebywanie w pozycji siedzącej w ławce, ciężki tornister, mogą spowodować zaburzenia w stabilizacji postawy, poprzez nierównomierne napięcia mięśni i więzadeł, co w konsekwencji prowadzi do przeciążeń i pogłębienia asymetrii narządu ruchu.¹³ Ponadto obecny rozwój techniki przyczynia się do ograniczenia wykorzystania aparatu ruchu, tworząc możliwości na spędzanie czasu wolnego prze telewizorem, komputerem, tabletem, smartfonem.

Wada postawy jest pojęciem złożonym, jednak przyjmuje się, że przez wadę postawy należy rozumieć zmiany w wyprostowanej pozycji ciała, różniące się w sposób zdecydowany od typowych, fizjologicznych ukształtowań w danej populacji, które wystąpiły w wyniku zmian patologicznych, mogących występować we wszystkich trzech płaszczyznach: strzałkowej, czołowej i horyzontalnej. Polegają one na zmianie kształtu kręgosłupa oraz odcinków kręgosłupa bezpośrednio z nim związanych.

Najczęściej spotykane nieprawidłowości w układzie ruchu wśród dzieci i młodzieży to:¹⁴

1. wady postawy:

- plecy okrągłe (łac. *dorsum rotundum*) wada polega na nadmiernym wygięciu kręgosłupa w odcinku piersiowym, może mieć charakter wrodzony lub nabyty. Wadzie może towarzyszyć spłaszczenie górnej części klatki piersiowej, a także zmniejszenie ruchomości stawów ramiennych i żeber, co może spowodować zmniejszenie pojemności życiowej płuc, a w niektórych przypadkach wadliwe usytuowanie narządów wewnętrznych (w tym serca). Wada ta zwiększa ryzyko chorób układu oddechowego, zaburzeń trawienia oraz dolegliwości ze strony gruczołów dokrewnych.¹⁵

- plecy wklęsłe (łac. *dorsum concavum*) to wada, w której obserwuje się pogłębienie lordozy w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. Charakterystyczne jest uwypuklenie brzucha oraz pośladków, a także przykurcz zgięciowy w stawach biodrowych i zwiększone przodopochylenie miednicy. Do objawy, które mogą towarzyszyć tejże wadzie zalicza się: ból krzyża, zaburzenia trawienia, zaburzenia krążenia w obrębie jamy brzusznej, zaparcia, uczucie

¹³ W. Hagner, D. Bąk, M. Hanger-Derengowska, Zmiany w postawie ciała u dzieci w pierwszych trzech latach nauki szkolnej, Forum Medycyny Rodzinnej 2010, tom 4, nr 4

¹⁴ R. Muchacka, M. Pyclik, Wady postawy u dzieci i młodzieży – charakterystyka i etiologia, Prace naukowe WSZiP Nr 37 (1)2016

¹⁵ <https://centrum.fizjoterapeuty.pl/fizjoterapia/plecy-okragle-przyczyny-i-leczenie/>

klucia w boku w okolicy śledziony, zaburzenia menstruacyjne u kobiet, białkomocz, zaburzenia pracy nerek, zwiększenie przodopochylenia miednicy.¹⁶

- plecy wklęsło – okrągłe (łac. dorsum rotundo-concavum) cechą tej wady jest pogłębienie fizjologicznych krzywizn kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej: kifozy piersiowej oraz lordozy lędźwiowej. W sylwetce osoby z plecami okrągło – wklęsłymi obserwujemy także wysunięcie głowy i barków ku przodowi, odstawanie łopatek, uwypuklenie brzucha oraz pośladków. Zmiany te powodują obniżenie sprawności statyczno–dynamicznej, ale także negatywnie oddziałują na narządy wewnętrzne. Inne objawy mogące wystąpić w skutek tej wady to: pośledzenie pracy narządów wewnętrznych, upośledzenie pracy przepony, zaburzenia krążenia, wysunięcie głowy i barków do przodu, rozsuniecie i odstawanie łopatek, zwiększenie przodopochylenia miednicy, uwypuklenie brzucha, wysunięcie pośladków do tyłu, zmniejszenie zakresu ruchomości stawów ramiennych.¹⁷

- plecy płaskie (łac. dorsum planum) naturalne krzywizny kręgosłupa spłaszczają się, co w konsekwencji powoduje znaczne ograniczenie funkcji amortyzacyjnej kręgosłupa, a to wywołuje nadmierne przeciążenie elementów amortyzujących, czyli tarcz międzykręgowych. Stan ten doprowadza do powstawania uszkodzeń i w konsekwencji zmian zwyrodnieniowych i przeciążeniowych. Plecy płaskie mogą też spowodować rotację kręgów, co jest jedną z częstszych przyczyn tworzenia się bocznego skrzywienia kręgosłupa, czyli skoliozy.¹⁸

- boczne skrzywienie kręgosłupa (łac. scoliosis)

Skolioza jest w powszechnym pojęciu bocznym skrzywieniem kręgosłupa. Deformacja ta ma charakter trójpłaszczyznowy. Oprócz skrzywienia „w bok” (w płaszczyźnie czołowej) dochodzi także do zaburzenia fizjologicznej kifozy piersiowej i lordozy lędźwiowej (płaszczyzna strzałkowa) oraz rotacji osiowej kręgów (płaszczyzna poprzeczna).¹⁹

Wyróżnić możemy: skrzywienia funkcjonalne i strukturalne. Skrzywienie funkcjonalne jest odwracalne i istnieje możliwość skorygowania czynnego, poprzez mięśnie kontrolujące postawę, lub biernego przez odpowiednią pozycję, usunięcie bólu wywołującego odruchowe skrzywienie. Skrzywienie strukturalne jest to trwała zmiana w budowie miednicy, tułowia, kręgosłupa, które powstaje wskutek nierównomiernego rozwoju somatycznego układu mięśni grzbietu.

Wyróżnia się następujące podziały skoliozy:

- ze względu na lokalizację: piersiowe, lędźwiowe, szyjne;

¹⁶ <https://fizjoterapeuty.pl/fizjoterapia/plecy-wklesle.html>

¹⁷ <https://fizjoplaner.pl/plecy-okraglo-wklesle.html>

¹⁸ <https://fizjo4life.pl/baza-wiedzy/plecy-plaskie>

¹⁹ <https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/012/292/original/75-79.pdf?1473161160>

- ze względu na liczbę łuków: jednołukowe, dwułukowe, wielołukowe;
- ze względu na stopień wyrównania się skrzywienia: wyrównane, niewyrównane;
- ze względu na korektywność skrzywienia - podział Wejsfloga: I stopień – wyrównujące się czynnie - całkowicie lub częściowo, II stopień – wyrównujące się biernie (ułożenie lub wyciąg) całkowicie lub częściowo, III stopień – nie wyrównujące się czynnie ani biernie, IV stopień – nie wyrównuje się czynnie ani biernie, a na radiogramie zmiany utrwalone.

Podział wg Grucy, wartość kąta skrzywienia wg Cobba:

- I stopień – do 30°,
- II stopień – od 30 do 60°,
- III stopień – od 60 do 90°,
- IV stopień – powyżej 90°. ²⁰

2. wady kończyn dolnych:

Deformacje kończyn dolnych w znaczny sposób pogarszają statykę ciała oraz zniekształcają postawę ciała. Konsekwencje wad kończyn dolnych są zwykle odległe i prowadzą do zmian w postawie całego ciała, mogą prowadzić do inwalidztwa trwałego lub czasowego. Jak większość wad postawy ciała mogą mieć charakter wrodzony lub nabyty. Nabyte powstają w wyniku asymetrii wyżej usytuowanych docinków tułowia, z powodu przeciążeń pracą statyczną bądź wskutek otyłości wśród dzieci i młodzieży. ²¹

Deformacje kończyn dolnych, które dają się wyrównać w początkowym stadium to:

- kolana koślawe (jest to obustronna wada kończyn dolnych charakteryzująca się przyśrodkowym ułożeniem kolan w kształcie litery X. Oś podudzia tworzy z osią uda kąt otwarty na zewnątrz. O koślawości mówimy wówczas, jeśli odległość między kostkami przyśrodkowymi jest większa niż 4-5 cm przy zwartych i wyprostowanych kolanach),
- kolana szpotawe (to stan, w którym odstęp między kolanami jest większy niż 4-5 cm, nogi przyjmują kształt litery O przy złączonych stopach. Najczęstszym powodem deformacji jest strukturalne zagięcie osi kości w okolicy stawu kolanowego),
- stopa płaska (wada odnosząca się do obniżenia łuków wysklepiających stopę. Główną jej przyczyną jest niewydolność mięśni w obrębie stopy i goleni tj. słabego aparatu więzadłowo-mięśniowego stóp), ²²

²⁰ https://poitr.pl/attachments/article/291/skoliozy_dostep_tylny.pdf

²¹ Karolina Rosa, Radosław Muszkieta, Walery Zukow, Marek Napierała, Mirosława Cieślicka, Częstość występowania wad postawy u dzieci z klas I-III Szkoły Podstawowej, Journal of Health Sciences. 2013;3(12):107-136.

²² <https://centrum.fizjoterapeuty.pl/schorzenia/plaskostopie/>

- stopa płasko-koślawą (stopa płasko-koślawą to wada nabyta, ale też fizjologiczny wariant stopy u dzieci do 3. roku życia. Wyróżnia się stopy wiotkie i rzadziej spotykane stopy płasko-koślawe sztywne. W pierwszym przypadku zniekształcenie widoczne jest w pozycji stojącej, natomiast w pozycji leżącej lub siedzącej łuk podłużny stopy jest prawidłowo wysklepiony, a stopa miękka, niebolesna i bez przykurczu ścięgna Achillesa. W zniekształceniu o typie stopy sztywnej odciążenie stopy nie zmienia jej płaskiego kształtu. Wśród cech stopy płasko-koślawej wymienia się m.in. spłaszczenie łuku podłużnego lub całkowite jego zniesienie, koślawe ustawienie pięty, szybkie męczenie się, bóle łydek i stóp w trakcie aktywności, ustępujące w spoczynku, bóle podszwowej części śródstopia i czasami ścięgna Achillesa.²³

- stopa wydrążona (stopa wydrążona to stan, w którym łuk stopy jest zbyt wysoki, co powoduje, że podeszwa stopy jest wklęsła. Osoby z tą przypadłością mają tendencję do chodzenia na palcach lub piętach, ponieważ ich podeszwy stóp nie dotykają ziemi w pełni. Stopa wydrążona może mieć różne stopnie nasilenia i może dotyczyć jednej lub obu stóp).²⁴

2. Dane epidemiologiczne

Sytuacja epidemiologiczna w zakresie nadwagi i otyłości

Otyłość dziecięca stała się globalną pandemią w krajach rozwiniętych, co prowadzi do wielu schorzeń, które przyczyniają się do zwiększonej zachorowalności i przedwczesnej umieralności.

Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży osiąga obecnie rozmiary ogólnoświatowej epidemii. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskaźniki nadwagi i otyłości w ostatnich trzech dekadach (lata 1990-2022) rosły na całym świecie. Ponad 390 milionów dzieci i młodzieży w wieku 5–19 lat miało nadwagę w 2022 r. Częstość występowania nadwagi (w tym otyłości) wśród dzieci i młodzieży w wieku 5–19 lat wzrosła z poziomu 8% w 1990 r. do 20% w 2022 r. Wzrost ten nastąpił podobnie zarówno wśród chłopców, jak i dziewcząt: w 2022 r. 19% dziewcząt i 21% chłopców miało nadwagę.²⁵

W populacji Unii Europejskiej (UE) w 2022 r. 14,8% osób w wieku 18 lat i starszych było otyłych (ze wskaźnikiem masy ciała równym lub większym niż 30), a kolejne 36,5% miało nadwagę (ze wskaźnikiem masy ciała między 25 a 30).²⁶ W krajach UE w 2018 r. prawie co

²³ <https://reha-kfz.pl/stopa-plasko-ko-slawa/>

²⁴ <https://bodymove.pl/stopa-wydrazona-jak-wplywa-na-zdrowie-stop-i-jak-jej-zapobiegac/>

²⁵ <https://www.who.int/>, dostęp dn. 11.08.2024 r.

²⁶ <https://ec.europa.eu>; “Sustainable development in the European Union : monitoring report on progress towards the SDGs in an EU context – 2024 edition”, dostęp dn. 11.08.2024 r.

piąty (19%) 15-latek miał nadwagę lub otyłością, w 2010 r. co szósty (16%). W krajach UE problem nadwagi i otyłości jest zróżnicowany, np. 3-krotnie częściej problem z nadwagą i otyłością występuje w populacji dzieci i młodzieży na Malcie niż w Holandii (odpowiednio 36% i 12%). We wszystkich krajach UE, z wyjątkiem Portugalii, nadwaga i otyłość występują częściej u chłopców (23% w grupie 15-latków i 15% w grupie 15-latek). W Polsce, Włoszech i Grecji nadwaga i otyłość wśród chłopców są ponad dwukrotnie częstsze niż wśród dziewcząt.²⁷

W Polsce sytuacja epidemiologiczna w zakresie nadwagi i otyłości dzieci i młodzieży zmienia się na przestrzeni lat. Zgodnie z badaniami przeprowadzanymi HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) i wstępnymi wynikami w 2018 r. nadwaga i otyłość występowały u 29,7% chłopców i 14,3% dziewcząt w wieku 11-15 lat. Odsetki te są wyższe o kilka procent w porównaniu do wyników edycji tego badania z 2014 r. Dokładny odsetek dzieci w wieku 11-12 z nadwagą i otyłością wynika z raportu HBSC, który był przeprowadzany w Polsce w roku szkolnym 2009/2010 według wartości referencyjnych OITF- w grupie wieku 11-12 – 18% ma nadwagę, a 3% ma otyłość. Rosnące zagrożenie tym problemem zdrowotnym w grupie dzieci i młodzieży potwierdzają także badania WHO (COSI – Childhood Obesity Surveillance Initiative), na podstawie których Polska pod względem nadwagi i otyłości wśród chłopców i dziewcząt zajmuje 8. miejsce wśród badanych krajów. Nadwagę (w tym otyłość) odnotowano u 32% polskich dzieci w wieku 8 lat. Ogółem nadmierną masę ciała miało 36% chłopców i 29 % dziewcząt. Pod względem nadmiernej masy ciała, wśród 33 badanych krajów, polscy chłopcy zajmują 6. miejsce, a dziewczęta 13.²⁸

W Polsce odsetek populacji w wieku 11, 13 i 15 lat z nadwagą i otyłością (według kryterium IOTF) wzrósł od 2014 t. o prawie 2 punkty procentowe (16,5% vs 14,8%). Wzrost był istotni większy u chłopców (3,4p.), niż u dziewcząt (0,4 p.).²⁹

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia w sierpniu 2023 r. zrealizowano 23 067 porad w POZ, podczas których rozpoznano otyłość (ICD-10 E66). Analizując dane dotyczące struktury porad w POZ według rozdziału przyczyn klasyfikowanej jako „Zaburzenia wydzielania zewnętrznego, stanu odżywiania i przemian metabolicznych” w sierpniu 2023 r. w grupie wiekowej <18 roku życia udzielono w POZ 21 263 porady (12 316 wśród chłopców, 8 947 wśród dziewcząt).

²⁷ OECD/Unia Europejska (2020), „Nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży”, w: Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paryż, <https://doi.org/10.1787/7402dbb2-en>.

²⁸ Report on the fifth round of data collection, 2018–2020: WHO Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI), 2018–2020 [Internet]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2022 [Dostęp: 10.11.2022]. Dostępny w: (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/363950>)

²⁹ <https://www.who.int/toolkits/child-growth-standards/software>

Sytuacja zdrowotna w zakresie nadwagi i otyłości w województwie warmińsko-mazurskim na podstawie danych pochodzących ze sprawozdań statystycznych MZ-11 w 2018 r. wskazuje, iż problem otyłości (E65-E68) dotyczył 5 638 osób w wieku 0-18 lat, w tym w powiecie ełckim 362 osób (wsp. chorobowości wynosił odpowiednio: $244,5/10^3$, $205,2/10^3$). W grupie wieku 10-14 lat odpowiednio: 1 978 w województwie i 136 w powiecie. W województwie zdiagnozowano 878 nowych przypadków (wsp. zachorowalności $38/10^3$), w powiecie zaś 61 nowych przypadków (wsp. zachorowalności $34,5/10^3$).

Odsetek osób powyżej 15 roku życia woj. warmińsko-mazurskim, u których wartość wskaźnika BMI była wyższa niż 30 wynosił w 2019 r. 17,8% i był zbliżony do odsetka w Polsce, który wynosił 18,5%.³⁰ Według danych z map potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026 w województwie warmińsko-mazurskim wysokie BMI stanowiło w 2019 r. jedną z głównych grup czynników ryzyka wpływających na DALY (lata życia skorygowane niepełnosprawnością), jego wartość wynosiła 3,90 tys. populacji i była wyższa niż w 1990 r. (3,35 tys.).

W dokumencie pt. „Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. w części „Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa warmińsko-mazurskiego na podstawie danych za 2019 r.”, jako jedno z wyzwań w województwie wskazano niewystarczającą edukację i nieadekwatne programy zdrowotne. Zgodnie z rekomendacjami należy wzmacniać działania profilaktyczne, edukacyjne, które realizowane będą przez pielęgniarkę i lekarza POZ we współpracy z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania oraz należy dążyć do wzmacniania roli członków rodziny we wdrażaniu nawyków prozdrowotnych i promocji zdrowia.

Z uwagi na ograniczony dostęp do rutynowo gromadzonych danych na poziomie lokalnym, na potrzeby niniejszej analizy, na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 902), zwrócono się do podmiotów leczniczych (w liczbie 17) realizujących świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w Mieście Ełk, z zapytaniem dotyczącym liczby osób, u których w latach 2021-2023, w wyniku prowadzonych badań przesiewowych zdiagnozowano schorzenie Otyłość E65-E68 w podziale na grupy wieku 0-2, 3-4, 5-9, 10-14, 15-18 lat. Informacje we wnioskowanym zakresie uzyskano z trzech podmiotów leczniczych – w związku z czym, zebrane dane nie mogą być wykorzystane do opisu sytuacji epidemiologicznej.

³⁰ <https://profibaza.pzh.gov.pl>

Nazwa podmiotu leczniczego	Liczba zdiagnozowanych schorzeń Otyłość E65-E68 w grupie wieku 10-14 lat w latach 2021-2023
NZOZ PANMED	1
Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Lublinie, filia w Ełku	1
„Pro-Medica” w Ełku	0

Sytuacja epidemiologiczna w zakresie wad postawy

Wady postawy stanowią istotny problem zdrowotny dzieci i młodzieży.

Według danych Global Burden of Disease (GBD) z 2019 r. na świecie żyje około 1,71 miliarda ludzi z chorobami mięśniowo-szkieletowymi, w tym bólem w dolnej części pleców, bólem szyi, złamaniami, innymi urazami, chorobą zwyrodnieniową stawów, czy reumatoidalnym - zapaleniem stawów.³¹

W Europie problem schorzeń związanych z układem mięśniowo-szkieletowym w grupie dzieci i młodzieży w wieku szkolnym jest także znaczący. Według dostępnych danych problemy zdrowotne dotyczące wad postawy są zróżnicowane – badania skandynawskie wskazują, że problem bólu kręgosłupa dotyczy od 11,6% u dzieci w wieku lat 11 do 50,4% dzieci w 15 lat.³² Z badań przeprowadzanych na populacji Bośni i Hercegowiny wynika, iż u 70,9% badanej populacji (1048 osób) w wieku 16 lat występowały bóle kręgosłupa.³³

W Polsce zniekształcenia kręgosłupa oraz wady stóp i kolan to najczęstszy problem zdrowotny wśród dzieci i młodzieży – dotyczą wg różnych źródeł od 50 do 60% uczniów.³⁴ Według danych Instytutu Matki i Dziecka, aż 90% dzieci w Polsce ma wady postawy, stóp i kolan.³⁵ Zaburzenia układu ruchu diagnozowane są u około 10% do 80% dzieci w wieku szkolnym, wyprzedzającym tym samym inne problemy zdrowotne takie jak np. zaburzenia refrakcji i akomodacji oka, nadwagę i otyłość). Według badań najczęściej występują: skolioza

³¹ Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2021). Globalne szacunki dotyczące potrzeby rehabilitacji w oparciu o badanie Global Burden of Disease 2019: systematyczna analiza dla Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10267), 2006–2017.

³² Burton A.K., Clarke R.D., Mc Clune T.D. et al.: The natural history of low back pain in adolescents. *Spine*, 1996;21, 2323–2328

³³ Hrkać A, Perković R, Kryto B, Puljak L. Występowanie bólu kręgosłupa w populacji Bośni i Hercegowiny. *AIMS Zdrowie publiczne*. 2022 Dec 5;9(4):790-804. doi: 10.3934/publicalth.2022053. PMID: 36636151; PMCID: PMC9807413.

³⁴ „Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w szkołach publicznych”, Najwyższa Izba Kontroli, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/profilaktyka-wad-postawy.html>

³⁵ Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży w Instytucie Matki i Dziecka (dr P. Michalski, 2013)

(2–4% dzieci oraz młodzieży), młodzieńcza kifoza piersiowa (3–5% nastolatków), zniekształcenia statyczne kończyn dolnych (10–15% dzieci) oraz wady postawy.³⁶

Sytuacja zdrowotna w zakresie zniekształceń kręgosłupa w województwie warmińsko-mazurskim jest zbliżona do sytuacji w kraju. Na podstawie danych pochodzących ze sprawozdań statystycznych MZ-11 w województwie warmińsko-mazurskim w 2018 r. problem zniekształceń kręgosłupa (M40-M41) dotyczył 10 349 osób w wieku 0-18 lat, w tym w powiecie elckim 606 osób (wsp. chorobowości wynosił odpowiednio: 448,9/10³, 343,5/10³). W grupie wieku 10-14 lat odpowiednio: 3 875 w województwie i 245 w powiecie.

W województwie zdiagnozowano 1 445 nowych przypadków (wsp. zachorowalności 62,6/10³), w powiecie zaś 84 nowe przypadki (wsp. zachorowalności 47,6/10³).

Według danych z map potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026 w województwie warmińsko-mazurskim dzieci w grupie wieku 10-14 lat ból dolnego odcinka kręgosłupa był trzecią główną przyczyną wpływających na DALY, jego wartość wynosiła 294,03 tys. populacji i była niższa niż w 1999 r. (494,81 tys).³⁷

W dokumencie pt. „Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., w części „Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa warmińsko-mazurskiego na podstawie danych za 2019 r.”, jako jedno z wyzwań w województwie wskazano małą aktywność fizyczną jako czynnik ryzyka sprzyjający bólowi dolnego odcinka kręgosłupa oraz prognozę epidemiologiczną wskazującą na wzrost zapadalności na choroby układu mięśniowo-szkieletowego. Określono rekomendowane kierunki działań profilaktycznych na zmniejszenie oddziaływania czynników ryzyka przyczyniających się do wystąpienia istotnych problemów zdrowotnych, tj. m.in. zniekształceń kręgosłupa. Jako wyzwanie zostało także wskazane wzrastające zagrożenie wadami postawy oraz otyłości oraz niewystarczająca edukacja i nieadekwatne programy zdrowotne. Rekomendacje do tych wyzwań wskazują, iż należy wzmacniać działania profilaktyczne, edukacyjne, które realizowane będą przez pielęgniarkę i lekarza POZ we współpracy z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania oraz należy dążyć do wzmacniania roli członków rodziny we wdrażaniu nawyków prozdrowotnych i promocji zdrowia.

Z uwagi na ograniczony dostęp do rutynowo gromadzonych danych na poziomie lokalnym, na potrzeby niniejszej analizy, na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o dostępie do

³⁶ Woynarowska B., Oblacińska A. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne. Studia BAS Nr 2(38) 2014, s. 41–64.

³⁷ <https://profibaza.pzh.gov.pl>

informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 902), zwrócono się do podmiotów leczniczych (w liczbie 17) realizujących świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w Mieście Ełk, z zapytaniem dotyczącym liczby osób, u których w latach 2021-2023, w wyniku prowadzonych badań przesiewowych zdiagnozowano schorzenie Zniekształcenia kręgosłupa M40-M41 w podziale na grupy wieku 0-2, 3-4, 5-9, 10-14, 15-18 lat. Informacje we wnioskowanym zakresie uzyskano z trzech podmiotów leczniczych – w związku z czym, zebrane dane nie mogą być wykorzystane do opisu sytuacji epidemiologicznej.

Nazwa podmiotu leczniczego	Liczba zdiagnozowanych schorzeń schorzenie Zniekształcenia kręgosłupa M40-M41 w grupie wieku 10-14 lat w latach 2021-2023
NZOZ PANMED	1
Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Lublinie, filia w Ełku	7
„Pro-Medica” w Ełku	0

3. Opis obecnego postępowania, ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Na etapie opracowania niniejszego programu nie jest dostępne kompleksowe zapobieganie, diagnozowanie i leczenie nadwagi i otyłości, które byłoby finansowane w ramach środków publicznych. Finansowanie efektywnych działań związanych z profilaktyką i edukacją prozdrowotną społeczeństwa, ukierunkowaną na modyfikację stylu życia, wydaje się być niewystarczające. Z uwagi na fakt, że nadwaga i otyłość często towarzyszą innym zdiagnozowanym chorobom, świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych mają na celu przede wszystkim diagnostykę schorzeń przewlekłych, leczenie oraz usługi pielęgnacyjne podczas choroby.

W ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych świadczenia dotyczące nadwagi i otyłości realizowane są w ramach bilansów zdrowia dziecka, które pozwalają wykryć chorobę na wczesnym etapie. Profilaktyczne badania lekarskie (bilanse zdrowia) obejmujące swoim zakresem badania przedmiotowe oceniające rozwój fizyczny (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index - BMI) realizowane są w następujących klasach: roczne obowiązkowe przygotowanie

przedszkolne, w klasie III szkoły podstawowej, w VII klasie szkoły podstawowej oraz ostatniej klasie szkoły ponadpodstawowej do ukończenia 19 roku życia.

Warunki realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami tj. art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. poz. 1078) opieka zdrowotna nad uczniami jest realizowana w szkole i obejmuje profilaktyczną opiekę zdrowotną, promocję zdrowia oraz opiekę stomatologiczną. Profilaktyczna opieka zdrowotna sprawowana jest nad uczniami do ukończenia 19 roku życia, a w przypadku uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego - do ukończenia szkoły ponadpodstawowej.

Profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w szkole sprawują pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolne i obejmuje ona: dbanie o zdrowie uczniów oraz zapobieganie chorobom i ich rozwojowi, w tym chorobom zakaźnym, wykrywanie problemu zdrowotnego i czynników ryzyka na wczesnym etapie, edukowanie uczniów w zakresie zdrowia, promowanie zdrowia, w tym aktywności fizycznej i sportu oraz prawidłowego żywienia, udzielanie pierwszej pomocy. Zapewnienie warunków organizacyjnych opieki zdrowotnej nad uczniami należy do dyrektora szkoły, jak i organu prowadzącego placówkę.

Profilaktyczna opieka zdrowotna w szkole realizowana jest w gabinecie profilaktyki zdrowotnej zlokalizowanym w szkole, a w przypadku braku gabinetu, w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.³⁸

Uzasadnienie podejmowania działań w problemie zdrowotnym – nadwaga i otyłość

Otyłość i nadwaga stanowią globalny problem zdrowotny. Prowadzone obserwacje jednoznacznie wskazują na obniżenie się progu wiekowego osób z nadmierną masą ciała, niepokojący jest wzrost liczby przypadków występowania nadwagi i otyłości w populacji rozwojowej. Długofalowe skutki zdrowotne wczesnego występowania zwiększonej masy ciała prowadzą do rozwoju szerokiej gamy problemów zdrowotnych i społecznych, w tym chorób przewlekłych, powodując obniżenie jakości życia oraz zmniejszoną wydolności organizmu w wieku dojrzałym. Identyfikacja skali problemu, jak też jego determinant, może stanowić podstawę programów profilaktycznych ukierunkowanych na czynniki modyfikowalne, co w konsekwencji powinno przełożyć się na zmniejszenie częstości występowania nadwagi

³⁸ <https://www.gov.pl/web/wsse-szczecin/warunki-realizacji-profilaktycznej-opieki-zdrowotnej-nad-uczniemi-w-szkolach>

i otyłości u dzieci, a tym samym zmniejszenie wielu niekorzystnych następstw tego problemu zdrowotnego. Z uwagi na powyższe, WHO zaleca podejmowanie działań prewencyjnych i interwencyjnych skierowanych na redukcję otyłości u dzieci.

Uzasadnienie podejmowania działań w problemie zdrowotnym – wady postawy

Niski poziom aktywności fizycznej oraz nadmierna masa ciała to aktualnie bardzo częsty problem występujący u dzieci od najmłodszych lat. Jednym z następstw, z którymi na szeroką skalę zmagają się współczesna medycyna, jest rosnąca liczba występowania nieprawidłowości w postawie ciała, a w konsekwencji wad postawy u dzieci w wieku przedszkolnym. Świadomość i aktualna wiedza rodziców dotycząca podstawowych pojęć w tym zakresie jest kluczowa dla wdrożenia kroków profilaktycznych, diagnostycznych, a w razie potrzeby również korekcyjnych wśród dzieci. Wczesne rozpoznanie i leczenie wad postawy u dzieci jest istotne dla ich zdrowia i prawidłowego rozwoju. Rodzice powinni być czujni i świadomi potencjalnych objawów, takich jak asymetria ciała, ból pleców czy problemy z chodzeniem. Dzięki odpowiednim działaniom można zapewnić dziecku zdrową przyszłość i prawidłowy rozwój fizyczny

4. Zgodność z innymi dokumentami

Zaplanowany do realizacji program wpisuje się w założenia przyjętego w dniu 30 marca 2021 r. przez Radę Ministrów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, którego celem strategicznym jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu. W NPZ określono pięć celów operacyjnych, w tym jeden z nich dotyczy „Profilaktyki nadwagi i otyłości”.

Program jest odpowiedzią na najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wskazane w dokumencie „Krajowy Plan Transformacji” (Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2021 r. w sprawie krajowego planu transformacji (Dz. Urz. MZ z 2021 r. poz. 80), tj. prowadzenie działań opartych na dowodach naukowych w zakresie promowania zdrowego trybu życia i budowania kompetencji zdrowotnych w celu ograniczenia wpływu behawioralnych czynników ryzyka oraz pozostałych grup czynników ryzyka wpływających na utratę lat życia w zdrowiu i zgony. Dążenie do osiągnięcia w kraju niższych wartości wpływu behawioralnych czynników ryzyka na utratę

DALY (do średniego poziomu UE). Ponadto założenia programu są zgodne z „Wojewódzkim planem transformacji dla województwa warmińsko-mazurskiego na lata 2022-2026”, 2.2 Podstawowa opieka zdrowotna, Działanie 2.2.1 Wzmocnienie działań profilaktycznych realizowanych przez pielęgniarkę, położną, lekarza POZ we współpracy z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania, wprowadzenie w POZ funkcji koordynatora poruszania się pacjenta po systemie ochrony zdrowia, oraz jego finansowanie ze środków publicznych i monitorowanie funkcji koordynatora pacjenta po systemie ochrony zdrowia oraz Działanie 2.2.2 Rozwój profilaktyki zdrowotnej w ramach POZ Dążenie do wzmacniania roli członków rodziny we wdrażaniu nawyków prozdrowotnych i promocji zdrowia.

Program wpisuje się w cele określone w dokumencie „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2023 r.”, tj. cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych. Kierunek interwencji 1. Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych. Narzędzie 1.1. Realizacja programów profilaktycznych. Wśród wyzwań – obszarów wymagających wsparcia wymienia się m.in. aktualizację i/lub opracowanie programów zdrowotnych/programów polityki zdrowotnej dla kluczowych chorób cywilizacyjnych, promocję zdrowia i postaw prozdrowotnych – ze szczególnym uwzględnieniem działań na rzecz dzieci, młodzieży i osób starszych oraz zdrowia psychicznego, intensywną edukację zdrowotną, w tym programy interwencji behawioralnych w grupach ryzyka (otyłość, używki, siedzący tryb życia, narażenie na nadmierny stres).³⁹

Ponadto obszar działań przewidziany w programie jest komplementarny z Mapą Potrzeb Zdrowotnych – zgodnie z załącznikiem nr 14 Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa warmińsko-mazurskiego na podstawie danych za 2019 r. punkt 4.1 W województwie wzrosła liczba wizyt w POZ pacjentów do 18. roku życia ze schorzeniami przewlekłymi wymagającymi opieki czynnej (dychawica oskrzelowa, zniekształcenia kręgosłupa, zaburzenia refrakcji i akomodacji oka, otyłość, niedokrwistość. Wzrost zachorowalności wśród dzieci i młodzieży na astmę oskrzelową, alergie skórne i pokarmowe, niedokrwistość, choroby tarczycy, zaburzenia rozwojowe i choroby układu moczowego, a także diagnozowane wady postawy oraz otyłość. Zaobserwowano niewystarczającą edukację i nieadekwatne programy zdrowotne. Należy wzmocnić działania profilaktyczne, edukacyjne, które realizowane będą przez pielęgniarkę i lekarza POZ we współpracy z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania. Należy dążyć

³⁹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030>

do wzmacniania roli członków rodziny we wdrażaniu nawyków prozdrowotnych i promocji zdrowia. (cytowanie z dokumentu).

II. Cele programu polityki zdrowotnej

1. Cel główny

Podniesienie w trakcie trwania programu poziomu wiedzy do poziomu wysokiego w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących nadwagi i otyłości oraz wad postawy wśród, co najmniej 80% uczestników działań edukacyjnych (min. 80% poprawnych odpowiedzi w post-test, wzrost wiedzy o co najmniej 30%).

2. Cele szczegółowe

1. Zwiększenie aktywności fizycznej, u co najmniej 80% dzieci uczęszczających do klas III szkół podstawowych (frekwencja na zajęciach na poziomie 90%);
2. Podniesienie w trakcie trwania programu, wiedzy z zakresu zasad wykonywania testów przesiewowych wśród 80% pielęgniarek i higienistek szkolnych, które realizują świadczenia w zakresie testów przesiewowych w miejscu nauczania (min. 80% poprawnych odpowiedzi w post-teście, wzrost wiedzy o co najmniej 30%);
3. Zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości (redukcja średnio o 3 centyle BMI w stosunku do wyniku badania antropometrycznego w momencie rozpoczęcia badania) w okresie trwania programu–wśród około 50% uczniów klas III szkół podstawowych objętych interwencją nr 2;
4. Osiągnięcie trójplaszczynowej autokorekcji postawy ciała w pozycjach funkcjonalnych, czyli w siadzie i w staniu, wśród około 80% dzieci z rozpoznaną skoliozą (min.80% dzieci, u których odnotowano poprawę postawy ciała, względem rozpoczęcia udziału w działaniu).

Uzasadnienie dla przyjętych wartości celu głównego i celów szczegółowych:

Przyjęta wartość cel głównego dotycząca podniesienia poziomu wiedzy została określona przy uwzględnieniu Raportu Komisji Europejskiej (opracowanego przez HLS-EU Consortium w 2012 r.), w zakresie poziomu świadomości zdrowotnej ośmiu państw europejskich, w tym w Polsce. Według raportu 55% osób badanych wykazało niewystarczający lub problematyczny poziom świadomości zdrowotnej. Z uwagi na to, że PPZ dotyczy istotnych problemów

zdrowotnych, w programie założono wzrost poziomu wiedzy (świadomości zdrowotnej) wśród co najmniej 80% uczestników działań edukacyjnych.

Przy określeniu wartości docelowej celów szczegółowych wzięto pod uwagę raport końcowy z „Ewaluacji efektów wdrożenia Regionalnych Programów Zdrowotnych zrealizowanych w ramach RPO Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020”, którego głównym celem była ocena efektów działań prowadzonych w ramach 7 wdrożonych Regionalnych Programów Zdrowotnych, w tym dwóch skierowanych do dzieci szkolnych, gdzie wśród celów szczegółowych były cele dotyczące wzrostu poziomu wiedzy wśród uczestników (np. w jednym z programów w wyniku przeprowadzonych badań ilościowych odnotowano wzrost poziomu wiedzy u jednej z grup docelowych, który potwierdzony został 100% poziomem poprawnych odpowiedzi udzielonych w ankiecie po zakończeniu działań edukacyjnych). Uwzględniono także fakt, iż edukacja zdrowotna prowadzona będzie przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie, co zapewnia jej skuteczność.

III. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Cel	Miernik efektywności	Wartość docelowa	Sposób pomiarów
Cel główny	Odsetek osób (rodziców/opiekunów prawnych oraz dzieci klas III szkół podstawowych), u których w postępie odnotowano wzrost poziomu wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych, dotyczących nadwagi i otyłości oraz wad postawy w porównaniu do pre-testu.	80%	Pre-test wiedzy Post-test wiedzy
Cele szczegółowe			
Cel szczegółowy 1	Odsetek dzieci uczęszczających do klas III szkół podstawowych, które zwiększyły aktywność fizyczną, o co najmniej 60 min tygodniowo,	80%	Lista obecności

	poprzez uczęszczanie w zajęciach z aktywności fizycznej		
Cel szczegółowy 2	Odsetek pielęgniarek i higienistek szkolnych, u których w post-tescie odnotowano wzrost poziomu wiedzy z zakresu zasad wykonywania testów przesiewowych w porównaniu do pre-testu.	80%	Pre-test wiedzy Post-test wiedzy
Cel szczegółowy 3	Odsetek osób, u których nastąpiło obniżenie wskaźnika BMI w wyniku realizacji programu.	3 centyle	Siatki centylowe
Cel szczegółowy 4	Odsetek dzieci klas III szkół podstawowych z rozpoznaną skoliozą, u których osiągnięto trójpłaszczyznową autokorekcję postawy ciała w pozycjach funkcjonalnych, czyli w siadzie i w staniu.	80%	Jedna z metod, którą wybierze do oceny Realizator działania. Możliwe do zastosowania metody to np. metody sylwetkowe: typologia Browna, podział Staffela, metoda Wolańskiego; metody punktowe: metoda Chrzanowskiej i Chojnackiego, metoda Kasperczyka; opisowe: metoda Klappa, metody oparte na wykorzystaniu fotografii: Yale, postawomierz Motta, lub inne.

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

1. Populacja docelowa

Program adresowany jest do następujących grup docelowych:

- dzieci i młodzieży uczęszczających do III klasy szkoły podstawowej. W polskim systemie szkolnictwa początkowy wiek dzieci uczęszczających do klas III szkoły podstawowej to 8-9 lat. Na potrzeby oszacowania populacji programu polityki zdrowotnej przyjęto liczbę dzieci w wieku 9 lat;
- rodziców/opiekunów dzieci uczęszczających do III klas szkoły podstawowej,
- pielęgniarek/higienistek szkolnych.

Ludność mieszkańców Miasta Elku w końcu 2023 r. wyniosła 59 759 osób (28 490 mężczyzn, 31 269 kobiet), co stanowiło 67,64% ludności powiatu elckiego (88 343 osób) oraz 4,40% ludności województwa warmińsko-mazurskiego (1 357 910 osób).

Populacja dzieci i młodzieży w Mieście Elk:

Miasto Elk w 2023 r. zamieszkiwało 12 777 dzieci i młodzieży będącej w wieku 0-19 lat (6 475 chłopców i 6 302 dziewcząt), stanowiąc 18% ogółu populacji. Dzieci w wieku 9 lat było 638 (336 chłopców i 302 dziewcząt).

W powiecie elckim w 2023 r. populacji w wieku 0-19 lat, było 37 754 osób, w województwie warmińsko mazurskim zaś 545 072 osób.

Tabela 2 Liczba dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat oraz 9 lat w Mieście Ełk, powiecie ełckim i w woj. warmińsko-mazurskim w 2023 r.

Dzieci i młodzież w wieku 0-19 lat	ogółem	chłopcy	dziewczęta
Miasto Ełk	12 777	6 475	6 302
Powiat ełcki	18 877	9 594	9 283
woj. warmińsko-mazurskie	272 536	139 984	132 552
Dzieci w wieku 9 lat			
Miasto Ełk	638	336	302
Powiat ełcki	970	496	474
woj. warmińsko-mazurskie	14 139	7 312	6 827

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Program polityki zdrowotnej planowany jest do realizacji w latach 2024-2028, w związku z tym poniżej przedstawiono dane dotyczące przewidywanej liczby dzieci w wieku 9 lat (szacowana liczba uczniów klas III szkół podstawowych) w poszczególnych latach szkolnych realizacji PPZ.

Dzieci urodzone w latach	Rok szkolny	Liczba dzieci w roku szkolnym w wieku 9 lat
2015 r.	2024-2025	703
2016 r.	2025-2026	551
2017 r.	2026-2027	683
2018 r.	2027-2028	629
Razem		2 566

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Szkoły podstawowe oraz uczniowie klas III w Mieście Ełk

Według dostępnych danych GUS w Mieście Ełk w 2022 r. funkcjonowało 10 szkół podstawowych, do których uczęszczało 5 392 uczniów.⁴⁰

⁴⁰ <https://bdl.stat.gov.pl>, dostęp dnia 16.08.2024 r.

Na podstawie danych Urzędu Miejskiego w Ełku w 2024 r. działa 8 publicznych szkół podstawowych oraz 1 szkoła niepubliczna. Liczba uczniów uczęszczających do klas III szkół podstawowych w 9 szkołach podstawowych w 2024 r. wynosi 703 osoby.

NAZWA SZKOŁY / PLACÓWKI	LICZBA UCZNIÓW - KLASA III
SZKOŁA PODSTAWOWA NR 3 IM. HENRYKA SIENKIEWICZA W EŁKU	133
SZKOŁA PODSTAWOWA NR 5 IM. MARII KONOPNICKIEJ W EŁKU	102
SZKOŁA PODSTAWOWA NR 7 Z ODDZIAŁAMI INTEGRACYJNYMI W EŁKU	60
SZKOŁA PODSTAWOWA SPORTOWA NR 6 W EŁKU	44
SZKOŁA PODSTAWOWA NR 9 IM. JANA PAWŁA II W EŁKU	92
SZKOŁA PODSTAWOWA NR 4 IM. PROF. WŁADYSŁAWA SZAFERA W EŁKU	75
SZKOŁA PODSTAWOWA NR 2 IM. DANUTY SIEDZIKÓWNY "INKI" W EŁKU	116
SZKOŁA PODSTAWOWA NR 1 W EŁKU	78
SALEZJAŃSKA SZKOŁA PODSTAWOWA W EŁKU	3
RAZEM	703

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Urzędu Miejskiego w Ełku

Populacja rodziców/opiekunów prawnych:

Populację rodziców/opiekunów prawnych oszacowano przyjmując założenie, że w działaniach zaplanowanych w ramach niniejszego programu polityki zdrowotnej udział weźmie co najmniej 1 rodzic/opiekun prawny.

Lata realizacji PPZ	Liczba rodziców/ opiekunów prawnych
2024-2025	703
2025-2026	551
2026-2027	683
2027-2028	629
Razem	2 566

Pielęgniarki/higienistki szkolne

Według danych zawartych w mapach potrzeb zdrowotnych (2019 r.) liczba pielęgniarek w województwie warmińsko-mazurskim jest relatywnie niska w porównaniu z innymi województwami – w przypadku pielęgniarek jest to 12 miejsce w kraju w przeliczeniu na 100 tys. ludności.

Według danych z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych (stan na styczeń 2023 r.) w Polsce zarejestrowanych jest 315 670 pielęgniarek, w woj. warmińsko-mazurskim 10 731.⁴¹

Na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia w powiecie ełckim, w Mieście Ełk było 22 świadczeniodawców realizujących świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej.⁴²

Z uwagi brak dostępnych danych dotyczących liczby pielęgniarek/higienistek szkolnych w Mieście Ełk, oraz na podstawie zapisów ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. poz. 1078), w szczególności art. 3 - Profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w szkole sprawują pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna, oraz art. 5, w którym mowa o tym, że Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania to pielęgniarka, która z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, na potrzeby realizacji PPZ przyjęto założenie, że profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w każdej z 9 szkół podstawowych szkole sprawuje 1 pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna.

Biorąc pod uwagę zapisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1427 z późn. zm.) profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia) to także świadczenia gwarantowane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Liczba pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania lub higienistek szkolnych	Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej
9	22

Źródło: opracowanie własne

⁴¹ Raport o stanie pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, 2023 r.

⁴² <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy> , stan na dzień 20.08.2024 r.

1.1. Populacja docelowa możliwa do włączenia do programu

Przy zachowaniu równego dostępu do działań oferowanych w ramach programu dla wszystkich uczestników:

Interwencje i działania:	Liczba
Interwencja 1: EDUKACJA	
Działanie 1: Edukacja rodziców dzieci klas III szkoły podstawowej w zakresie nadwagi i otyłości oraz wad postawy wśród dzieci	w jednym roku szkolnym -703
	we wszystkich latach realizacji PPZ-2 812
Działanie 2: Edukacja dzieci z klas III szkoły podstawowej	w jednym roku szkolnym -703
	we wszystkich latach realizacji PPZ-2 812
Działanie 3: Edukacja pielęgniarek i higienistek szkolnych	w jednym roku szkolnym – 22
	we wszystkich latach realizacji PPZ- 88
Interwencja 2: AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA	
Działanie 1: Aktywność fizyczna – zajęcia ruchowe	w jednym roku szkolnym – 531
	we wszystkich latach realizacji PPZ- 2 124
Działanie 2: Aktywność fizyczna skierowana do dzieci z nadwagą lub otyłością	w jednym roku szkolnym – 150
	we wszystkich latach realizacji PPZ- 600
Działanie 3: Konsultacje dietetyczne	w jednym roku szkolnym – 150
	we wszystkich latach realizacji PPZ- 600
Działanie 4: Wsparcie psychologiczne	w jednym roku szkolnym – 150
	we wszystkich latach realizacji PPZ- 600
Działanie 5: Fizjoterapia skierowana do dzieci ze stwierdzoną skoliozą	w jednym roku szkolnym – 22
	we wszystkich latach realizacji PPZ- 88
Interwencja 3: WARSZTATY EDUKACYJNO-SPORTOWE (PÓLKOLONIE)	
Warsztaty edukacyjno-sportowe (półkolonie)	w jednym roku szkolnym – 10
	we wszystkich latach realizacji PPZ- 40

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

Szczegółowe kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej zostały przedstawione przy opisie każdego działania w ramach planowanych interwencji w części VI programu polityki zdrowotnej „Planowane interwencje” oraz w tabeli poniżej.

Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Interwencja 1: EDUKACJA	
Działanie 1: Edukacja rodziców dzieci klas III szkoły podstawowej w zakresie nadwagi i otyłości oraz wad postawy wśród dzieci.	
1) rodzic/opiekun prawny dziecka będącego uczniem klasy III szkoły podstawowej, 2) zgoda na udział w programie.	1) rodzic/opiekun prawny dziecka niebędącego uczniem klasy III szkoły podstawowej, 2) brak zgody na udział w programie.
Działanie 2: Edukacja dzieci z klas III szkoły podstawowej	
1) dzieci będące w III klasie szkoły podstawowej mających siedzibę na terenie Miasta Ełk, 2) zgoda rodziców/opiekunów na udział dziecka w działaniu.	1) dzieci nie będące w III klasie szkoły podstawowej mających siedzibę na terenie Miasta Ełk, 2) brak zgody rodziców/opiekunów na udział dziecka w działaniu.
Działanie 3: Edukacja pielęgniarek i higienistek szkolnych	
1) pielęgniarka szkolna lub higienistka szkolna, 2) miejsce świadczenia usług w zakresie wykonywania testów przesiewowych wśród dzieci i młodzieży – teren Miasta Ełk.	1) inny zawód niż pielęgniarka lub higienistka szkolna, 2) miejsce świadczenia usług w zakresie wykonywania testów przesiewowych wśród dzieci i młodzieży – poza terenem Miasta Ełk.
Interwencja 2: AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA	
Działanie 1: Aktywność fizyczna – zajęcia ruchowe.	
1) uczęszczanie do klasy III szkoły podstawowej zlokalizowanej na terenie Miasta Ełk, 2) pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka na udział w programie,	1) uczęszczanie do innej klasy niż III szkoły podstawowej, 2) uczęszczanie do klasy III szkoły podstawowej poza teren Miasta Ełk,

3) brak stwierdzonej, podczas testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w ramach publicznego systemu, nadwagi (wartość BMI w zakresie ≥ 85 centyla dla wieku i płci) lub otyłości (wartość BMI w zakresie ≥ 95 centyla dla wieku i płci), lub wady postawy.	3) brak pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie, stwierdzona nadwaga (wartość BMI w zakresie ≥ 85 centyla dla wieku i płci) lub otyłość (wartość BMI w zakresie ≥ 95 centyla dla wieku i płci), lub wada postawy.
Działanie 2: Aktywność fizyczna skierowana do dzieci z nadwagą lub otyłością	
1) uczęszczanie do klasy III szkoły podstawowej zlokalizowanej na terenie Miasta Ełk, 2) pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka na udział w programie, 3) stwierdzona nadwaga (wartość BMI w zakresie ≥ 85 centyla dla wieku i płci) lub otyłość (wartość BMI w zakresie ≥ 95 centyla dla wieku i płci).	1) uczęszczanie do innej klasy niż III szkoły podstawowej, 2) uczęszczanie do klasy III szkoły podstawowej poza teren Miasta Ełk, 3) brak pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie, 4) brak stwierdzonej, podczas testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w ramach publicznego systemu, nadwagi (wartość BMI w zakresie ≥ 85 centyla dla wieku i płci) lub otyłości (wartość BMI w zakresie ≥ 95 centyla dla wieku i płci).
Działanie 3: Fizjoterapia skierowana do dzieci ze stwierdzoną skoliozą	
1) dzieci będące w III klasie szkoły podstawowej mających siedzibę na terenie Miasta Ełk,	1) dzieci nie będące w III klasie szkoły podstawowej mających siedzibę na terenie Miasta Ełk,

2) rozpoznanie u dziecka wady postawy - skoliozy (kąt Cobba 10^0-20^0) w wyniku testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne oraz w wyniku badań profilaktycznych lekarskich (bilanse zdrowia) wykonywanych przez lekarzy POZ, a następnie potwierdzone przez lekarzy specjalistów, którzy w systemie ochrony zdrowia obowiązującym w Polsce, są uprawnieni do wystawiania skierowań na rehabilitację*, 3) zgoda rodziców/opiekunów na udział dziecka w działaniu, 4) posiadanie pisemnej informacji od właściwego lekarza specjalisty w zakresie m.in. rozpoznania i sposobu leczenia stwierdzonej wady postawy, w szczególności w zakresie zniekształceń kręgosłupa.	2) brak rozpoznania u dziecka wady postawy - skoliozy (kąt Cobba 10^0-20^0) w wyniku testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne oraz w wyniku badań profilaktycznych lekarskich (bilanse zdrowia) wykonywanych przez lekarzy POZ, a następnie potwierdzone przez lekarzy specjalistów, którzy w systemie ochrony zdrowia obowiązującym w Polsce, są uprawnieni do wystawiania skierowań na rehabilitację, 3) brak zgody rodziców/opiekunów na udział dziecka w działaniu, 4) brak posiadania pisemnej informacji od właściwego lekarza specjalisty w zakresie m.in. rozpoznania i sposobu leczenia stwierdzonej wady postawy, w szczególności w zakresie zniekształceń kręgosłupa.
---	---

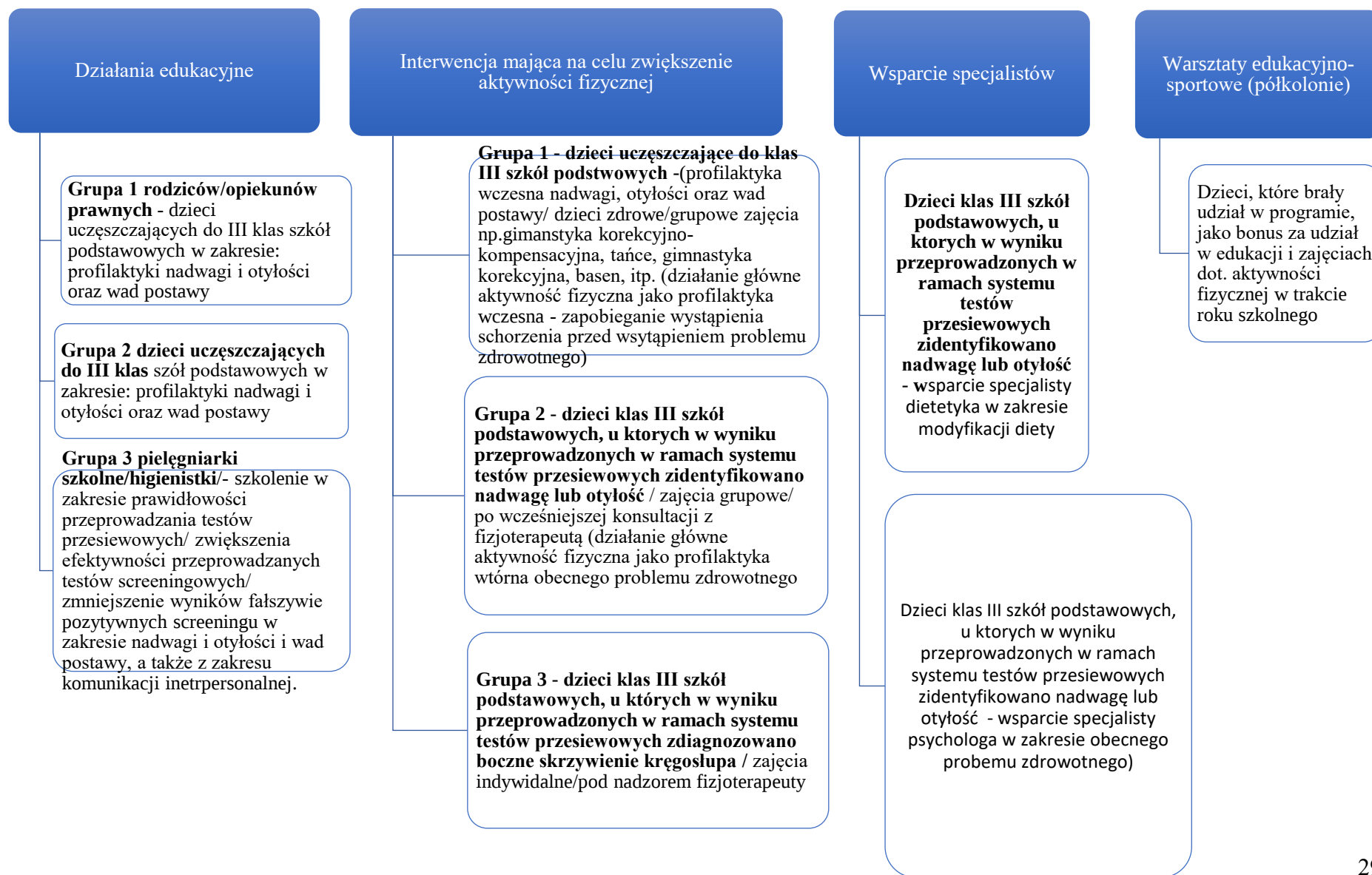
Interwencja 3: WSPARCIE SPECJALISTÓW

Działanie 1: Konsultacje dietetyczne

1) uczęszczanie do klasy III szkoły podstawowej zlokalizowanej na terenie Miasta Ełk, 2) pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka na udział w programie, 3) stwierdzona, podczas testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w ramach publicznego systemu, nadwaga (wartość BMI w zakresie ≥ 85 centyla dla	1) uczęszczanie do innej klasy niż III szkoły podstawowej, 2) uczęszczanie do klasy III szkoły podstawowej poza teren Miasta Ełk, 3) brak pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie, 4) brak stwierdzonej nadwagi (wartość BMI w zakresie ≥ 85 centyla dla wieku i płci) lub otyłości (wartość
--	---

wieku i płci) lub otyłość (wartość BMI w zakresie ≥ 95 centyla dla wieku i płci).	BMI w zakresie ≥ 95 centyla dla wieku i płci).
Działanie 2: Wsparcie psychologiczne	
1) uczęszczanie do klasy III szkoły podstawowej zlokalizowanej na terenie Miasta Ełk, 2) pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka na udział w programie, 3) stwierdzona, podczas testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w ramach publicznego systemu, nadwaga (wartość BMI w zakresie ≥ 85 centyla dla wieku i płci) lub otyłość (wartość BMI w zakresie ≥ 95 centyla dla wieku i płci).	1) uczęszczanie do innej klasy niż III szkoły podstawowej, 2) uczęszczanie do klasy III szkoły podstawowej poza teren Miasta Ełk, 3) brak pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie, 4) brak stwierdzonej nadwagi (wartość BMI w zakresie ≥ 85 centyla dla wieku i płci) lub otyłości (wartość BMI w zakresie ≥ 95 centyla dla wieku i płci).
Interwencja 4 WARSZTATY EDUKACYJNO-SPORTOWE (PÓŁKOLONIE)	
1) status ucznia szkoły podstawowej znajdującej się na terenie Miasta Ełk, będącego w klasie III, udokumentowany legitymacją szkolną, 2) wyrażenie pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie, 3) udział w Olimpiadzie wiedzy o zdrowym stylu życia (przejście z etapu klasowego do międzyszkolnego i zdobycie wyniku, który plasuje uczestnika w pierwszej dziesiątce pod względem liczby zdobytych punktów).	1) brak statusu ucznia szkoły podstawowej znajdującej się na terenie Miasta Ełk, będącego w klasie III, udokumentowany legitymacją szkolną, 2) brak wyrażenie pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie, 3) brak udziału w Olimpiadzie wiedzy o zdrowym stylu życia.

VI. Planowane interwencje



Działania edukacyjne

1. Interwencja 1: EDUKACJA

Działanie 1: Edukacja rodziców dzieci klas III szkoły podstawowej w zakresie nadwagi i otyłości oraz wad postawy wśród dzieci.

I moduł:

Zakres edukacji:

- definicja nadwagi i otyłości,
- czynniki ryzyka powstania nadwagi i otyłości,
- rola żywienia i aktywności fizycznej w zdrowym stylu życia i ich znaczenie w kontroli masy ciała,
- rola rodziców w edukacji żywieniowej dziecka, wsparcie dziecka w kształtowaniu prawidłowych zachowań żywieniowych,
- postępowanie dietetyczne u dzieci ze zdiagnozowaną nadwagą i otyłością.

II moduł:

Zakres edukacji:

- definicje: prawidłowa postawa ciała - cechy, wadliwa postawa ciała,
- czynniki wpływające na wady postawy/główne przyczyny wpływające na rozwój wad w postawie dziecka,
- pierwsze symptomy wad postawy u dzieci (jak je rozpoznać, na co zwrócić uwagę: asymetria ciała: jednym z najczęstszych objawów jest zauważalna asymetria, np. jedno ramię wyżej niż drugie, przekrzywione biodra lub nierówne ustawienie nóg, ból pleców lub karku: nawet młodsze dzieci mogą doświadczać bólu pleców lub karku, który jest często wynikiem niewłaściwej postawy, problemy z chodzeniem: niezgrabność w ruchach, częste potykanie się, nierówny chód – to wszystko może wskazywać na problemy z postawą, zmęczenie i brak energii: dzieci z wadami postawy mogą szybciej się męczyć, szczególnie podczas wykonywania codziennych czynności fizycznych, trudności z oddychaniem: problemy

z oddychaniem, szczególnie przy wysiłku, mogą być związane z nieprawidłowym ustawieniem klatki piersiowej i kręgosłupa),

- rodzaje wad postawy,
- dostępna diagnostyka,
- konsekwencje wad postawy,
- profilaktyka wad postawy/metody zapobiegania wadom postawy,
- co robić w sytuacji wystąpienia niepokojących symptomów.

W celu oceny efektywności przeprowadzonej edukacji Realizator opracuje zestaw pytań weryfikujących wiedzę uczestników przed i po przeprowadzeniu spotkań edukacyjnych – zgodnie z treściami prezentowanymi podczas realizowanego działania edukacyjnego.

Działania edukacyjne będą skierowane do rodziców uczniów klas III szkół podstawowych w Ełku – po jednym rodzicu/opiekunie prawnym na 1 ucznia, czyli 703 rodziców/opiekunów prawnych w pierwszym roku realizacji programu. Z uwagi na liczebność populacji, działania będą realizowane w grupach min. 25 osobowych (tj. 28 grup). W kolejnych latach populacja rodziców objętych działaniem edukacyjnym będzie zgodna z tabelką przedstawioną w rozdziale „Populacja docelowa”.

W ramach interwencji planuje się zorganizowanie 2 spotkań w ciągu danego roku szkolnego. Spotkanie będą trwały po 60 minut. Odbędą się na terenie szkoły, prowadzone przez osobę, posiadającą wykształcenie wyższe w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu, dietetyki, fizjoterapii (ukończone kierunkowe studia wyższe licencjackie lub magisterskie, studia podyplomowe zgodne z tematyką spotkań edukacyjnych – nieobligatoryjnie).

Szacowana liczba godzin edukacji: 2 godzin (1 godz. = 60 min.), w tym:

Moduł I: 1 godz.

Moduł II: 1 godz.

Liczba uczestników: 703 rodziców/opiekunów prawnych/25 osób w grupie = 28 grup.

Szacowany koszt 1 godziny działania edukacyjnego: 100,00 zł

Szacowany łączny koszt działania edukacyjnego: 5 600,00 zł

Szacowany koszt działania przeznaczony na jednego uczestnika: 8,00 zł

Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
1) rodzic/opiekun prawny dziecka będącego uczniem klasy III szkoły podstawowej, 2) zgoda na udział w programie.	1) rodzic/opiekun prawny dziecka niebędącego uczniem klasy III szkoły podstawowej, 2) brak zgody na udział w programie.

Sposób zakończenia udziału w działaniu:

Uczestnik kończy udział w działaniu w momencie ukończenia działania edukacyjnego w formule wybranej przez Realizatora. Potwierdzeniem ukończenia działania edukacyjnego jest uzyskanie certyfikatu/zaświadczenia lub innego dokumentu potwierdzającego udział w działaniu edukacyjnym.

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

Do przeprowadzenia interwencji nr I działanie 1:

- osoba, posiadająca wykształcenie wyższe w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu, dietetyki, fizjoterapii (ukończone kierunkowe studia wyższe licencjackie lub magisterskie, studia podyplomowe zgodne z tematyką spotkań edukacyjnych – nieobligatoryjnie),
- osoba posiadająca doświadczenie w prowadzeniu wykładów/warsztatów/szkoleń,
- sala wyposażona w rzutnik, tablicę.

Działanie 2: Edukacja dzieci z klas III szkoły podstawowej

Działania edukacyjne (teoria, metody aktywizujące – praca w grupach) dla dzieci w III klasie szkoły podstawowej, będą miały na celu zwiększenie poziomu wiedzy na temat zdrowego stylu życia w szczególności znaczenia zdrowego odżywiania, regularnej aktywności fizycznej, jak również uświadomienie, jak ważna jest prawidłowa postawa ciała, w kontekście zagrożenia wystąpieniem wad postawy.

Zakres edukacji – nadwaga i otyłość: zasady prawidłowego żywienia, piramida zdrowego żywienia i aktywności fizycznej, jak ją rozumieć, zasady zdrowego stylu życia – co to jest regularność spożywania posiłków, znaczenie spożywania owoców i warzyw, co to są produkty zbożowe pełnoziarniste, czy mleko jest zdrowe, po co w diecie mięso, ryby, jaja, co to są nasiona roślin strączkowych, spożywanie cukru i soli, produktów typu fast food. Znaczenie codziennej aktywności fizycznej, jak długo powinna trwać. Zasady korzystania telewizji, z komputera i innych urządzeń elektronicznych. Znaczenie snu w codziennym życiu.

Zakres edukacji – wady postawy: podstawowe pojęcia dotyczące wad postawy, przyczyny powstawania wad postawy, skutki nieleczonych wad, znaczenie profilaktyki.

Realizator programu opracuje scenariusz zajęć uwzględniając w szczególności metody aktywizujące – praca w grupach.

Działania edukacyjne będą skierowane do uczniów klas III szkół podstawowych w Ełku, czyli 703 uczniów w pierwszym roku realizacji programu. Z uwagi na liczebność populacji, działania będą realizowane w grupach min. 25 osobowych (tj. 28 grup). W kolejnych latach populacja dzieci objętych działaniem edukacyjnym będzie zgodna z tabelką przedstawioną w rozdziale „Populacja docelowa”.

W ramach interwencji planuje się przeprowadzenie cyklu zajęć edukacyjnych (5 spotkań z częstotliwością 1 raz w miesiącu). Możliwe jest, aby edukacja realizowana była na terenie szkoły, np. podczas zajęć lub po zajęciach lekcyjnych, po uzgodnieniu z dyrekcją poszczególnych placówek, przez specjalistów zajmujących się promocją zdrowia.

Szacowana liczba godzin edukacji: 5 godzin (1 godz. = 45 min.), w tym:

Liczba uczestników: 703 dzieci/25 osób w grupie = 28 grup.

Szacowany koszt 1 godziny działania edukacyjnego: 120,00 zł

Szacowany łączny koszt działania edukacyjnego: 16 800,00 zł

Szacowany koszt działania przeznaczony na jednego uczestnika: 24,00 zł

Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
--------------------	---------------------

1) dzieci będące w III klasie szkoły podstawowej mających siedzibę na terenie Miasta Ełk, 2) zgoda rodziców/opiekunów na udział dziecka w działaniu.	1) dzieci nie będące w III klasie szkoły podstawowej mających siedzibę na terenie Miasta Ełk, 2) brak zgody rodziców/opiekunów na udział dziecka w działaniu.
---	--

Sposób zakończenia udziału w działaniu:

Uczestnik kończy udział w działaniu w momencie ukończenia działania edukacyjnego w formule wybranej przez Realizatora. Potwierdzeniem ukończenia działania edukacyjnego jest uzyskanie certyfikatu/zaświadczenia lub innego dokumentu potwierdzającego udział w działaniu edukacyjnym.

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

Do przeprowadzenia interwencji Edukacja dzieci z klas III szkoły podstawowej

- osoba, posiadająca wykształcenie wyższe w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu, dietetyki, fizjoterapii (ukończone kierunkowe studia wyższe licencjackie lub magisterskie, studia podyplomowe zgodne z tematyką spotkań edukacyjnych– nieobligatoryjnie),
- osoba posiadająca doświadczenie w prowadzeniu wykładów/warsztatów/szkoleń,
- sala wyposażona w rzutnik, tablicę.

Działanie 3: Edukacja pielęgniarek i higienistek szkolnych

Profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami regulują przepisy prawa:

- Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. z 2019 r. poz.1078),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz.U. 2019 poz.736).

Profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w szkole sprawują:

- lekarz podstawowej opieki zdrowotnej sprawujący opiekę nad uczniem na podstawie deklaracji wyboru lekarza poz.;
- lekarz dentysta;

- pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania lub higienistka szkolna lub położna posiadająca kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska.

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami sprawowana jest zazwyczaj w gabinecie na terenie szkoły lub na terenie podmiotu leczniczego. Świadczenia pielęgniarki/higienistki szkolnej obejmują:

- świadczenia profilaktyczne, w tym wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych u dzieci w wieku szkolnym, w terminach badań bilansowych,
- świadczenia grupowej profilaktyki fluorkowej u dzieci klas I-VI szkoły podstawowej,
- kierowanie postępowaniem przesiewowym oraz sprawowanie opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów,
- czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi oraz sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością,
- udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów, zatruc,
- doradztwo dla dyrektora szkoły zgodnie z posiadanymi kompetencjami,
- udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej.

Terminy wykonania badań bilansowych i testów przesiewowych:

- roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne;
- klasa III szkoły podstawowej;
- klasa V szkoły podstawowej;
- klasa VII szkoły podstawowej;
- klasa I szkoły ponadpodstawowej;
- 19 rok życia – uczeń kończący szkołę ponadpodstawową.

Profilaktyczne badania lekarskie (bilanse zdrowia) dzieci i młodzieży szkolnej do ukończenia 19 r.ż., a także obowiązkowe szczepienia ochronne wykonują lekarze, do których osoby te są zadeklarowane.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) test przesiewowy - jest wstępną identyfikacją nierozpoznanych dotychczas chorób, zaburzeń lub wad, przez zastosowanie testów i innych szybkich metod badania. Testy te wykrywają w populacji osoby, które prawdopodobnie mają daną chorobę lub zaburzenie (dodatni wynik testu) i osoby, które prawdopodobnie jej nie mają (ujemny wynik testu).⁴³

⁴³ Wilson J. M. G., Junger G.: Principles and practice of screening disease. WHO, Genewa 1968.

Głównym celem badań przesiewowych jest wczesna diagnostyka zapobiegająca uniknięcie rozwinięcia się choroby.

Biorąc pod uwagę wytyczne kliniczne, np. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF, 2018), które wskazują, że obecne dowody naukowe nie są wystarczające do oceny bilansu korzyści i szkód związanych z przesiewem w kierunku wykrycia skoliozy młodzieńczej u dzieci i młodzieży w wieku od 10 do 18 lat, oraz negatywne rekomendacje American Academy of Family Physicians (AAFP 2018) i UK National Screening Committee (UK NSC 2016), dotyczące prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej w programie nie planuje się zwiększenia liczby wykonywanych testów przesiewowych.

Ponadto, dowody naukowe prezentowane przez UK NSC wskazują na brak wspólnego konsensusu lekarzy w ocenie zasadności dalszej terapii po przeprowadzeniu testu Adamsa (w wyniku powyższego część dzieci zostanie skierowana na dalsze badania, w momencie, gdy nie wpłyną one na poprawę ich funkcjonowania, część natomiast nie zostanie skierowana na dalsze testy oraz terapię, która mogłaby okazać się dla nich korzystna). Kolejnym badaniem diagnostycznym w kierunku wykrycia skolioz jest badanie z wykorzystaniem promieniowania X, ekspozycja na wskazane promieniowanie może być szkodliwa. W wytycznych wskazuje się, że niejasne jest również czy leczenie osób wykrytych podczas prowadzenia badań przesiewowych jest lepsze od oczekiwania na rozwinięcie symptomów. Należy zarazem podkreślić, że zgodnie z danymi z badań naukowych wartość predykcyjna badań przesiewowych w populacji ogólnej jest niska, a zatem wysoki odsetek osób uzyskujących wynik dodatni w takim badaniu dotyczy osób w rzeczywistości zdrowych.

Stanowiska AAOS, SRS, POSNA i AAP podkreślają, iż istnieje potrzeba prowadzenia skutecznych badań przesiewowych, jednak wyniki fałszywie dodatnie mogą prowadzić do tworzenia niepotrzebnych zaleceń oraz skierowań na dodatkową diagnostykę (m.in. RTG kręgosłupa). Aby program profilaktyczny był skuteczny, musi być prowadzony przez dobrze wyszkolony personel, który odpowiednio przeprowadzi test Adamsa oraz wykona pomiary skoliometrem, co umożliwi poprawne zidentyfikowanie osób z młodzieńczą skoliozą idiopatyczną (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015). W roku 2014 w oparciu o wytyczne SOSORT 2011 opublikowane zostały polskie wytyczne w zakresie leczenia zachowawczego, ze szczególnym uwzględnieniem roli fizjoterapii.

Ponadto wytyczne AAOS, SRS, POSNA oraz AAP podkreślają istotną rolę edukacji personelu medycznego wykonującego testy przesiewowe. Przyczynia się to do

minimalizowania niepotrzebnych zaleceń oraz racjonalnego kierowania m.in. na RTG kręgosłupa – nie wszystkie dzieci w rezultacie przeprowadzonych badań przesiewowych wymagają dodatkowej diagnostyki.

Z uwagi na brak dowodów na lepszą identyfikację wad postawy u dzieci i młodzieży wskutek zwiększenia częstości wykonywania badania przesiewowego oraz wytyczne i dowody naukowe przedstawione powyżej, w programie planuje się przeprowadzenie edukacji personelu medycznego wykonującego testy przesiewowe tj.: pielęgniarek i higienistek szkolnych.

W Polsce program kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych przewiduje realizację kursów kwalifikacyjny.⁴⁴ Jednym z kursów kwalifikacyjnych jest „Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania”, w którym określono dokładnie efekty kształcenia oraz kompetencje nabyte po zrealizowaniu kursu. Celem kształcenia tego kursu jest przygotowanie pielęgniarki do sprawowania opieki profilaktycznej nad uczniem w środowisku nauczania i wychowania, a także do współpracy z rodzicami i społecznością szkolną oraz lokalną. W aktualnym programie wspomnianego powyżej kursu edukacja personelu medycznego z udziałem fizjoterapeuty jest przewidziana w niewielkim zakresie. Szkolący się personel medyczny ma także nabyć umiejętności z komunikacji z pacjentem, jednak w zmieniającej się rzeczywistości – nowe formy komunikacji oraz czynniki wpływające na postawy pacjentów, np. tendencja do podważania wiedzy naukowej oraz wzrost świadomości pacjentów, wskazuje na potrzebę wzmocnienia personelu medycznego wykonującego testy przesiewowe w zakresie skutecznej, efektywnej komunikacji z współczesnym pacjentem. Umiejętność komunikacji z pacjentem jest jedną z najważniejszych kompetencji miękkich personelu medycznego.

Obecnie istotną rolę w profilaktyce zdrowia odgrywa właściwa komunikacja personelu z pacjentami. Właściwa komunikacja wpływa na przebieg procesu leczenia, m.in. wzmacnia zaangażowanie pacjenta, który w bardziej konsekwentny sposób stosuje się do zaleceń personelu medycznego, powoduje wzrost zaufania do personelu medycznego, poprawia wyniki leczenia, zwiększa poziom satysfakcji pacjenta z usług medycznych, zmniejsza ryzyko wypalenia zawodowego i podnosi poczucie własnej efektywności personelu medycznego.⁴⁵

⁴⁴ Kurs kwalifikacyjny jest to rodzaj kształcenia, który zgodnie z art.71 ust.1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 814, 854) ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną wiedzy i umiejętności do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Wykaz dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których mogą być prowadzone kursy kwalifikacyjne zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. poz. 1562).

⁴⁵ K. Sobczak, K. Leonuk, L. Pawłowski, N. Spolak, Komunikacja kliniczna – porównanie opinii lekarzy i pacjentów, *Pomeranian J Life Sci* 2016;62(3):67-73.

W związku z tym, w programie planuje się działanie: przeprowadzenie działań edukacyjnych (szkoleniowych) skierowanych do pielęgniarek i higienistek szkolnych, które wykonują testy przesiewowe.

Edukacja będzie obejmowała 3 moduły:

- **aktualizacja wiedzy w zakresie prawidłowego wykonywania testów przesiewowych**, np. aktualizacja wiedzy z zakresu najczęściej występujących problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży, normy i standardy w zakresie wykonywanych testów przesiewowych, itp. – zaplanowano 3 godzin edukacji;
- **szkolenie z udziałem fizjoterapeuty** w zakresie prawidłowego wykrywania testów przesiewowych mających na celu identyfikację zaburzeń narządu ruchu oraz prawidłowej analizy postawy ciała dziecka, a także aktualizacja wiedzy z obszaru np. budowy kręgosłupa, zróżnicowanie budowy poszczególnych kręgów, przeprowadzania badań palpacyjnych przebiegu wyrostków kolczystych kręgosłupa, wpływ zaburzeń w obrębie różnych układów ciała na kształtowanie się wadliwej postawy u dzieci, warsztaty przeprowadzania badań przy użyciu narzędzi pomiarowych - zaplanowano 6 godzin edukacji;
- **szkolenie interpersonalne z komunikacji**, którego celem będzie – zdobycie umiejętności np. z zakresu sposobów radzenia sobie z trudnymi sytuacjami komunikacyjnymi, rozwijania empatii w kontaktach z pacjentami, znajomości współczesnych stylów komunikacji z pacjentami w różnym wieku (w tym dzieci i młodzież oraz ich rodzice/opiekunowie), użycie prostego, jasnego języka w przekazywaniu wiedzy medycznej/ zaleceń - zaplanowano 6 godzin edukacji.

Tematyka działań edukacyjnych zostanie szczegółowo opracowana przez Realizatora działania i będzie uwzględniać informacje wymienione powyżej. W celu pomiaru przyrostu wiedzy zostaną wykonane pre- i post- testy, które pozwolą na obiektywną ocenę przyrostu wiedzy uczestników działania. Testy zostaną opracowane przez Realizatora programu, zgodnie z zakresem tematycznym działań edukacyjnych.

Działanie edukacyjne będzie skierowane w pierwszej kolejności do pielęgniarek i higienistek szkolnych wykonujących testy przesiewowe w szkołach podstawowych (9 szkół podstawowych – założenie 9 pielęgniarek lub higienistek szkolnych), nie mniej jednak w celu zwiększeniu dostępności do działań edukacyjnych w programie założono możliwość edukacji dla ok. 22 pielęgniarek lub higienistek szkolnych, które wykonują testy przesiewowe, także w POZ zlokalizowanych na terenie miasta Ełk.

Koszt edukacji w programie został oszacowany na dzień opracowywania treści programu, jest orientacyjny i może ulec modyfikacji przez Realizatora, zgodnie z aktualnymi cenami rynkowymi obowiązującymi w momencie realizacji działań. Przyjęto koszt 1 godziny edukacji na poziomie 150,00 zł.

Szacowana liczba godzin edukacji: 15 godzin (1 godz. = 45 min.), w tym:

Moduł I: Aktualizacja wiedzy w zakresie prawidłowego wykonywania testów przesiewowych – 3 godz.

Moduł II: Szkolenie z udziałem fizjoterapeuty-6 godz.

Moduł III: Szkolenie interpersonalne z komunikacji – 6 godz.

Liczba uczestników: 22 pielęgniarki lub higienistki szkolne

Szacowany łączny koszt działania edukacyjnego: 2 250,00 zł

Szacowany koszt działania przeznaczony na jednego uczestnika: 102,00 zł

Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
1) pielęgniarka szkolna lub higienistka szkolna,	3) inny zawód niż pielęgniarka lub higienistka szkolna,
2) miejsce świadczenia usług w zakresie wykonywania testów przesiewowych wśród dzieci i młodzieży – teren Miasta Ełk.	4) miejsce świadczenia usług w zakresie wykonywania testów przesiewowych wśród dzieci i młodzieży – poza terenem Miasta Ełk.

Sposób zakończenia udziału w działaniu:

Uczestnik kończy udział w działaniu w momencie ukończenia działania edukacyjnego w formule wybranej przez Realizatora. Potwierdzeniem ukończenia działania edukacyjnego jest uzyskanie certyfikatu/zaświadczenia lub innego dokumentu potwierdzającego udział w działaniu edukacyjnym.

Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych:

Działania edukacyjne w ramach modułu II zostaną przeprowadzone przez fizjoterapeutę (fizjoterapeuta - zgodnie z ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty).

Podstawowe wyposażenie niezbędne do realizacji działań edukacyjnych to: sala szkoleniowa na terenie Miasta Elk, sprzęt multimedialny, wydruk materiałów szkoleniowych (jeśli Realizator zaplanuje korzystanie z materiałów w wersji papierowej), obsługę logistyczną, w tym m.in.: rekrutację uczestników, informowanie ich o terminach szkoleń, potwierdzanie ostatecznych terminów i miejsc szkoleń, monitorowanie frekwencji. Realizator w trakcie realizacji zapewni, aby działania zostały przeprowadzone z wysoką jakością.

Interwencja mająca na celu zwiększenie aktywności fizycznej

2. Interwencja 2: AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Działanie 1: Aktywność fizyczna – zajęcia ruchowe.

Grupa dzieci uczęszczających do klas III szkół podstawowych - profilaktyka wczesna nadwagi, otyłości i wad postawy / dzieci zdrowe/ działanie główne aktywność fizyczna jako profilaktyka wczesna - zapobieganie wystąpienia schorzenia przed wystąpieniem problemu zdrowotnego.

Aktywność fizyczna ma kluczowe znaczenie w utrzymaniu zdrowia, potrzebna jest zatem ludziom w każdym wieku, w szczególności jednak niezbędna jest dzieciom, nastolatkom i młodzieży, ponieważ zapewnia ona prawidłowy rozwój zarówno fizyczny i umysłowy. Ponadto gwarantuje prawidłową postawę ciała, przyczynia się do właściwego rozwoju i utrzymania stanu układu ruchu (kości, mięśni, stawów), układu sercowo-naczyniowego (serca, płuc), pozytywnie wpływa na koordynację i kontrolę ruchu, a także daje możliwość utrzymanie właściwej masy ciała.⁴⁶

W listopadzie 2020 r. opublikowane zostały nowe rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące aktywności fizycznej. Powstały one w oparciu o analizę przeprowadzoną przez ekspertów z Guideline Development Group, dotyczącą związku między aktywnością fizyczną, siedzącym trybem życia, a zdrowiem w różnych grupach populacji.

Zgodnie ze stanowiskiem ekspertów korzyści płynące z aktywności fizycznej i ograniczenia siedzącego trybu życia, dla wszystkich populacji, przeważają nad potencjalnymi szkodami, a każda aktywność fizyczna jest lepsza niż żadna.⁴⁷

⁴⁶ <https://www.mp.pl/pacjent/dieta/sport/256434,kazdy-ruch-sie-liczy-nowe-wytyczne-who-dotyczace-aktywnosci-fizycznej> (dostęp 25.08.2024 r.)

⁴⁷ <https://ncez.pzh.gov.pl/aktywnosc-fizyczna/nowe-zalecenia-who-dotyczace-aktywnosci-fizycznej/> (dostęp 25.08.2024 r.)

Gimnastyka korekcyjno-kompensacyjna jest częścią wychowania fizycznego, a jej specyfika polega na przypisaniu ruchowi funkcji terapeutycznej, poprzez wpływ na prawidłową sylwetkę i postawę ciała. Zadaniem tego rodzaju aktywności jest przeciwdziałanie nieutrwalonym jeszcze odchyleniom od stanu prawidłowego, które mają charakter zmian czynnościowych, jako działanie profilaktyczne, ponadto spełnia również funkcję naprawczą, ponieważ daje możliwość przeciwdziałania zmianom, które się pojawiły – strukturalnym, które w przypadku odchyłeń rozwojowych są możliwe do zlikwidowania lub zahamowania drogą ćwiczeń.

Wśród celów gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej wymienia się:

- korygowanie zaburzeń statyki ciała i przeciwdziałanie utrwalaniu i pogłębianiu się ich;
- wyrównywanie zaburzeń w rozwoju motorycznym;
- zapobieganie powstawaniu zaburzeń statyki ciała oraz wyrównywanie niedoboru ruchu dzieci z odchyleniami w stanie zdrowia i rozwoju, które ograniczają ich udział w obowiązujących zajęciach wychowania fizycznego.⁴⁸

Należy pamiętać, że głównym celem gimnastyki korekcyjnej jest tzw. reedukacja posturalna, która oznacza przywrócenie nawyku przyjmowania i utrzymywania prawidłowej postawy. Do etapów reedukacji posturalnej zalicza się uświadomienie osobie specyfiki jej wady, przywrócenie prawidłowej ruchomości kostno-stawowo-więzadłowej i mięśniowej, wyrobienie umiejętności korekcji lokalnych i globalnych, wyrobienie wytrzymałości posturalnej, tj. zdolności do długotrwałego utrzymania prawidłowej postawy, utrwalenie osiągniętej korekcji postawy ciała. Ważne jest również ustalenie przyczyny powstawania wady i jej wyeliminowanie.⁴⁹

Zgodnie z zaleceniami zawartymi w niniejszych wytycznych dzieciom i młodzieży będących w grupie wieku 5–17 lat rekomenduje się co najmniej 60 minut dziennie umiarkowanej lub intensywnej aktywności fizycznej, przez cały tydzień. Zaleca się aktywność aerobową, czyli m.in. bieganie, skakanie, jazda na rowerze itp. Ponadto należy zachęcać dzieci do wyboru różnych rodzajów aktywności, takich które sprawiają im radość i są dostosowane do ich wieku oraz umiejętności.⁵⁰

⁴⁸ <https://www.cen.edu.pl/Materialy-metodyczne,152/I-2020-GIMNASTYKA-KOREKCYJNA-cz-I-Czym-jest-gimnastyka-korekcyjno-kompensacyjna-i-jakie-miejsce-w-rzeczywistosci-szkolnej,931.html>

⁴⁹ Krzysztof Leśniak, Organizacja procesu korekcji wad postawy w Tarnowie, PROBLEMY WSPÓŁCZESNEJ PEDAGOGIKI 2015, 1(1), 57–70 © 2015 MWSE

⁵⁰ <https://www.mp.pl/pacjent/dieta/sport/256434,kazdy-ruch-sie-liczy-nowe-wytyczne-who-dotyczace-aktywnosci-fizycznej> (24.08.2024 r.)

W ramach interwencji zostanie przeprowadzony cykl zajęć ruchowych mających na celu zwiększenie aktywności fizycznej. Zajęcia z aktywności fizycznej powinny być atrakcyjne dla grupy, powinny budzić zainteresowanie i skłaniać do chęci ich realizacji. Zakład się, że będą one realizowane co najmniej 1 raz w tygodniu, w grupach ok 20 osobowych, na terenie szkoły w czasie pozalekcyjnym (np. w czasie godzin, kiedy dzieci zazwyczaj spędzają na świetlicy szkolnej lub innych dostosowanych do potrzeb i możliwości czasowych grup dzieci w nich uczestniczących). Zajęcia powinny być realizowane co najmniej przez 20 tygodni w ciągu roku szkolnego. Czas trwania jednych zajęć nie powinien być krótszy niż 60 min.

Zajęcia ruchowe mające na celu zwiększenie wykonywanej dotychczas aktywności fizycznej mogą być realizowane np. w formie:

- gimnastyki korekcyjno- kompensacyjnej,
 - zajęć tanecznych,
 - piłka nożna/ koszykówka/siatkówka dla dzieci,
 - judo,
 - tenis,
 - gimnastyka sportowa, artystyczna,
 - inne formy
- dobór właściwych form wybierze Realizator na podstawie zebranych preferencji od grupy docelowej.

Szacuje się, że w zajęciach ruchowych weźmie udział w każdym roku szkolnym ok. 531 dzieci z grupy docelowej. Liczba ta dotyczy dzieci zdrowych, u których nie zdiagnozowano w wyniku testów przesiewowych nadwagi lub otyłości czy wad postawy. (703 osoby – 172 osób dla których zaplanowano dostosowaną do ich schorzeń aktywność fizyczną = ok. 531 osoby). Biorąc pod uwagę liczebność jednej grupy – 20 osób – powinno powstać ok. 27 grup dzieci, które będą w formule grupowej realizowały zajęcia ruchowe.

Szacowana liczba godzin zajęć ruchowych: 20 godz. dla jednej grupy (27 grupy po 20 godz. =540 godzin aktywności fizycznej). Dla jednego uczestnika 20 godzin.

Liczba uczestników: 531 dzieci, u których w testach przesiewowych nie została stwierdzona nadwaga lub otyłość bądź wada postawy.

Szacowany łączny koszt działania zajęć ruchowych: 531 godzin * 30,00 = 15 930,00 zł (koszt 1 godziny aktywności fizycznej dla 1 uczestnika to 30,0 zł)

Szacowany koszt działania przeznaczony na jednego uczestnika: 30,00 zł

Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
1) uczęszczanie do klasy III szkoły podstawowej zlokalizowanej na terenie Miasta Ełk, 2) pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka na udział w programie, 3) brak stwierdzonej, podczas testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w ramach publicznego systemu, nadwagi (wartość BMI w zakresie ≥ 85 centyla dla wieku i płci) lub otyłości (wartość BMI w zakresie ≥ 95 centyla dla wieku i płci), lub wady postawy.	1) uczęszczanie do innej klasy niż III szkoły podstawowej, 2) uczęszczanie do klasy III szkoły podstawowej poza teren Miasta Ełk, 3) brak pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie, 4) stwierdzona nadwaga (wartość BMI w zakresie ≥ 85 centyla dla wieku i płci) lub otyłość (wartość BMI w zakresie ≥ 95 centyla dla wieku i płci), lub wada postawy.

Sposób zakończenia udziału w działaniu:

- Dzieci z klas III szkół podstawowych zakończą udział w programie po zrealizowaniu zaplanowanych w ramach interwencji zajęć ruchowych lub
- dzieci zakończą udział w programie w sytuacji pojawienia się jakichkolwiek przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających kontynuowanie uczestnictwa,
- zgłoszenie przez rodzica/opiekuna chęci zakończenia udziału w programie,
- zakończenie realizacji programu.

Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych:

Zajęcia ruchowe mogą być prowadzone przez np.: nauczycieli WF, trenerów personalnych lub przez osoby, które na co dzień, zajmują się prowadzeniem zajęć mających na celu zwiększenie aktywności fizycznej wśród dzieci.

Kwalifikacje niezbędne do zajmowania stanowiska nauczyciela wychowania fizycznego prowadzącego zajęcia gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej w szkole podstawowej określone zostały w rozporządzeniu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 14 września 2023 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli (Dz. U. poz. 2102).

Zgodnie z § 9 kwalifikacje do prowadzenia zajęć sportowych rozwijających zainteresowania i uzdolnienia uczniów oraz zajęć sportowych obejmujących szkolenie sportowe w szkołach sportowych i oddziałach sportowych w szkołach ogólnodostępnych oraz w szkołach mistrzostwa sportowego i oddziałach mistrzostwa sportowego w szkołach ogólnodostępnych posiada osoba, która:

- 1) ma kwalifikacje wymagane do zajmowania stanowiska nauczyciela wychowania fizycznego w danym typie szkoły określone w § 3 ust. 1 i 2 lub
- 2) legitymuje się świadectwem dojrzałości i tytułem zawodowym trenera lub instruktora sportu uzyskanym na podstawie przepisów ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz. U. z 2023 r. poz. 2048), w brzmieniu obowiązującym przed dniem 23 sierpnia 2013 r., oraz posiada przygotowanie pedagogiczne.

W myśl § 3 ust. 1 i 2:

1. Kwalifikacje do zajmowania stanowiska nauczyciela w klasach IV–VIII szkół podstawowych i w szkołach ponadpodstawowych, z wyjątkiem szkół specjalnych i oddziałów specjalnych w szkołach ogólnodostępnych oraz szkół w okręgowych ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich, w placówkach doskonalenia nauczycieli, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, w tym poradniach specjalistycznych, bibliotekach pedagogicznych, placówkach oświatowo-wychowawczych, placówkach zapewniających opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania i kolegiach pracowników służb społecznych posiada osoba, która ukończyła:

- 1) studia pierwszego i drugiego stopnia lub jednolite studia magisterskie prowadzone zgodnie z nowym standardem kształcenia na:
 - a) kierunku studiów zgodnym z nauczaniem przedmiotem lub prowadzonymi zajęciami i posiada przygotowanie pedagogiczne lub
 - b) kierunku studiów, których program określa efekty uczenia się w kategoriach wiedzy i umiejętności obejmujące treści nauczania określone w podstawie programowej kształcenia

ogólnego w zakresie nauczanego przedmiotu lub treści prowadzonych zajęć na odpowiednim etapie edukacyjnym, i posiada przygotowanie pedagogiczne, lub

c) kierunku studiów, których program określa efekty uczenia się w kategoriach wiedzy i umiejętności obejmujące treści nauczania odpowiadające wymaganiom ogólnym określonym w podstawie programowej kształcenia ogólnego w zakresie nauczanego przedmiotu lub treści prowadzonych zajęć na odpowiednim etapie edukacyjnym, i posiada przygotowanie pedagogiczne oraz ukończyła studia podyplomowe prowadzone zgodnie z nowym standardem kształcenia w zakresie nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć lub

2) studia drugiego stopnia lub jednolite studia magisterskie prowadzone zgodnie z przepisami obowiązującymi przed dniem 3 sierpnia 2019 r. na:

a) kierunku zgodnym (specjalności zgodnej) z nauczaniem przedmiotem lub prowadzonymi zajęciami i posiada przygotowanie pedagogiczne lub

b) kierunku, którego efekty uczenia się w kategoriach wiedzy i umiejętności obejmują treści nauczania określone w podstawie programowej kształcenia ogólnego w zakresie nauczanego przedmiotu lub treści prowadzonych zajęć na odpowiednim etapie edukacyjnym, i posiada przygotowanie pedagogiczne, lub

c) kierunku innym (specjalności innej) niż określone w lit. a i b i posiada przygotowanie pedagogiczne oraz ukończyła studia podyplomowe w zakresie nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć.

2. Kwalifikacje do zajmowania stanowiska nauczyciela w klasach IV–VIII szkół podstawowych, z wyjątkiem szkół podstawowych specjalnych i oddziałów specjalnych w szkołach podstawowych ogólnodostępnych oraz szkół podstawowych w okręgowych ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich, posiada również osoba, która ukończyła:

1) studia pierwszego stopnia prowadzone zgodnie z przepisami obowiązującymi przed dniem 3 sierpnia 2019 r. na:

a) kierunku zgodnym (specjalności zgodnej) z nauczaniem przedmiotem lub prowadzonymi zajęciami i posiada przygotowanie pedagogiczne lub

b) kierunku, którego efekty uczenia się w kategoriach wiedzy i umiejętności obejmują treści nauczania określone w podstawie programowej kształcenia ogólnego w zakresie nauczanego przedmiotu lub treści prowadzonych zajęć na odpowiednim etapie edukacyjnym, i posiada przygotowanie pedagogiczne, lub

c) kierunku innym (specjalności innej) niż określone w lit. a i b i posiada przygotowanie pedagogiczne oraz ukończyła: – studia podyplomowe w zakresie nauczanego przedmiotu lub

prowadzonych zajęć lub – kurs kwalifikacyjny w zakresie nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć lub Dziennik Ustaw – 4 – Poz. 2102 2) zakład kształcenia nauczycieli w specjalności odpowiadającej nauczalnemu przedmiotowi lub prowadzonym zajęciom, lub 3) zakład kształcenia nauczycieli w specjalności innej niż określona w pkt 2 i kurs kwalifikacyjny w zakresie nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć.

Zajęcia gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej będą odbywały się w sali umożliwiającej zorganizowanie zajęć dla 15 dzieci jednocześnie, wyposażonej w różnego rodzaju pomoce do gimnastyki korekcyjnej, jak np. trampoliny, ławki oraz drabinki, maty i materace, profesjonalny sprzęt podwieszany, hamaki, plansze edukacyjne, piłki, kształtki rehabilitacyjne oraz inne urządzenia do gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej w zależności od potrzeb dzieci w nich uczestniczących.

Działanie 2: Aktywność fizyczna skierowana do dzieci z nadwagą lub otyłością

Grupa docelowa - dzieci, uczniowie z klas III szkół podstawowych, u których w wyniku przeprowadzonych w ramach systemu przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną testów przesiewowych zidentyfikowano nadwagę lub otyłość /zajęcia grupowe/ po wcześniejszej konsultacji z fizjoterapeutą. Działanie główne aktywność fizyczna jako profilaktyka wtórna obecnego problemu zdrowotnego. Zaplanowana w ramach niniejszej interwencji aktywność fizyczna będzie stanowiła uzupełnienie obowiązkowego wymiaru zajęć wychowania fizycznego, który wynosi 3 godziny lekcyjne w tygodniu dla uczniów klas I–III szkoły.

W zapobieganiu rozwojowi nadwagi i otyłości bardzo ważną rolę odgrywa kształtowanie właściwych nawyków związanych z aktywnością fizyczną. Optymalny czas poświęcany na aktywność fizyczną wynosi 60 minut, rekomendacje wskazują, że aktywność ta powinna być podejmowana codziennie lub niemal codziennie (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, ES 2017, MoH NZ 2016). Szczególnie zalecane formy ruchu to: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie. (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, ISPED, ISP 2018). Zwiększenie poziomu aktywności fizycznej można osiągnąć od 2-3 r.ż. poprzez aktywną zabawę, spacer, korzystanie z roweru trójkołowego i po 5-6 r.ż., promując także udział w zajęciach sportowych 2-3 razy w tygodniu (ISPED, ISP 2018). W zapobieganiu rozwojowi nadwagi i otyłości bardzo ważną rolę odgrywa kształtowanie właściwych nawyków związanych z aktywnością fizyczną. Optymalny czas poświęcany na aktywność fizyczną wynosi 60 minut; rekomendacje wskazują, że aktywność ta powinna być podejmowana codziennie lub niemal codziennie (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, ES 2017, MoH NZ 2016). Szczególnie zalecane formy ruchu to: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie

i ćwiczenia w wodzie. (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, ISPED, ISP 2018). Interwencje ukierunkowane na zwiększenie poziomu aktywności fizycznej powinny skupiać się na działaniach, które łatwo wdrożyć w codziennym życiu (np. poruszanie się pieszo). Powinny być one dostosowane do indywidualnych preferencji, warunków życia, a ich celem powinna być poprawa wiary ludzi w ich zdolność do zmiany (np. przez perswazję werbalną, modelowanie zachowań związanych z podejmowaną aktywnością fizyczną, omawianie pozytywnych efektów) (NICE 2015a).

W ramach interwencji planuje się dwa działania:

- 1 działanie - przeprowadzenie cyklu spotkań (3 spotkania) z fizjoterapeutą, który w ramach konsultacji fizjoterapeutycznych m.in. przeprowadzi pogłębiony wywiad pod względem preferencji dziecka oraz poziomu posiadanej nadwagi lub otyłości, przedstawi możliwe formy aktywności fizycznej (dla dzieci 60 min. dziennie umiarkowanej do intensywnej aktywności fizycznej) uwzględniając poziom nadwagi lub otyłości, opracuje zestaw ćwiczeń dla dziecka – uwzględniając jego możliwości fizyczne i preferencje, oraz nauczy poprawnie je wykonywać, wyda zalecenia do stosowania zaproponowanych ćwiczeń w domu oraz będzie monitorował wykonywanie tych zaleceń na następnych spotkaniach. Celem drugiej i trzeciej konsultacji będzie edukacja w obszarze zaleceń i poprawności wykonywania rekomendowanych ćwiczeń, modyfikacja zestawu ćwiczeń i zaleceń – w celu najlepszego dostosowania go do preferencji osób objętych wsparciem, monitorowanie ich stanu zdrowia pod względem indywidualnych problemów w zakresie wykonywania ćwiczeń wynikających z nadwagi lub otyłości. We wszystkich spotkaniach będzie brał udział także rodzic/opiekun dziecka, w celu nauczania się prawidłowości wykonywanych ćwiczeń i wspólnego ćwiczenia w domu. Konsultacje będą mogły mieć charakter grupowy lub indywidualny – do ustalenia przez Realizatora programu przy uwzględnieniu wagi problemu zdrowotnego.

Podczas konsultacji fizjoterapeuta określi także możliwe treningi do wykonywania na basenie. Zestawy ćwiczeń powinny być dostosowane do posiadanego schorzenia, ale także powinny być atrakcyjne dla dziecka, powinny budzić jego zainteresowanie i skłaniać do chęci ich realizacji. Zakład się, że odbędą się 3 spotkania z fizjoterapeutą: - 1 spotkanie, 2 i 3 spotkanie w odstępie miesiąca (po 1 i 3 miesiącach od pierwszej konsultacji).

- 2 działanie pływanie na basenie lub ćwiczenie w wodzie - zajęcia na basenie. Zajęcia powinny być realizowane co najmniej przez 20 tygodni w ciągu roku szkolnego. Zajęcia będą realizowane pod nadzorem instruktora, który uwzględni zalecenia wydane przez fizjoterapeutę. Zajęcia na basenie będą odbywać się grupowo w grupie ok. 10 osób. Czas trwania jednych

zajęć nie powinien być krótszy niż 60 min. Zajęcia na basenie mają na celu zwiększenie wykonywanej dotychczas aktywności fizycznej oraz redukcję masy ciała.

Szacuje się, że w zajęciach pływania na basenie lub ćwiczenia w wodzie weźmie udział w każdym roku szkolnym ok. 150 dzieci z grupy docelowej. Liczba ta dotyczy dzieci, u których zdiagnozowano w wyniku testów przesiewowych nadwagę lub otyłość - szacując na podstawie liczebności populacji dzieci w wieku 9 lat w mieście Ełk (703 dzieci), oraz biorąc pod uwagę odsetek występowania w tej grupie wieku nadwagi (18%) i otyłości (3%) założono, że działaniem objętych będzie 130 osób z nadwagą i 20 osób z otyłością. Łącznie 150 osób. Biorąc pod uwagę liczebność jednej grupy – 10 osób – powinno powstać ok. 15 grupy dzieci, które będą w formule grupowej realizowały zajęcia z pływania na basenie lub ćwiczenia w wodzie.

Szacowana liczba konsultacji fizjoterapeutycznych: 3 spotkania po 1 godz. (1 godz. = 60 min.)= 3 godz. 3 godziny *30 grup (150 osób/ 5 osobowe grupy) = 90 godz.

Liczba uczestników: 150 dzieci, u których w testach przesiewowych została stwierdzona nadwaga lub otyłość.

Szacowany łączny koszt działania konsultacji fizjoterapeutycznych: 90 godzin * 150,00 zł = 13 500,00 zł

Szacowana liczba godzin pływania/ćwiczeń w wodzie: 20 godz. dla jednej grupy (15 grupy po 20 godz. = 300 godzin). Dla jednego uczestnika 20 godzin.

Liczba uczestników: 150 dzieci, u których w testach przesiewowych została stwierdzona nadwaga lub otyłość.

Szacowany łączny koszt działania pływanie: 15 grup po 10 osób *20 godzin * 12,00 zł = 36 000,00 zł (koszt 1 godziny dla 1 uczestnika to 12,00 zł)

Wynagrodzenie instruktora na basenie – 1 godz, zajęć grupowych = 100 zł. 15 zajęć grupowych * 1 godz. * 100 zł=1 500,00 zł * 20 spotkań =30 000,00 zł

Szacowany koszt działania przeznaczony na jednego uczestnika: 350,00 zł

Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
1) uczęszczanie do klasy III szkoły podstawowej zlokalizowanej na terenie Miasta Ełk,	1) uczęszczanie do innej klasy niż III szkoły podstawowej,

2) pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka na udział w programie, 3) stwierdzona nadwaga (wartość BMI w zakresie ≥ 85 centyla dla wieku i płci) lub otyłość (wartość BMI w zakresie ≥ 95 centyla dla wieku i płci).	2) uczęszczanie do klasy III szkoły podstawowej poza teren Miasta Ełk, 3) brak pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie, 4) brak stwierdzonej, podczas testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w ramach publicznego systemu, nadwagi (wartość BMI w zakresie ≥ 85 centyla dla wieku i płci) lub otyłości (wartość BMI w zakresie ≥ 95 centyla dla wieku i płci).
---	--

Sposób zakończenia udziału w działaniu:

- Dzieci z klas III szkół podstawowych zakończą udział w programie po zrealizowaniu zaplanowanych w ramach interwencji konsultacji i zajęć pływania/ćwiczeń w wodzie lub
- dzieci zakończą udział w programie w sytuacji pojawienia się jakichkolwiek przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających kontynuowanie uczestnictwa,
- zgłoszenie przez rodzica/opiekuna chęci zakończenia udziału w programie,
- zakończenie realizacji programu.

Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych:

Działania konsultacje fizjoterapeutyczne będą realizowane przez fizjoterapeutów.

Zajęcia z pływania na basenie lub ćwiczenia w wodzie będą realizowane przez np. przez: instruktorów nauki pływania.

Działanie 3: Fizjoterapia skierowana do dzieci ze stwierdzoną skoliozą

Najczęstszym problemem zdrowotnym wśród dzieci i młodzieży to zniekształcenia kręgosłupa. Według dostępnych danych, zaburzenia układu ruchu występują u około od 10% do 80% dzieci w wieku szkolnym. Tak duże różnice częstości występowania wad, podawane przez wielu autorów, związane są z brakiem jednolitych kryteriów. Szacuje się, że poważne zaburzenia mogą dotyczyć od 10% do 15% dzieci, przy czym 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 postawy.⁵¹

Realizator projektu nawiąże współpracę z dyrektorami szkół podstawowych, pielęgniarkami lub higienistkami szkolnymi, lekarzami POZ, rodzicami/opiekunami.

W ramach testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną w III klasie szkoły podstawowej oceniany jest układ ruchu w kierunku identyfikacji bocznego skrzywienia kręgosłupa (skoliozy).

Funkcjonująca na terenie naszego kraju Polska Grupa SOSORT swoją działalność skupia na podnoszeniu jakości diagnostyki i terapii skolioz idiopatycznych (SI) i innych deformacji kręgosłupa w Polsce, poprzez dotarcie do jak największej grupy osób chorych na skoliozę lub inne deformację kręgosłupa oraz ich terapeutów i uświadamianie na temat najnowszych osiągnięć medycyny i fizjoterapii w zakresie diagnostyki i leczenia.

Zgodnie z najnowszymi rekomendacjami SOSORT podstawową kwestią jest postawienie dokładnej diagnozy i rozpoznanie skoliozy idiopatycznej lub cech jej ewentualnego rozwoju, o czym powinny pamiętać zarówno osoby pracujące z pacjentami z tego typu schorzeniami, jak również opiekunowie dzieci. Konieczne jest prowadzenie obserwacji stanu dziecka w sytuacji braku wskazań do wdrożenia leczenia, podczas gdy wykazano cechy sugerujące zagrożenie wystąpieniem deformacji lub jej początek, polegającej na systematycznej kontroli i badania przez wykwalifikowanych specjalistów.

Niezwykle istotne jest stosowanie tylko odpowiednio dobranych i spełniających założenia metod terapeutycznych. Oznacza to, że zanim wprowadzone zostanie właściwe leczenie niezbędna jest dokładna diagnostyka lekarza ortopedy, a następnie ocena fizjoterapeutyczna.⁵²

⁵¹ Woynarowska B., Oblacińska A. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne. Studia BAS Nr 2(38) 2014, s. 41–64.

⁵² <https://scoliosisjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13013-017-0145-8/tables/11>

Zalecenia dotyczące ćwiczeń fizjoterapeutycznych specyficznych dla skoliozy, zapobiegających postępowi skoliozy w okresie wzrostu (Wytyczne SOSORT z 2016 r.: leczenie ortopedyczne i rehabilitacyjne idiopatycznej skoliozy w okresie wzrostu):

1. Ćwiczenia fizjoterapeutyczne przeznaczone specjalnie dla skoliozy są zalecane jako pierwszy krok w leczeniu idiopatycznej skoliozy w celu zapobiegania/ograniczenia postępu deformacji i stosowania ortezy.
2. Zaleca się, aby ćwiczenia fizjoterapeutyczne przeznaczone specjalnie dla osób ze skoliozą były zgodne z konsensusem SOSORT i opierały się na autokorekcje w 3D, treningu ADL, stabilizacji skorygowanej postawy i edukacji pacjenta.
3. Zaleca się, aby ćwiczenia fizjoterapeutyczne ukierunkowane na skoliozę były zgodne z metodami jednej ze szkół, które udowodniły skuteczność swojego podejścia badaniami naukowymi.
4. Zaleca się, aby programy ćwiczeń fizjoterapeutycznych ukierunkowane na leczenie skoliozy były opracowywane przez terapeutów specjalnie przeszkolonych w zakresie stosowanego przez nich podejścia.
5. Zaleca się, aby fizjoterapeutyczne ćwiczenia ukierunkowane na skoliozę proponowali terapeuci wchodzący w skład zespołów leczących skoliozę, przy ścisłej współpracy wszystkich członków zespołu.
6. Zaleca się, aby ćwiczenia fizjoterapeutyczne przeznaczone specjalnie dla skoliozy były dostosowywane indywidualnie do potrzeb pacjenta, rodzaju krzywizny kręgosłupa i fazy leczenia.
7. Zaleca się, aby ćwiczenia fizjoterapeutyczne przeznaczone specjalnie dla osób ze skoliozą były zawsze wykonywane indywidualnie, nawet jeśli odbywają się w małych grupach.
8. Zaleca się regularne wykonywanie ćwiczeń fizjoterapeutycznych ukierunkowanych na skoliozę w trakcie leczenia, aby uzyskać najlepsze rezultaty.
9. Zaleca się, aby terapeuci wdrożyli system zgodności w zakresie śledzenia ćwiczeń
10. Zaleca się, aby terapeuci regularnie oceniali jakość wykonywanych przez pacjentów ćwiczeń fizjoterapeutycznych ukierunkowanych na skoliozę.
11. Zaleca się, aby stopień trudności ćwiczeń fizjoterapeutycznych stosowanych w leczeniu skoliozy był stopniowo zwiększany w zależności od możliwości pacjenta.

12. Zaleca się, aby ćwiczenia fizjoterapeutyczne przeznaczone specjalnie dla osób ze skoliozą były nauczane indywidualnie w relacji 1 na 1, aby zapewnić indywidualną opiekę, podczas gdy regularne wykonywanie ćwiczeń może odbywać się również w domu lub w małych grupach.⁵³

Do metod specyficznych, rekomendowanych przez towarzystwo SOSORT (Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment) należą:

1. Metoda Scientific Exercise Approach to Scoliosis (SEAS) – metoda bazuje na trójpłaszczyznowej autokorekcji postawy ciała polegającej na indywidualnie dobranych, specyficznych ruchach tułowia wykonywanych w odpowiedniej kolejności, bez wykorzystania pomocy zewnętrznych, a następnie utrzymanie korekcji podczas czynności bez/z użyciem przyborów lub przyrządów oraz czynności dnia codziennego. Celem metody jest uzyskanie kontroli posturalnej, osiągnięcie przez pacjenta stabilności podczas 3D autokorekcji oraz wyuczenie nawyku przybierania prawidłowej postawy,
2. Metoda Barcelona Scoliosis Physical Therapy School (BSPTS) – celem jest jak największa trójpłaszczyznowa korekcja kręgosłupa i postawy ciała. Metoda obejmuje techniki asymetrycznego rozprężania klatki piersiowej, aktywacji mięśniowej oraz integracji nowo uzyskanej pozycji ciała,
3. Metoda Funkcjonalna Indywidualna Terapia Skolioz (FITS) – po przeprowadzeniu badania i edukacji pacjenta wdrażana jest terapia, na którą składają się ćwiczenia propriocepcji, normalizacja napięć mięśniowo – powięziowych, mająca na celu usuwanie barier mięśniowo – powięziowych w ciele oraz trójpłaszczyznowa korekcja.⁵⁴

Ponadto do metod spełniających kryteria, dzięki którym są one uznawane za metody terapeutyczne specyficzne dla skolioz zalicza się: DoboMed, Schroth, Side.

Dzieci z rozpoznaną skoliozą (kąt Cobba 10°-20°), objęte zostaną leczeniem przy zastosowaniu Specyficznych Metod Fizjoterapeutycznych (PSSE - Physiotherapy Scoliosis Specific Exercises) - 10 indywidualnych sesji po 45 min. Sesje mogą być prowadzone w małych grupach – max po 5 osób, z tym, że zaleca się zachowanie indywidualnego podejścia do każdego dziecka.

Szacunek liczebności populacji objętej działaniami w kierunku profilaktyki skoliozy

⁵³ Negrini, S., Donzelli, S., Aulisa, AG i in. Wytyczne SOSORT z 2016 r.: leczenie ortopedyczne i rehabilitacyjne idiopatycznej skoliozy w okresie wzrostu. Scoliosis 13, 3 (2018). <https://doi.org/10.1186/s13013-017-0145-8>

⁵⁴ <https://centrummedycznestanley.pl/poradnik-pacjenta/specyficzne-metody-fizjoterapii-w-leczeniu-pacjenta-ze-skolioza-idiopatyczna/>

W działaniu szacuje się, że w każdym roku szkolnym - realizacji programu udział weźmie po 3% populacji dzieci i młodzieży ($703 \times 3\% = 22$ osoby) - szacunek oparty jest na podstawie badań Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment (SOSORT 2011), na podstawie których częstość występowania skoliozy idiopatycznej u dzieci i młodzieży, o kącie Cobba powyżej 10° , wynosi ok. 2-3% populacji dzieci i młodzieży.^{55,56}

Dzieci z rozpoznaną skoliozą (kąt Cobba 10° - 20°), objęte zostaną leczeniem przy zastosowaniu Specyficznych Metod Fizjoterapeutycznych (PSSE - Physiotherapy Scoliosis Specific Exercises) - 10 indywidualnych sesji po 45 min. Zaleca się zachowanie indywidualnego podejścia do każdego dziecka.

Ścieżka kwalifikacji dziecka do udziału w działaniu wykorzystującym Specyficzne Metody Fizjoterapeutyczne:

Dodatni wynik testu przesiewowego (podejrzenie bocznego skrzywienia kręgosłupa) wykonanego w szkole przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną – informacja dla rodzica oraz zalecenie zgłoszenia się do lekarza POZ – lekarz POZ, po przeprowadzeniu badania lekarskiego w wyniku którego lekarz ocenił występowanie bocznego skrzywienia kręgosłupa kieruje na dalszą diagnostykę do lekarza specjalisty, który w wyniku dalszej diagnostyki potwierdzi występowanie problemu zdrowotnego i uzna za konieczne objęcie działaniami rehabilitacyjnymi bądź fizjoterapeutycznymi. Wówczas na podstawie wystawionej przez lekarza specjalistę informacji o konieczności objęcia taki działaniami dziecko zostanie objęte wsparciem w ramach programu.

Szacowana liczba godzin Specyficznych Metod Fizjoterapeutycznych: 10 spotkań po 45 min = 7,5 godziny dla jednej grupy.

Liczba uczestników: 22 dzieci ze zdiagnozowaną skoliozą.

Szacowany łączny koszt działania: 10 spotkań po 45 min * 180 zł = 39 600,00 zł

Szacowany koszt działania przeznaczony na jednego uczestnika: 1 800,00 zł

⁵⁵ D. Czaprowski i in., Fizjoterapia w leczeniu młodzieńczej skoliozy idiopatycznej – aktualne rekomendacje oparte o zalecenia SOSORT 2011 (Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment), DOI: 10.2478/rehab-2014-0030 Artykuł poglądowo-przeglądowy Postępy Rehabilitacji (1), 23 – 29, 2014.

⁵⁶ Association between adolescent idiopathic scoliosis prevalence and age at menarche in different geographic latitudes Theodoros B Grivas, Elias Vasiliadis, Vasilios Mouzakis, Constantinos Mihos, Georgios Koufopoulos Scoliosis. 2006; 1: 9. Published online 2006 May 23. doi: 10.1186/1748-7161-1-9 PMCID: PMC1501058.

Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
1) dzieci będące w III klasie szkoły podstawowej mających siedzibę na terenie Miasta Ełk, 2) rozpoznanie u dziecka wady postawy - skoliozy (kąt Cobba 10^0-20^0) w wyniku testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne oraz w wyniku badań profilaktycznych lekarskich (bilanse zdrowia) wykonywanych przez lekarzy POZ, a następnie potwierdzone przez lekarzy specjalistów, którzy w systemie ochrony zdrowia obowiązującym w Polsce, są uprawnieni do wystawiania skierowań na rehabilitację*. 3) zgoda rodziców/opiekunów na udział dziecka w działaniu, 4) posiadanie pisemnej informacji od właściwego lekarza specjalisty w zakresie m.in. rozpoznania i sposobu leczenia stwierdzonej wady postawy, w szczególności w zakresie zniekształceń kręgosłupa.	1) dzieci nie będące w III klasie szkoły podstawowej mających siedzibę na terenie Miasta Ełk, 2) brak rozpoznania u dziecka wady postawy - skoliozy (kąt Cobba 100-200) w wyniku testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne oraz w wyniku badań profilaktycznych lekarskich (bilanse zdrowia) wykonywanych przez lekarzy POZ, a następnie potwierdzone przez lekarzy specjalistów, którzy w systemie ochrony zdrowia obowiązującym w Polsce, są uprawnieni do wystawiania skierowań na rehabilitację, 3) brak zgody rodziców/opiekunów na udział dziecka w działaniu, 4) brak posiadania pisemnej informacji od właściwego lekarza specjalisty w zakresie m.in. rozpoznania i sposobu leczenia stwierdzonej wady postawy, w szczególności w zakresie zniekształceń kręgosłupa.

* Skierowanie do poradni rehabilitacyjnej oraz na zabiegi fizjoterapeutyczne realizowane w warunkach ambulatoryjnych i domowych, może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego z zastrzeżeniem, że w przypadku stwierdzenia u pacjenta wady postawy kwalifikującej się do rehabilitacji leczniczej narządu ruchu lub dysfunkcji narządu ruchu, której przyczyną są wady postawy, skierowanie na zabiegi wystawia, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego będący specjalistą (rehabilitacji ogólnej, rehabilitacji medycznej, rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, chirurgii ortopedycznej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lekarz ze specjalizacją

I stopnia w zakresie chirurgii ortopedycznej, chirurgii urazowo ortopedycznej, ortopedii i traumatologii, rehabilitacji narządu ruchu, rehabilitacji ogólnej, rehabilitacji medycznej lekarz w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu).

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

Działania powinny być realizowane przez specjalistę: fizjoterapeutę.

Wsparcie specjalistów

3. Interwencja 3: WSPARCIE SPECJALISTÓW

Działanie 1: Konsultacje dietetyczne

Grupa docelowa - dzieci, uczniowie z klas III szkół podstawowych, u których w wyniku przeprowadzonych w ramach systemu przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną testów przesiewowych zidentyfikowano nadwagę lub otyłość

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie 5 konsultacji z dietetykiem w ciągu danego roku szkolnego (1 raz w miesiącu 1 spotkanie konsultacyjne – ok. 1 godzin, przy czym 1 godz. = 60 min) w formie spotkań osobistych.

Zakłada się, że w pierwszej konsultacji będzie uczestniczył rodzic/opiekun bez dziecka, a jej celem będzie przeprowadzenie wywiadu na temat dotychczasowego sposobu żywienia tzw. wywiadu żywieniowego.

Odpowiednio zebrane informacje pozwalają zrozumieć potrzeby pacjenta, umożliwiając również wdrożenie zaleceń związanych z dietoterapią. W ramach wywiadu dietetyk zapyta o ewentualne problemy zdrowotne, styl życia, zmiany masy ciała w ostatnim czasie, upodobania żywieniowe, przyjmowane leki oraz suplementy diety. Dokładnej analizie poddany zostanie sposób żywienia - zwyczaje żywieniowe oraz ocena jadłospisu (zarówno pod względem jakościowym, jak i ilościowym) na podstawie dzienniczka żywieniowego. Dodatkowo wywiad żywieniowy będzie uwzględniał także historię karmienia (okres karmienia piersią i rozszerzanie diety), jak również masę urodzeniową dziecka oraz sposób odżywiania matki w trakcie ciąży. Zadaniem dietetyka będzie omówienie błędów żywieniowych dziecka, jak również całej rodziny, przygotowanie listy produktów zalecanych i przeciwwskazanych

oraz przykładowej diety, omówienie zamienników produktów niesprzyjających zdrowiu, czy wysokokalorycznych, które dziecko lubi, przygotowywanie na kolejne konsultacje jadłospisów z przepisami, wzmacnianie postępów dziecka i rodziców w realizacji zaleceń dietetycznych. W ramach ostatniej konsultacji dietetyk wykona pomiary antropometryczne, celem porównania z pierwotnymi pomiarami (które otrzymał od pielęgniarki/higienistki szkolnej w ramach wykonanych systemowo testów przesiewowych). W celu oceny skuteczności proponowanego poradnictwa dietetycznego dwukrotnie zostanie sporządzony kwestionariusz oceny sposobu żywienia (na pierwszej i ostatniej konsultacji), składający się z 10 pytań, którego treść opracuje Realizator, przykładowe pytania: liczba posiłków w ciągu dnia, przerwy między posiłkami, godziny spożywania posiłków, liczba porcji owoców spożywanych w ciągu dnia, liczba porcji warzyw spożywanych w ciągu dnia. itp.

Działania w ramach interwencji skierowane są do dzieci, uczniów z klas III szkół podstawowych, u których w wyniku przeprowadzonych w ramach systemu przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną testów przesiewowych zidentyfikowano nadwagę lub otyłość.

Zaplanowano 5 spotkań po 1 godzinie dla każdego uczestnika działania. Dla 150 uczestników łącznie 750 godzin konsultacji dietetycznej. *Z uwagi na brak dokładnych danych dotyczących faktycznej liczby dzieci w wieku 9 lat, u których zdiagnozowano nadwagę lub otyłość w Mieście Ełk w 2024 r. w programie przewidziano następującą możliwość: w sytuacji, gdy nie będzie przewidzianej liczby chętnych do udziału w działaniu, możliwe jest wydłużenie czasu konsultacji lub liczby spotkań odpowiednio do potrzeb zrekrutowanych uczestników.*

Na podstawie dostępnych badań wynikających z raportu HBSC, według którego - w grupie wieku 11-12 lat – 18% ma nadwagę, a 3% ma otyłość oszacowano wielkość populacji możliwej do objęcia interwencją w zakresie profilaktyki wtórnej nadwagi i otyłości.

Szacując na podstawie liczebności populacji dzieci w wieku 9 lat w mieście Ełk (703 dzieci), oraz biorąc pod uwagę odsetek występowania w tej grupie wieku nadwagi (18%) i otyłości (3%) założono, że działaniem objętych będzie 130 osób z nadwagą i 20 osób z otyłością. Łącznie 150 osób.

Z uwagi na możliwości finansowe budżetu programu przyjęto założenie, że działania mogą być realizowane w małych grupach, bądź w sytuacji, gdy rzeczywista sytuacja, testy przesiewowe wykonane przez pielęgniarkę/ higienistkę w roku bieżącym roku szkolnym wykażą znacznie mniejsze liczby dzieci z przedmiotowym problemem zdrowotnym, możliwe jest realizowanie działań indywidualnie dla pojedynczych uczestników.

(Metodologia obliczeń liczebności: przyjęto liczebność grup po max 5 osób. 150 osób / 5 osobowe grupy = 30 grup).

Szacowana liczba godzin konsultacji dietetycznych: 5 spotkań po 1 godziny = 5 godzin (1 godz. = 60 min.) dla jednej grupy. 150 uczestników = 30 grup po max.5 osób. Dla 150 uczestników łącznie 750 godzin konsultacji dietetycznej.

Liczba uczestników: 150 dzieci, u których w testach przesiewowych stwierdzono nadwagę lub otyłość.

Szacowany łączny koszt działania konsultacja dietetyczna: 150 godzina * 200 zł (koszt 1 konsultacji dietetycznej) = 30 000,00 zł

Szacowany koszt działania przeznaczony na jednego uczestnika: 200,00 zł

Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
1) uczęszczanie do klasy III szkoły podstawowej zlokalizowanej na terenie Miasta Ełk, 2) pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka na udział w programie, 3) stwierdzona, podczas testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w ramach publicznego systemu, nadwaga (wartość BMI w zakresie ≥ 85 centyla dla wieku i płci) lub otyłość (wartość BMI w zakresie ≥ 95 centyla dla wieku i płci).	1) uczęszczanie do innej klasy niż III szkoły podstawowej, 2) uczęszczanie do klasy III szkoły podstawowej poza teren Miasta Ełk, 3) brak pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie, 4) brak stwierdzonej nadwagi (wartość BMI w zakresie ≥ 85 centyla dla wieku i płci) lub otyłości (wartość BMI w zakresie ≥ 95 centyla dla wieku i płci).

Sposób zakończenia udziału w działaniu:

- Dzieci ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością zakończą udział w programie po zrealizowaniu zaplanowanych w ramach interwencji konsultacji dietetycznych, lub
- dzieci ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością zakończą udział w programie w sytuacji pojawienia się jakichkolwiek przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających kontynuowanie uczestnictwa,
- zgłoszenie przez rodzica/opiekuna chęci zakończenia udziału w programie,
- zakończenie realizacji programu.

Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych:

Dietetyk – do realizacji 5 konsultacji dietetycznych, posiadanie co najmniej następujących kwalifikacji: ukończenie studiów na kierunku dietetyka zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskanie co najmniej tytułu zawodowego licencjata na tym kierunku, doświadczenie w zakresie realizacji interwencji profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży.

Działanie 2: Wsparcie psychologiczne

Grupa docelowa - dzieci, uczniowie z klas III szkół podstawowych, u których w wyniku przeprowadzonych w ramach systemu przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną testów przesiewowych zidentyfikowano nadwagę lub otyłość

Leczenie otyłości u dziecka bardzo często jest złożone i wymaga współpracy całego zespołu terapeutycznego, w którego skład wchodzi nie tylko dietetyk, ale również np. psycholog oraz osoba odpowiedzialna za aktywność ruchową dziecka np. fizjoterapeuta czy trener osobisty. Nadwaga czy otyłość wiąże się zarówno z konsekwencjami zdrowotnymi, społecznymi, jak i psychologicznymi. Do przykładów patologii rozwoju dzieci z otyłością prostą zalicza się problem podwyższonego ciśnienia krwi u dzieci otyłych, zaburzenia gospodarki węglowodanowej (prowadzące do cukrzycy), zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższenie cholesterolu całkowitego i trójglicerydów we krwi) czy problemy kostno-stawowe. Ważny problem stanowią także konsekwencje psychospołeczne otyłości dziecięcej (lęk, obniżone poczucie własnej wartości, wycofanie, aleksytymia, uległość, wstyd, doświadczanie uprzedzeń i dyskryminacji), które powodują konieczność zapewnienia opieki psychologicznej, którą powinno być objęte nie tylko chore dziecko, ale również jego rodzina.⁵⁷

⁵⁷ Izdebski P., Rucińska-Niesyn A., Psychologiczne uwarunkowania otyłości u dzieci – rola rodziny, 2009, Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy. Transdyscyplinarne Studia o Kulturze (i) Edukacji nr 4, 149-159.

Zajmując się problematyką nadmiernej masy ciała należy mieć na względzie psychologiczne podłoże problemu, które może stanowić główną barierę redukcji nadmiernej masy ciała.⁵⁸

Nurt psychosomatyczny koncentruje się wokół zagadnień spostrzegania osób otyłych, postaw, stereotypów i konsekwencji ich negatywnego spostrzegania. Najbliższe otoczenie dziecka, jakim jest rodzina, w wielu przypadkach nie potrafi wychwycić rosnącej nadwagi u dziecka, często występuje również zjawisko bagatelizowania problemu dziecięcej nadwagi, co powoduje, że dziecko przyjmuje sposób myślenia rodziców.

W kontekście rodzinnych uwarunkowań otyłości występuje model systemowym, w którym „rodzina otyła” jest systemem dysfunkcyjnym, w którym rodzice są niestali emocjonalnie, zdarza się, że rolą dziecka jest łagodzenie „przepaści” pomiędzy matką, a ojcem.⁵⁹

W ramach programu dzieci i młodzież ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością będą miały możliwość skorzystania z indywidualnych konsultacji psychologicznych. Głównym celem wsparcia psychologicznego będzie uczenie dzieci samoregulacji własnego zachowania, sposobów radzenia sobie z pokusami oraz wdrożenie zdrowego trybu życia, przy ścisłej współpracy z rodzicami, ponieważ środowisko domowe jest główną przestrzenią, w której kreowane są nawyki zdrowego trybu życia.

W ramach współpracy z psychologiem uczestnik będzie prowadził tzw. dziennik żywieniowy, w którym będzie zapisywał codzienne nawyki żywieniowe, co umożliwi poznanie schematów i zachowań żywieniowych. Uczestnik zapoznany zostanie z zasadami zdrowego stylu życia, w tym znaczenia aktywności fizycznej. Podczas konsultacji ustalane będą cele, do których uczestnik będzie dążył.

W ramach niniejszej interwencji planuje się 5 konsultacji psychologicznych (po 45 min) prowadzonych przez psychologa lub terapeutę behawioralnego/pracującego w nurcie behawioralnym.

Wśród psychologicznych koncepcji wyjaśniających mechanizmy zachowań człowieka i opisujących powstawanie i rozwój nadmiernej masy ciała wymienia się teorie: behawioralną, poznawczą, psychoanalityczną, psychosomatyczną i systemową.

Koncepcja behawioralna jest spójna z medycznym rozumieniem otyłości opierająca się na teorii uczenia, podkreśla brak równowagi między energią pobieraną przez jednostkę

⁵⁸ Juruć A., Bogdański P., Osobowość w rozmiarze XXL. Psychologiczne czynniki ryzyka otyłości, Wybrane problemy kliniczne.

⁵⁹ Izdebski P., Rucińska-Niesyn A., Psychologiczne uwarunkowania otyłości u dzieci – rola rodziny, s. 156.

a energią przez nią zużywaną. Główną determinantą otyłości stanowią tu czynniki biologiczne i środowiskowe, zwłaszcza zachowania żywieniowe rodziny takie jak jedzenie większych porcji pokarmu, niż się potrzebuje, brak ustalonych pór posiłków, jedzenie między posiłkami, jedzenie wysokokalorycznych dań oraz styl życia rodziny, kształtujący aktywność fizyczną dziecka - mała aktywność fizyczna, spędzanie czasu przed telewizorem, przy komputerze.

W koncepcji poznawczej otyłość traktowana jest jako konsekwencja nieprawidłowo działających mechanizmów kontroli jednostki zarówno na poziomie behawioralnym (zachowań żywieniowych), jak i kontroli na poziomie psychicznym, tj. wyobrażeń i myśli związanych z jedzeniem. Brak zdolności kontroli u dziecka może wiązać się z nadmierną kontrolą ze strony rodziców, która uniemożliwia doświadczanie przez dziecko własnej, samodzielnej kontroli, a tym samym nie ma możliwości rozwijania swoich możliwości w tym zakresie.

Nurt psychoanalityczny skupia się na relacjach zachodzących w rodzinie dziecka otyłego, czyniąc otyłość rezultatem relacji rodzic-rodzic i rodzice-dziecko. W tym ujęciu jedzenie może kompensować przeżywane przez dziecko trudności i niepowodzenia, pomagać zaspokoić potrzeby w sytuacji dyskomfortu emocjonalnego (np. w sytuacji, gdy czuje się ono niekochane czy nieakceptowane), bądź może być sposobem na odwrócenie uwagi od innych rodzinnych problemów czy konfliktów, poprzez koncentrację na „bezpiecznym temacie” otyłości.

Nurt psychosomatyczny koncentruje się wokół zagadnień spostrzegania osób otyłych, postaw, stereotypów i konsekwencji ich negatywnego spostrzegania. Najbliższe otoczenie dziecka, jakim jest rodzina, w wielu przypadkach nie potrafi wychwycić rosnącej nadwagi u dziecka, często występuje również zjawisko bagatelizowania problemu dziecięcej nadwagi, co powoduje, że dziecko przyjmuje sposób myślenia rodziców.

W ramach programu dzieci ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością będą miały możliwość skorzystania z indywidualnych konsultacji psychologicznych. Głównym celem wsparcia psychologicznego będzie uczenie dzieci samoregulacji własnego zachowania, sposobów radzenia sobie z pokusami oraz wdrożenie zdrowego trybu życia, przy ścisłej współpracy z rodzicami, ponieważ środowisko domowe jest główną przestrzenią, w której kreowane są nawyki zdrowego trybu życia.

W ramach współpracy z psychologiem uczestnik będzie prowadził tzw. dziennik żywieniowy, w którym będzie zapisywał codzienne nawyki żywieniowe, co umożliwi poznanie schematów i zachowań żywieniowych. Uczestnik zapoznany zostanie z zasadami zdrowego

stylu życia, w tym znaczenia aktywności fizycznej. Podczas konsultacji ustalane będą cele, do których uczestnik będzie dążył.

Działania w ramach interwencji skierowane są do dzieci, uczniów z klas III szkół podstawowych, u których w wyniku przeprowadzonych w ramach systemu przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną testów przesiewowych zidentyfikowano nadwagę lub otyłość.

W ramach niniejszej interwencji planuje się 5 konsultacji psychologicznych (po 50 min) prowadzonych przez psychologa lub terapeutę behawioralnego/pracującego w nuncie behawioralnym. Częstotliwość spotkań zostanie ustalona przez psychologa, zgodnie z potrzebami uczestnika. Na podstawie szacowania opisanego w interwencji „konsultacje dietetyczne” przyjęto taką samą liczbę uczestników do interwencji „Opieka psychologiczna” – tj. 150 uczestników w 5 osobowych grupach = 30 grup.

Z uwagi na możliwości finansowe budżetu programu przyjęto założenie, że działania mogą być realizowane w małych grupach, bądź w sytuacji, gdy rzeczywista sytuacja, testy przesiewowe wykonane przez pielęgniarkę/ higienistkę w roku bieżącym roku szkolnym wykażą znacznie mniejsze liczby dzieci z przedmiotowym problemem zdrowotnym, możliwe jest realizowanie działań indywidualnie dla pojedynczych uczestników.

Szacowana liczba godzin konsultacji psychologicznych: 5 spotkań po 1 godziny = 5 godzin (1 godz. = 50 min.) dla jednej grupy. 150 uczestników w grupach max 5-osobowych = 30 grup. Łącznie 150 godzin konsultacji psychologicznych.

Liczba uczestników: 150 dzieci, u których w testach przesiewowych stwierdzono nadwagę lub otyłość.

Szacowany łączny koszt działania konsultacji psychologicznej: 150 godzin * 200 zł (koszt 1 konsultacji psychologicznej) = 30 000,00 zł

Szacowany koszt działania przeznaczony na jednego uczestnika: 200,00 zł

Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
1) uczęszczanie do klasy III szkoły podstawowej zlokalizowanej na terenie Miasta Elk,	1) uczęszczanie do innej klasy niż III szkoły podstawowej, 2) uczęszczanie do klasy III szkoły podstawowej poza teren Miasta Elk,

2) pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka na udział w programie,	3) brak pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie,
3) stwierdzona, podczas testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w ramach publicznego systemu, nadwaga (wartość BMI w zakresie ≥ 85 centyla dla wieku i płci) lub otyłość (wartość BMI w zakresie ≥ 95 centyla dla wieku i płci).	4) brak stwierdzonej nadwagi (wartość BMI w zakresie ≥ 85 centyla dla wieku i płci) lub otyłości (wartość BMI w zakresie ≥ 95 centyla dla wieku i płci).

Sposób zakończenia udziału w działaniu:

- Dzieci ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością zakończą udział w programie po zrealizowaniu zaplanowanych w ramach interwencji opieka psychologiczna, lub
- dzieci ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością zakończą udział w programie w sytuacji pojawienia się jakichkolwiek przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających kontynuowanie uczestnictwa,
- zgłoszenie przez rodzica/opiekuna chęci zakończenia udziału w programie,
- zakończenie realizacji programu.

Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych:

Psycholog - kwalifikacje uzyskane zgodnie z przepisami ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. z 2019 r. poz. 1026) lub **psychoterapeuta** (kwalifikacje uzyskane zgodnie z przepisami określone dla osoby posiadającej certyfikat psychoterapeuty - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. 2019 poz. 1285).

Warsztaty edukacyjno-sportowe (półkolonie)

4. Interwencja 4: Warsztaty edukacyjno-sportowe (półkolonie)

Warsztaty będą uzupełnieniem Interwencji nr 2, zorganizowane będą w celu rekreacyjnym, regeneracji sił fizycznych i psychicznych, spełniające rolę wypoczynku połączonego z pogłębianiem wiedzy, rozwijaniem zainteresowań, uzdolnień i/lub kompetencji społecznych.

Będą składały się z dwóch części, edukacyjnej i aktywizującej.

Celem warsztatów będzie utrwalenie zdobytej wiedzy na temat profilaktyki nadwagi i otyłości oraz profilaktyki wad postawy poprzez:

- zajęcia edukacyjne w formule warsztatów np. kulinarnych, plastycznych,
- zwiększenie aktywności fizycznej poprzez zajęcia sportowe i gry outdoorowe np. gry zręcznościowe i zespołowe, zajęcia na basenie/aqua parku, wyjście na salę zabaw, zajęcia w parku linowym, sporty wodne np. nauka pływania na SUP,
- rozwijanie kompetencji społecznych poprzez wyjście do kina, wspólne wycieczki.

Warsztaty będą okazją do rozwijania nowych umiejętności, zawierania nowych przyjaźni oraz kształtowania umiejętności pracy w grupie.

W trakcie warsztatów zapewniona zostanie kompleksowa opieka, w ramach której każdy uczestnik otrzyma:

- opiekę w godzinach 7.30 – 17.00,
- wyżywienie: II śniadanie, obiad dwudaniowy, podwieczorek,
- akcesoria niezbędne do realizacji poszczególnych warsztatów.

Warsztaty będą odbywały się w czasie wakacji letnich. Czas trwania to 5 dni. Przewidziany koszt 1 uczestnika warsztatów w ciągu 5 dni to 1 000,00 zł.

Dzieci, które będą uczestnikami Interwencji Edukacja, będą miały możliwość wzięcia udziału w **Olimpiadzie wiedzy o zdrowym stylu życia**. Olimpiada będzie składała się z dwóch etapów – klasowego i międzyszkolnego. Z każdej klasy zostanie wyłonionych 3 laureatów z najwyższą liczbą punktów, którzy przejdą do etapu międzyszkolnego. W etapie

międzyszkolnym 10 uczniów z najwyższą liczbą punktów weźmie udział w warsztatach edukacyjno-sportowych (półkoloniach).

Szacowana liczba godzin warsztatów edukacyjno-sportowych: 5 dni po 9,5 godz. = 47,5 godziny.

Liczba uczestników: 10 dzieci.

Szacowany łączny koszt działania: 1000,00 zł*10 osób = 10 000,00 zł

Szacowany koszt działania przeznaczony na jednego uczestnika: 100,00 zł

Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
1) status ucznia szkoły podstawowej znajdującej się na terenie Miasta Ełk, będącego w klasie III, udokumentowany legitymacją szkolną, 2) wyrażenie pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie, 3) udział w Olimpiadzie wiedzy o zdrowym stylu życia (przejście z etapu klasowego do międzyszkolnego i zdobycie wyniku, który plasuje uczestnika w pierwszej dziesiątce pod względem liczby zdobytych punktów).	1) brak statusu ucznia szkoły podstawowej znajdującej się na terenie Miasta Ełk, będącego w klasie III, udokumentowany legitymacją szkolną, 2) brak wyrażenie pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie, 3) brak udziału w Olimpiadzie wiedzy o zdrowym stylu życia.

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

Wybrany przez Realizatora programu Organizator niniejszych warsztatów musi spełniać obowiązki wynikające z art. 92 c ustawy system oświaty:

1. Organizatorami wypoczynku mogą być:

1) szkoły i placówki;

2) przedsiębiorcy wpisani do rejestru organizatorów turystyki i przedsiębiorców ułatwiających nabywanie powiązanych usług turystycznych, o którym mowa w art. 22 ust. 2 ustawy z dnia 24 listopada 2017 r. o imprezach turystycznych i powiązanych usługach turystycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2211);

3) osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, inne niż wymienione w pkt 1 i 2, organizujące wypoczynek w celu:

a) niezarobkowym albo

b) zarobkowym, jeżeli organizowany wypoczynek nie stanowi imprezy turystycznej, o której mowa w art. 4 pkt 2 ustawy z dnia 24 listopada 2017 r. o imprezach turystycznych i powiązanych usługach turystycznych.

2. Organizator wypoczynku zapewnia:

1) bezpieczne i higieniczne warunki wypoczynku, w szczególności organizuje wypoczynek w obiekcie lub na terenie spełniającym wymagania ochrony przeciwpożarowej, ochrony środowiska oraz warunki higieniczno-sanitarne, określone w przepisach o ochronie przeciwpożarowej, ochronie środowiska i Państwowej Inspekcji Sanitarnej, a w przypadku wypoczynku z udziałem dzieci i młodzieży niepełnosprawnej - organizuje wypoczynek w obiekcie lub na terenie dostosowanym do potrzeb wynikających z rodzaju niepełnosprawności uczestników wypoczynku;

2) kadrę wypoczynku, którą stanowią:

a) kierownik wypoczynku i wychowawcy wypoczynku spełniający warunki, o których mowa w art. 92p ust. 1-6; liczba wychowawców wypoczynku jest odpowiednia do liczby uczestników wypoczynku,

b) w zależności od programu wypoczynku i realizowanych zajęć - trenerzy i instruktorzy sportu, rekreacji, animacji kulturalno-oświatowej, lektorzy języka i inne osoby prowadzące zajęcia podczas wypoczynku, które spełniają następujące warunki:

– mają ukończone 18 lat,

– posiadają co najmniej wykształcenie średnie lub średnie branżowe,

– posiadają wiedzę, doświadczenie i umiejętności niezbędne do realizowanych zajęć;

3) dostęp do opieki medycznej:

a) w ramach świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146) lub

b) na podstawie umowy zawartej z lekarzem, pielęgniarką lub ratownikiem medycznym;

- 4) program wypoczynku i zajęcia dostosowane do wieku, zainteresowań i potrzeb uczestników, ich stanu zdrowia, sprawności fizycznej i umiejętności;
 - 5) żywienie zgodne z zasadami higieny żywienia określonymi w ustawie z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2023 r. poz. 1448);
 - 6) bezpieczne korzystanie z wyznaczonego obszaru wodnego zgodnie z ustawą z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 714);
 - 7) bezpieczne przebywanie w górach oraz na zorganizowanych terenach narciarskich zgodnie z ustawą z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz. U. z 2023 r. poz. 1154).
3. Opinia potwierdzająca spełnianie przez obiekt lub teren wymagań ochrony przeciwpożarowej, o których mowa w ust. 2 pkt 1, wydana przez właściwego miejscowo komendanta powiatowego (miejskiego) Państwowej Straży Pożarnej, jest ważna przez okres 3 lat od dnia jej wydania, jeżeli warunki ochrony przeciwpożarowej obiektu lub terenu nie uległy zmianie.

Zgodnie z art. 92d Organizator wypoczynku jest obowiązany zgłosić kuratorowi oświaty właściwemu ze względu na siedzibę lub miejsce zamieszkania organizatora wypoczynku zamiar zorganizowania wypoczynku, z zastrzeżeniem art. 92e ust. 1, zgodnie z zakresem danych, o których mowa w ust. 3

Ponadto zgodnie z art. 92j. organizator wypoczynku informuje rodziców uczestnika albo pełnoletniego uczestnika wypoczynku o warunkach organizacji wypoczynku, w szczególności o terminie, miejscu lub trasie wypoczynku, jego programie i regulaminie oraz zgodnie z art. 92k. organizator wypoczynku zakłada dla uczestnika wypoczynku kartę kwalifikacyjną, z wyłączeniem wypoczynku, o którym mowa w art. 92e ust. 1.

Wymagania dotyczące personelu – zgodnie z art. 92p:

1. Kierownikiem wypoczynku może być osoba, która:

1) nie była karana za umyślne przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu, przestępstwo przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, przestępstwo przeciwko rodzinie i opiece, z wyjątkiem przestępstwa określonego w art. 209 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 17), przestępstwo określone w rozdziale 7 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 1939) albo wobec której nie orzeczono zakazu prowadzenia działalności związanej z wychowywaniem, leczeniem, edukacją małoletnich lub opieką nad nimi lub zakazu przebywania w określonych środowiskach lub

miejscach, kontaktowania się z określonymi osobami, zbliżania się do określonych osób lub opuszczania określonego miejsca pobytu bez zgody sądu;

2) ukończyła 18 lat;

3) posiada co najmniej wykształcenie średnie lub średnie branżowe;

4) ukończyła kurs na kierownika wypoczynku;

5) posiada co najmniej trzyletnie doświadczenie w wykonywaniu zadań dydaktyczno-wychowawczych lub opiekuńczo-wychowawczych, uzyskane w okresie ostatnich 15 lat.

2. Wychowawcą wypoczynku może być osoba, która:

1) spełnia warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1-3;

2) ukończyła kurs na wychowawcę wypoczynku.

3. Warunek, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, nie dotyczy instruktorów harcerskich w stopniu co najmniej przewodnika lub równoważnym nadanym w organizacji harcerskiej funkcjonującej w Rzeczypospolitej Polskiej albo w stopniu równoważnym nadanym w organizacji harcerskiej funkcjonującej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej, pełniących funkcję kierownika wypoczynku lub wychowawcy wypoczynku w formach wypoczynku organizowanych przez organizacje harcerskie.

4. Warunek, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, nie dotyczy osób zajmujących stanowiska kierownicze w szkołach lub placówkach oraz instruktorów harcerskich w stopniu co najmniej podharcemistrza lub równoważnym nadanym w organizacji harcerskiej funkcjonującej w Rzeczypospolitej Polskiej albo w stopniu równoważnym nadanym w organizacji harcerskiej funkcjonującej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej.

5. Warunek, o którym mowa w ust. 1 pkt 5, nie dotyczy nauczycieli oraz instruktorów harcerskich w stopniu co najmniej podharcemistrza lub równoważnym nadanym w organizacji harcerskiej funkcjonującej w Rzeczypospolitej Polskiej albo w stopniu równoważnym nadanym w organizacji harcerskiej funkcjonującej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej.

6. Warunek, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, nie dotyczy nauczycieli, osób pracujących z dziećmi w placówkach wsparcia dziennego lub placówkach opiekuńczo-wychowawczych, które posiadają wykształcenie określone w art. 26 ust. 1 pkt 1 lit. a lub w art. 98 ust. 1 pkt 1 ustawy

z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 177), oraz instruktorów harcerskich w stopniu co najmniej przewodnika lub równoważnym nadanym w organizacji harcerskiej funkcjonującej w Rzeczypospolitej Polskiej albo w stopniu równoważnym nadanym w organizacji harcerskiej funkcjonującej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej.

7. Równoważność stopnia, o którym mowa w ust. 3-6, stwierdza kurator oświaty właściwy ze względu na siedzibę lub miejsce zamieszkania organizatora wypoczynku, w drodze decyzji administracyjnej. Kurator oświaty może zasięgnąć opinii organizacji harcerskiej funkcjonującej w Rzeczypospolitej Polskiej lub zwrócić się do organizatora wypoczynku o przedstawienie dokumentów niezbędnych do ustalenia równoważności stopnia.

8. W celu potwierdzenia spełniania warunku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1:

1) kandydat na kierownika lub wychowawcę wypoczynku jest obowiązany przedstawić organizatorowi wypoczynku informację z Krajowego Rejestru Karnego; informacja ta zachowuje ważność przez okres 12 miesięcy od dnia jej wydania;

2) kandydat na kierownika lub wychowawcę wypoczynku, który jest jednocześnie zatrudniony na podstawie przepisów, które przewidują warunek niekaralności za przestępstwo popełnione umyślnie, składa w formie pisemnej oświadczenie o niekaralności za przestępstwa, o których mowa w ust. 1 pkt 1.

VII. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Wybór Realizatora programu przeprowadzony zostanie zgodnie z zapisami art. 48b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.) w drodze konkursu ofert. Ogłoszenie konkursu ofert planuje się na rok 2024.

Wszelka dokumentacja medyczna powstała w związku z realizacją programu prowadzona będzie w zgodzie z przepisami o ochronie danych osobowych. Realizator zapewni dostęp do interwencji w ramach programu również w godzinach popołudniowych.

Aby zapobiec podwójnemu finansowaniu świadczeń w ramach realizacji programach Realizator uzyska od uczestników (rodziców/opiekunów prawnych) informację na podstawie np. oświadczenia, iż uczestnik (dziecko) nie korzysta z takiego samego rodzaju świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

VIII. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Dobrowolne odstępienie od udziału w programie jest możliwe na każdym jego etapie.

Szczegółowe informacje w zakresie sposobu zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej zostały przedstawione przy opisie każdego działania w ramach planowanych interwencji w części VI programu polityki zdrowotnej „Planowane interwencje”.

IX. Organizacja programu polityki zdrowotnej

Szczegółowe informacje dotyczące organizacji programu polityki zdrowotnej zostały opisane w części VI programu polityki zdrowotnej „Planowane interwencje”.

Ponadto w programie przewidziana jest do realizacji akcja informacyjna.

Akcja informacyjna skierowana do populacji Miasta Ełku, możliwej do włączenia do programu. Akcja ma na celu upowszechnienie informacji o realizowanym programie i zwiększenie zgłaszalności do programu.

W ramach akcji możliwe do zrealizowania jest upowszechnienie informacji poprzez: informacje na stronach internetowych Realizatora i organu JST, informacje w szkołach podstawowych oraz placówkach POZ.

Ocena technologii medycznych interwencji planowanych w programie

Wszystkie zaplanowane w niniejszym programie interwencje zgodne są z dowodami naukowymi przedstawionymi w poniższych rekomendacjach i dowodach naukowych.

Rekomendacje i dowody naukowe

Wśród organizacji i towarzystw naukowych, które zajmują się opracowywaniem rekomendacji i wytycznych dotyczących profilaktyki otyłości wśród dzieci znajdują się m.in.:

- Michigan Quality Improvement Consortium Guideline (MQICG),
- New Zealand Ministry of Health (MoH NZ),
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE),
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF),
- Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC),
- American Psychological Association (APA),
- Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLRwP),
- Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR),
- Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością (PTBO),

Według odnalezionych rekomendacjach działania ukierunkowane na zapobieganie nadmiernemu przyrostowi masy ciała, modyfikację diety oraz poziomu aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży powinny aktywnie angażować rodziców oraz opiekunów, a jej celem powinno być uświadomienie znaczenia ich roli w modelowaniu przez nich zachowań zdrowotnych (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej (MQIC 2018a, MoH NZ 2016, NICE 2015a, NICE 2015b).

W przeglądzie systematycznym Wang 2018 wskazano, że interwencje edukacyjne m.in.: sesje konsultacyjne, sesje szkoleniowe/dyskusyjne dla rodziców czy spotkania edukacyjno-informacyjne, których odbiorcami byli rodzice i nauczyciele, podczas których poruszano tematy m.in. na zdrowego odżywiania, mają pozytywny wpływ na zmiany w obrębie obwodu talii dzieci. Badania naukowe wskazują, że interwencje skierowane na całą rodzinę (family-based treatment - FBT) uznawane jest za najlepszą możliwą metodę leczenia otyłości dziecięcej, który wydaje się przynosić wiele korzyści zarówno w perspektywie krótko- i długoterminowej oceny efektów leczenia.⁶⁰ Powyższe potwierdzają również rekomendacje Amerykańskiej Akademii Pediatrii wskazując konieczność inicjowania programów i projektów, które będą podejmowały próbę kompleksowej pomocy całej rodzinie w zmianie stylu życia.⁶¹

Zgodnie z wytycznymi brytyjskiego National Institute for Health and Care Excellence (NICE) w zakresie podejmowania działań o charakterze informacyjnym oraz działań podnoszących świadomość na temat otyłości, interwencje powinny być realizowane w dłuższej perspektywie czasowej oraz mieć charakter multikomponentowy, nie powinny być prowadzone w formie jednorazowych działań (NICE 2015a). Zaplanowane do przekazania treści powinny być dostosowane do poszczególnych grup odbiorców, z uwzględnieniem wieku, statusu socjoekonomicznego, grupy etnicznej. Powinny być one jasne, spójne, specyficzne i nikogo nie oceniające. Ważne jest, aby podejmowane interwencje były zintegrowane z lokalnymi strategiami w zakresie otyłości (NICE 2015b).

Interwencje multikomponentowe, których celem jest reedukacja masy ciała oraz wypracowanie pożądaných nawyków żywieniowych, jak również dotyczących aktywności fizycznej, powinny być tak zaplanowane, aby umożliwiły utrzymanie uzyskanych rezultatów. Interwencje te powinny obejmować w sumie minimum 26 godzin kontaktowych (APA 2018, MQIC 2018b, USPSTF 2017).

⁶⁰ Boutelle, K. N., Kang Sim, D. E., Rhee, K. E. Manzano, M., Strong, D. R. (2021). Family based treatment program contributors to child weight loss. International Journal of Obesity.

⁶¹ <https://publications.aap.org/pediatrics/article/151/2/e2022060641/190440/Executive-Summary-Clinical-Practice-Guideline-for?autologincheck=redirected>

Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami/dowodami skuteczności w odniesieniu do zapobiegania wystąpienia nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży, pożądane są działania obejmujące właściwą dietę, odpowiedni poziom aktywności fizycznej, działania edukacyjne oraz aspekt odpowiedniej ilości snu. Ponadto zalecenia wskazują na konieczność zaangażowania szkół w realizację interwencji prewencyjnych. Wszelkie interwencje, których celem jest zapobieganie nadmiernemu przyrostowi masy ciała, poprawa diety oraz poziomu aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży powinny aktywnie angażować ich rodziców oraz opiekunów (MoH NZ 2016, NICE 2015a, NICE 2015b).

W wywiadzie poprzedzającym badania fizykalne należy uwzględniać takie kwestie jak: historia rodziny, troska rodziców o masę ciała dziecka, wzorce żywieniowe w zakresie częstotliwości spożywania posiłków poza domem, jedzenia śniadań, doboru odpowiednich warzyw i owoców, spożywania nadmiernych porcji jedzenia. Ponadto należy zebrać informacje na temat poziomu aktywności fizycznej, aktualnej kondycji psychicznej, snu, zażywania leków, w tym suplementów diety (MQIC 2018b, MoH NZ 2016). W odnalezionych wytycznych wskazuje się następujące kryteria rozpoznania dla nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży: - nadwaga – wartość BMI w zakresie: >97 centyla (ISPED, ISP 2018), 90-97 centyla dla płci i wieku (KLRwP/PTMR/PTBO 2018), ≥85 centyla dla wieku i płci (APA 2018), >85 centyla CTFPHC 2015); - otyłość – wartość BMI w zakresie: >97. centyla dla wieku i płci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, CTFPHC 2015), ≥95 centyla dla wieku i płci (APA 2018, USPSTF 2017, AAFP 2017).

W zapobieganiu rozwojowi nadwagi i otyłości bardzo ważną rolę odgrywa kształtowanie właściwych nawyków związanych z aktywnością fizyczną. Optymalny czas poświęcany na aktywność fizyczną wynosi 60 minut; rekomendacje wskazują, że aktywność ta powinna być podejmowana codziennie lub niemal codziennie (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, ES 2017, MoH NZ 2016). Szczególnie zalecane formy ruchu to: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie. (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, ISPED, ISP 2018). Zwiększenie poziomu aktywności fizycznej można osiągnąć od 2-3 r.ż. poprzez aktywną zabawę, spacer, korzystanie z roweru trójkołowego i po 5-6 r.ż., promując także udział w zajęciach sportowych 2-3 razy w tygodniu (ISPED, ISP 2018). Ponadto interwencje ukierunkowane na zwiększenie poziomu aktywności fizycznej powinny skupiać się na działaniach, które łatwo wdrożyć w codziennym życiu (np. poruszanie się pieszo). Powinny być one dostosowane do indywidualnych preferencji, warunków życia, a ich celem powinna być poprawa wiary ludzi w ich zdolność do zmiany (np. przez perswazję werbalną,

modelowanie zachowań związanych z podejmowaną aktywnością fizyczną, omawianie pozytywnych efektów) (NICE 2015a).⁶²

Zalecenia SRS oraz SOSORT dotyczące leczenia skolioz wskazują umownie przyjęte przedziały wartości kątowych skrzywienia – do 10°, 10-24°, 25°, 25–40° i powyżej, zalecając w zależności od przedziału – obserwację, specyficzną fizjoterapię ambulatoryjną (Physiotherapeutic Specific Exercises – PSE) lub stacjonarną intensywną rehabilitację (Special Inpatient Rehabilitation – SIR), stosowanie gorsetów i leczenie operacyjne.⁶³ W związku z faktem, iż skoliozy rozpoznaje się przy wartości kątowej co najmniej 10°, a oczekiwana progresja bez podjęcia jakichkolwiek interwencji szacowana jest na rząd 5° rocznie, w ciągu trzech lat biernych obserwacji mogłoby dojść o skrzywienia o wartości kątowej nawet do 25°. Aby zapobiec postępowi choroby powinno podejmować się fizjoterapeutyczne działania korekcyjne. Jeśli skolioza nie jest zbyt zaawansowana i nie ma przeszkód natury mechanicznej, na ogół metody te przynoszą oczekiwany efekt, pod postacią korekcji lokalnej kręgosłupa. Każdorazowo podkreśla się jednak konieczność wnikliwej oceny każdego przypadku oraz zastosowanie indywidualnego podejścia w planowanym procesie fizjoterapeutycznym.⁶⁴

Zastosowanie PSE zaleca się u dzieci ze skoliozą o kącie Cobba 10-20° celem zapobieżeniu lub ograniczeniu postępu deformacji w skoliozie idiopatycznej. Każde tego typu działanie powinno być zaplanowane indywidualnie i uwzględniać potrzeby dziecka, a oprócz metod korekcyjnych obejmować także trening czynności motorycznych dnia codziennego (Activities of Daily Living - ADL) oraz edukację zdrowotną kierowaną zarówno do dziecka, jak i jego rodziców/opiekunów.⁶⁵ Wśród metod stosowanych w PSE można wymienić m.in.: DoboMed⁶⁶, Lyon⁶⁷, MedX⁶⁸, Schroth⁶⁹, czy SEAS⁷⁰. Fizjoterapeuta prowadzący zajęcia

⁶² Opinie Prezesa AOTMiT.

⁶³ Negrini, S., Aulisa, A.G., Aulisa, L. et al. 2011 SOSORT guidelines: Orthopaedic and Rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. *Scoliosis* 7, 3 (2012). <https://doi.org/10.1186/1748-7161-7-3>

⁶⁴ Czupryna K. i wsp., O skoliozach inaczej (cz. II) Podstawy leczenia zachowawczego, *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie Rzeszów* 2012, 4, 513–522.

⁶⁵ Negrini, S., Aulisa, A.G., Aulisa, L. et al. 2011 SOSORT guidelines: Orthopaedic and Rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. *Scoliosis* 7, 3 (2012). <https://doi.org/10.1186/1748-7161-7-3>

⁶⁶ Durmała J. et al., Influence of asymmetric mobilisation of the trunk on the Cobb angle and rotation in idiopathic scoliosis in children and adolescents. *Ortop Traumatol Rehabil.* 2003 Feb 28; 5(1):80-5.

⁶⁷ Ferraro C, Masiero S, Venturin A. Effect of exercise therapy on mild idiopathic scoliosis. *Europa Medicophysica.* 1998. pp. 25–31

⁶⁸ McIntire K, Asher M, Burton D, Liu W, Trunk rotational strength training for the management of adolescent idiopathic scoliosis (AIS). *Stud Health Technol Inform.* 2006; 123():273-80.

⁶⁹ Weiss HR, Weiss G, Petermann F, Incidence of curvature progression in idiopathic scoliosis patients treated with scoliosis in-patient rehabilitation (SIR): an age- and sex-matched controlled study. *Pediatr Rehabil.* 2003 Jan-Mar; 6(1):23-30.

⁷⁰ Negrini S, Zaina F, Romano M, Negrini A, Parzini S, Specific exercises reduce brace prescription in adolescent idiopathic scoliosis: a prospective controlled cohort study with worst-case analysis. *J Rehabil Med.* 2008 Jun; 40(6):451-5.

w ramach PSE powinien posiadać kwalifikacje do posługiwania się odpowiednimi metodami terapeutycznymi, odpowiednie doświadczenie w fizjoterapii stosowanej dla potrzeb ortopedii dziecięcej, umiejętności analizy postawy ciała w ontogenezie oraz umiejętności doboru ćwiczeń w zależności od etapów kształtowania się cech motorycznych.⁷¹

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

W celu realizacji programu polityki zdrowotnej należy spełnić wymagania dotyczące personelu, a także wymagania dotyczące wyposażenia i warunków lokalowych.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz miejsca, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, Realizator stosować będzie obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

Realizator zapewni wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

Szczegółowe informacje w zakresie warunków realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych zostały przedstawione przy opisie każdego działania w ramach planowanych interwencji w części VI programu polityki zdrowotnej „Planowane interwencje”.

XI. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które zapewnią bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określą wpływ programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i będzie służyło kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja zaś będzie procesem analizy danych uzyskanych w programie i będzie realizowana po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

⁷¹ D. Czaprowski i in., Fizjoterapia w leczeniu młodzieńczej skoliozy idiopatycznej – aktualne rekomendacje oparte o zalecenia SOSORT 2011 (Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment), Postępy Rehabilitacji (1), 23 – 29, 2014.

1. Monitorowanie

Monitoring programu prowadzony będzie poprzez ocenę zgłaszalności do programu, w formie np. kwartalnych raportów, ocenę jakości podjętych działań – na podstawie ankiet satysfakcji uczestników z udziału w programie oraz ocenę efektywności programu – porównanie stanu końcowego ze stanem wyjściowym. Monitorowanie powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia programu.

Ocena zgłaszalności do programu stanowi istotny element monitorowania i powinna być prowadzona przy wykorzystaniu co najmniej następujących wskaźników:

Wskaźniki do monitorowania

1. Liczba osób, które zgłosiły się do programu;
2. Liczba osób włączonych do programu;
3. Liczba osób włączonych do działań w poszczególnych interwencjach programu;
4. Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu z powodów zdrowotnych, lub innych powodów;
5. Liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji;
6. Liczba osób, które ukończyły program;
7. Liczba osób, które nie ukończyły działań rozpoczętych w ramach poszczególnych interwencji programu;
8. Liczba rodziców, którzy wzięli udział w konsultacjach dietetycznych;
9. Liczba dzieci, które wzięły udział w 1, 2 i 3 konsultacji dietetycznej (liczona osobno na każdą konsultację);
10. Liczba dzieci, które zostały objęte opieką psychologiczną;
11. Liczba dzieci, które wzięły udział w aktywności fizycznej zaplanowanej w ramach interwencji 2: działanie 1, działanie 2 i działanie 5;
12. Liczba dzieci, które wzięły udział w Olimpiadzie wiedzy o zdrowym stylu życia;

W ramach prowadzonego monitoringu na bieżąco rejestrowane będą indywidualne informacje o każdym z uczestników programu, w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel, co najmniej takich jak:

- a) data wyrażenia zgody na uczestnictwo w programie, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych;

- b) informacje o działaniach, z których skorzystał uczestnik;
- c) data zakończenia udziału w programie wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji programu, wycofanie zgody na uczestnictwo w programie, zmiana miejsca zamieszkania na obszar poza objęty działaniami programu).

W ramach działań związanych z procesem monitoringu przeprowadzona zostanie ocena jakości udzielanych usług zdrowotnych. W tym celu każdemu uczestnikowi programu zostanie zapewniona możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń. Ocena jakości może być przeprowadzona przez zewnętrznego eksperta. Zbiorcze wyniki oceny jakości usług zdrowotnych, jak np. odsetek pozytywnych opinii w stosunku do wszystkich opinii uczestników, będą przedstawione w raporcie końcowym, opracowanym przez Realizatora.

Z uwagi na fakt, iż niniejszy program jest przewidziany do realizacji w okresie 38 miesięcy, po każdym roku realizacji Realizator programu przygotowuje raport, w którym przeanalizowane zostaną wyżej wymienione wskaźniki monitorowania, w celu bieżącej kontroli realizacji zaplanowanych w programie działań (zarówno pod kątem zgłaszalności jak i jakości udzielanych usług zdrowotnych). Dane uzyskane w wyniku okresowej analizy będą służyły ewentualnej korekcie działań w przyszłych latach realizacji programu, tak aby z roku na rok maksymalizować efekty programu.

2. Ewaluacja

Ewaluacja sporządzona zostanie po zakończeniu programu przez Realizatora lub podmiot zewnętrzny. Ewaluacja będzie opierała się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej.

Wskaźniki do ewaluacji:

1. Liczba rodziców/opiekunów prawnych, którzy w wyniku działań edukacyjnych podnieśli poziom swojej wiedzy z zakresu czynników ryzyka występowania nadwagi i otyłości oraz wad postawy;
2. Liczba dzieci, które w wyniku działań edukacyjnych podniosły poziom swojej wiedzy z zakresu czynników ryzyka występowania nadwagi i otyłości oraz wad postawy;

Ewaluacja powinna zostać zawarta w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego programu.

Ponadto w ramach ewaluacji zostanie opracowany raport końcowy z realizacji PPZ i przesłany go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji.

XII. Budżet programu polityki zdrowotnej

Program zaplanowany jest do realizacji w latach 2024-2028, przez okres 38 miesięcy.

Budżet programu uwzględnia koszty poszczególnych składowych (tj. m.in. koszty interwencji, wynagrodzeń, obsługi administracyjnej, działań edukacyjnych, i informacyjno-edukacyjnych itp.).

Przedstawione w budżecie koszty stanowią katalog otwarty, w związku z czym podczas realizacji działań programu Realizator powinien uwzględnić niezbędne, realne koszty, zgodne z cenami rynkowymi obowiązującymi w momencie realizacji działań programu oraz uwzględnić możliwości finansowane i posiadane środki.

Przedstawione kwoty są kwotami orientacyjnymi, oszacowanymi na dzień opracowywania treści programu, możliwymi do modyfikacji w wyniku realizacji.

Działania w ramach programu będą udzielane uczestnikom bezpłatnie.

Wartości niniejsze są szacunkowe.

1. Koszty jednostkowe w całym okresie realizacji PPZ

Interwencja I – 34,00 zł/ osobę

Interwencja II – 182,16 zł/ osobę

Interwencja III – 1 000,00 zł/osobę

2. Koszty całkowite

Całkowity koszt PPZ – **1 080 000,00 zł**

Koszt PPZ w podziale na lata realizacji (orientacyjny):

2024 rok	0,00 zł (0% budżetu)
2025 rok	270 000,00 zł (25% budżetu)
2026 rok	270 000,00 zł (25% budżetu)
2027 rok	270 000,00 zł (25% budżetu)
2028 rok	270 000,00 zł (25% budżetu)

Szacunkowe koszty programu						rok realizacji 2024/2025	rok realizacji 2025/2026	rok realizacji 2026/2027	rok realizacji 2027/2028
Rok szkolny 2024/2025 2025/2026 2026/2027 2027/2028	Interwencja / działanie	liczba uczestników (osoby)	liczba	jednostka miary	cena	wartość	wartość	wartość	wartość
	Interwencja I EDUKACJA								
	Rodziców/opiekunów prawnych dzieci klas III SP	703 (grupy 25 osobowe =28 grup)	2	godzina	100,00 zł	5 600,00 zł	5 600,00 zł	5 600,00 zł	5 600,00 zł
	dzieci klas III SP	703 (grupy 25 osobowe =28 grup)	5	godzina	120,00 zł	16 800,00 zł	16 800,00 zł	16 800,00 zł	16 800,00 zł
	pielęgniarek/higienistek szkolnych	22	15	godzina	150,00 zł	2 250,00 zł	2 250,00 zł	2 250,00 zł	2 250,00 zł
	Interwencja II i III AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA I WSPARCIE SPECJALISTÓW								
	dzieci klas III SP - zdrowi	531 osób w grupach po 20 osób = 27 grupy zajęciowe	531	dzieci	30,00 zł	15 930,00 zł	15 930,00 zł	15 930,00 zł	15 930,00 zł
	dzieci klas III SP z nadwagą i otyłością, w tym:								
	fizjoterapia	150 (grupy 5 osobowe) = 30 grup	3	spotkanie	150,00 zł	13 500,00 zł	13 500,00 zł	13 500,00 zł	13 500,00 zł
	basen	150 (grupy 10 osobowe) = 15 grup	20	godzina	12,00 zł	36 000,00 zł	36 000,00 zł	36 000,00 zł	36 000,00 zł
	wynagrodzenie instruktora na basenie	poprowadzenie zajęć dla 15 grup po 10 osób	20	godzina	150,00 zł	45 000,00 zł	45 000,00 zł	45 000,00 zł	45 000,00 zł
	Wsparcie specjalistyczne - KONSULTACJE DIETETYCZNE	150 (grupy 5 osobowe) = 30 grup	5	konsultacja	200,00 zł	30 000,00 zł	30 000,00 zł	30 000,00 zł	30 000,00 zł
	Wsparcie specjalistyczne - OPIEKA PSYCHOLOGICZNA	150 (grupy 5 osobowe) = 30 grup	5	spotkanie	200,00 zł	30 000,00 zł	30 000,00 zł	30 000,00 zł	30 000,00 zł

„Program polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki nadwagi i otyłości oraz wad postawy wśród dzieci klas III szkół podstawowych w mieście Ełku na lata 2024-2028”

fizjoterapia dla dzieci ze skoliozą Specyficzne Metody Fizjoterapeutyczne	liczba dzieci - 3% z 703 = 22 osoby	10	godzina	180,00 zł	39 600,00 zł	39 600,00 zł	39 600,00 zł	39 600,00 zł
Interwencja IV - WARSZTATY EDUKACYJNO-SPORTOWE (PÓLKOLONIE)								
warsztaty edukacyjno-sportowe	10,00	5,00	dzień	1 000,00	10 000,00	10 000,00	10 000,00	10 000,00
promocja projektu		1	pakiet	2 000,00	2 000,00 zł	2 000,00 zł	2 000,00 zł	2 000,00 zł
zarządzanie (38 miesięcy)		38	miesiąc	500,00	19 000,00 zł	19 000,00 zł	19 000,00 zł	19 000,00 zł
ewaluacja		1	pakiet	1 000,00	1 000,00 zł	1 000,00 zł	1 000,00 zł	1 000,00 zł
koszty pośrednie		1	pakiet		3 320,00 zł	3 320,00 zł	3 320,00 zł	3 320,00 zł
suma					270 000,00 zł	270 000,00 zł	270 000,00 zł	270 000,00 zł
Lata realizacji 2024-2028 suma					1 080 000,00 zł			

Źródło: opracowanie własne

3. Źródła finansowania

Możliwe publiczne źródła finansowania programu to: budżet JST, Narodowy Fundusz Zdrowia, budżet Państwa, środki europejskie.

W przypadku posiadania dodatkowych środków finansowych, budżet programu może zostać zwiększony.

XIII. Bibliografia

1. Pawluk, P. Gosa, M. Jodkiewicz, M. Kaczorek, P. Nagel, S. Pacyna, A. Wedziuk-Reszka, K. Wolnicka, Nadwaga i otyłość małymi krokami do zdrowia, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy
2. M. Wąsowski, M. Walicka, E. Marcinowska-Suchowierska, Otyłość – definicja, epidemiologia, patogenez, Postępy Nauk Medycznych 4/2013
3. <https://centrumrespo.pl/dzieci/kalkulator-bmi-dla-dzieci-sprawdz-wskaznik-masy-ciala-swojego-dziecka/>
4. <https://przegladpediatryczny.pl/a1352/Otylosc-u-dzieci-.html>
5. Krzesiek Elżbieta: Otyłość u dzieci. Problem zdrowotny XXI wieku, In: Dieta w chorobach przewodu pokarmowego u dzieci / Krzesiek Elżbieta (eds.), 2018, Wrocławskie Wydawnictwo Naukowe Atla 2, ISBN 978-83-65071-35-4, pp. 53- 64
6. Pawluk, P. Gosa, M. Jodkiewicz, M. Kaczorek, P. Nagel, S. Pacyna, A. Wedziuk-Reszka, K. Wolnicka, Nadwaga i otyłość małymi krokami do zdrowia, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy
7. Krzesiek Elżbieta: Otyłość u dzieci. Problem zdrowotny XXI wieku, In: Dieta w chorobach przewodu pokarmowego u dzieci / Krzesiek Elżbieta (eds.), 2018, Wrocławskie Wydawnictwo Naukowe Atla 2, ISBN 978-83-65071-35-4, pp. 53-64
8. dr n. med. Alicja Karney Dr hab. n. med. Anna Oblacińska Dr n. reh. Lesław Kluba Mgr Dorota Świątkowska, Otyłość u dzieci i młodzieży. Poradnik dla rodziców dzieci w wieku od 4 do 18 lat, Instytut Matki i Dziecka Fundacja, ISBN: 978-83-88767-70-8
9. K. Barczyk, T. Skolimowski, J. Anwajler, D. Chamela-Balińska, Kształtowanie się cech somatycznych i parametrów krzywizn przednio-tylnych kręgosłupa w poszczególnych typach postawy ciała dzieci w wieku 7 lat, Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja Vol. 7, Nr 5, 2005
10. W. Łubkowska, M. Szark-Eckardt, Korygowanie postawy ciała poprzez pływanie i ćwiczenia w wodzie, Centrum Promocji i Reklamy Remedia, Bydgoszcz 2015
11. <https://fizjoterapeuty.pl/fizjoterapia/prawidlowa-postawa-ciala.html>

12. P. Brzeska, E. Sokołowska, M. Baumgart, Zmiany postawy ciała u dzieci w wieku przedszkolnym w ciągu roku, Zeszyty naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, NR 771 Prace Instytutu Kultury Fizycznej, nr 28 2012
13. W. Hagner, D. Bąk, M. Hanger-Derengowska, Zmiany w postawie ciała u dzieci w pierwszych trzech latach nauki szkolnej, Forum Medycyny Rodzinnej 2010, tom 4, nr 4
14. R. Muchacka, M. Pyclik, Wady postawy u dzieci i młodzieży – charakterystyka i etiologia, Prace naukowe WSZiP Nr 37 (1)2016
15. <https://centrum.fizjoterapeuty.pl/fizjoterapia/plecy-okragle-przyczyny-i-leczenie/>
16. <https://fizjoterapeuty.pl/fizjoterapia/plecy-wklesle.html>
17. <https://fizjoplaner.pl/plecy-okraglo-wklesle.html>
18. <https://fizjo4life.pl/baza-wiedzy/plecy-plaskie>
19. <https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/012/292/original/75-79.pdf?1473161160>
20. https://poitr.pl/attachments/article/291/skoliozy_dostep_tylny.pdf
21. Karolina Rosa, Radosław Muszkieta, Walery Zukow, Marek Napierała, Mirosława Cieślicka, Częstość występowania wad postawy u dzieci z klas I-III Szkoły Podstawowej, Journal of Health Sciences. 2013;3(12):107-136
22. <https://centrum.fizjoterapeuty.pl/schorzenia/plaskostopie/>
23. <https://reha-kfz.pl/stopa-plasko-koslawa/>
24. <https://bodymove.pl/stopa-wydrazona-jak-wplywa-na-zdrowie-stop-i-jak-jej-zapobiegac/>
25. <https://www.who.int/>, dostęp dn. 11.08.2024 r.
26. <https://ec.europa.eu/>; “Sustainable development in the European Union : monitoring report on progress towards the SDGs in an EU context – 2024 edition”, dostęp dn. 11.08.2024 r.
27. OECD/Unia Europejska (2020), „Nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży”, w: Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle , OECD Publishing, Paryż, <https://doi.org/10.1787/7402dbb2-en>
28. Report on the fifth round of data collection, 2018–2020: WHO Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI), 2018-2020 [Internet]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2022 [Dostęp: 10.11.2022]. Dostępny w: (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/363950>)
29. <https://www.who.int/toolkits/child-growth-standards/software>
30. <https://profibaza.pzh.gov.pl>

31. Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2021). Globalne szacunki dotyczące potrzeby rehabilitacji w oparciu o badanie Global Burden of Disease 2019: systematyczna analiza dla Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10267), 2006–2017.
32. Burton A.K., Clarke R.D., Mc Clune T.D. et al.: The natural history of low back pain in adolescents. *Spine*, 1996;21, 2323–2328
33. Hrkać A, Perković R, Kryto B, Puljak L. Występowanie bólu kręgosłupa w populacji Bośni i Hercegowiny. *AIMS Zdrowie publiczne*. 2022 Dec 5;9(4):790-804. doi: 10.3934/publicalth.2022053. PMID: 36636151; PMCID: PMC9807413.
34. „Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w szkołach publicznych”, Najwyższa Izba Kontroli, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/profilaktyka-wad-postawy.html>
35. Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży w Instytucie Matki i Dziecka (dr P. Michalski, 2013)
36. Woynarowska B., Oblacińska A. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne. *Studia BAS* Nr 2(38) 2014, s. 41–64
37. <https://profibaza.pzh.gov.pl>
38. <https://www.gov.pl/web/wsse-szczecin/warunki-realizacji-profilaktycznej-opieki-zdrowotnej-nad-uczniami-w-szkolach>
39. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030>
40. <https://bd1.stat.gov.pl>, dostęp dnia 16.08.2024 r.
41. Raport o stanie pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, 2023 r.
42. <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy> , stan na dzień 20.08.2024 r.
43. Wilson J. M. G., Junger G.: Principles and practice of screening disease. WHO, Genewa 1968.
44. Ustawa z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 814, 854)
45. K. Sobczak, K. Leoniuk, L. Pawłowski, N. Spolak, Komunikacja kliniczna – porównanie opinii lekarzy i pacjentów, *Pomeranian J Life Sci* 2016;62(3):67-73.
46. <https://www.mp.pl/pacjent/dieta/sport/256434,kazdy-ruch-sie-liczy-nowe-wytyczne-who-dotyczace-aktywnosci-fizycznej> (dostęp 25.08.2024 r.)
47. <https://ncez.pzh.gov.pl/aktywnosc-fizyczna/nowe-zalecenia-who-dotyczace-aktywnosci-fizycznej/> (dostęp 25.08.2024 r.)

48. <https://www.cen.edu.pl/Materialy-metodyczne,152/I-2020-GIMNASTYKA-KOREKCYJNA-cz-1-Czym-jest-gimnastyka-korekcyjno-kompensacyjna-i-jakie-miejsce-w-rzeczywistosci-szkolnej,931.html>
49. Krzysztof Leśniak, Organizacja procesu korekcji wad postawy w Tarnowie, PROBLEMY WSPÓŁCZESNEJ PEDAGOGIKI 2015, 1(1), 57–70 2015 MWSE
50. <https://www.mp.pl/pacjent/dieta/sport/256434,kazdy-ruch-sie-liczy-nowe-wytyczne-who-dotyczace-aktywnosci-fizycznej> (24.08.2024 r.)
51. Izdebski P., Rucińska-Niesyn A., Psychologiczne uwarunkowania otyłości u dzieci – rola rodziny, 2009, Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy. Transdyscyplinarne Studia o Kulturze (i) Edukacji nr 4, 149-159.
52. Juruć A., Bogdański P., Osobowość w rozmiarze XXL. Psychologiczne czynniki ryzyka otyłości, Wybrane problemy kliniczne.
53. Izdebski P., Rucińska-Niesyn A., Psychologiczne uwarunkowania otyłości u dzieci – rola rodziny, s. 156.
54. Woynarowska B., Oblacińska A. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne. Studia BAS Nr 2(38) 2014, s. 41–64
55. <https://scoliosisjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13013-017-0145-8/tables/11>
56. Negrini, S., Donzelli, S., Aulisa, AG i in. Wytyczne SOSORT z 2016 r.: leczenie ortopedyczne i rehabilitacyjne idiopatycznej skoliozy w okresie wzrostu. Scoliosis 13 , 3 (2018). <https://doi.org/10.1186/s13013-017-0145-8>
57. <https://centrummedycznestanley.pl/poradnik-pacjenta/specyficzne-metody-fizjoterapii-w-leczeniu-pacjenta-ze-skolioza-idiopatyczna/>
58. D. Czaprowski i in., Fizjoterapia w leczeniu młodzieńczej skoliozy idiopatycznej – aktualne rekomendacje oparte o zalecenia SOSORT 2011 (Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment), DOI: 10.2478/rehab-2014-0030 Artykuł poglądowo-przeglądowy Postępy Rehabilitacji (1), 23 – 29, 2014
59. Association between adolescent idiopathic scoliosis prevalence and age at menarche in different geographic latitudes Theodoros B Grivas, Elias Vasiliadis, Vasilios Mouzakis, Constantinos Mihos, Georgios Koufopoulos Scoliosis. 2006; 1: 9. Published online 2006 May 23. doi: 10.1186/1748-7161-1-9 PMCID: PMC1501058.
60. Boutelle, K. N., Kang Sim, D. E., Rhee, K. E. Manzano, M., Strong, D. R. (2021). Family based treatment program contributors to child weight loss. International Journal of Obesity.
61. <https://publications.aap.org/pediatrics/article/151/2/e2022060641/190440/Executive-Summary-Clinical-Practice-Guideline-for?autologincheck=redirected>
62. Opinie Prezesa AOTMiT.

63. Negrini, S., Aulisa, A.G., Aulisa, L. et al. 2011 SOSORT guidelines: Orthopaedic and Rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. *Scoliosis* 7, 3 (2012). <https://doi.org/10.1186/1748-7161-7-3>
64. Czapryna K. i wsp., O skoliozach inaczej (cz. II) Podstawy leczenia zachowawczego, *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie Rzeszów* 2012, 4, 513–522
65. Negrini, S., Aulisa, A.G., Aulisa, L. et al. 2011 SOSORT guidelines: Orthopaedic and Rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. *Scoliosis* 7, 3 (2012). <https://doi.org/10.1186/1748-7161-7-3>
66. Durmała J. et al., Influence of asymmetric mobilisation of the trunk on the Cobb angle and rotation in idiopathic scoliosis in children and adolescents. *Ortop Traumatol Rehabil.* 2003 Feb 28; 5(1):80-5
67. Ferraro C, Masiero S, Venturin A. Effect of exercise therapy on mild idiopathic scoliosis. *Europa Medicophysica.* 1998. pp. 25–31
68. McIntire K, Asher M, Burton D, Liu W, Trunk rotational strength training for the management of adolescent idiopathic scoliosis (AIS). *Stud Health Technol Inform.* 2006; 123():273-80
69. Weiss HR, Weiss G, Petermann F, Incidence of curvature progression in idiopathic scoliosis patients treated with scoliosis in-patient rehabilitation (SIR): an age- and sex-matched controlled study. *Pediatr Rehabil.* 2003 Jan-Mar; 6(1):23-30
70. Negrini S, Zaina F, Romano M, Negrini A, Parzini S, Specific exercises reduce brace prescription in adolescent idiopathic scoliosis: a prospective controlled cohort study with worst-case analysis. *J Rehabil Med.* 2008 Jun; 40(6):451-5
71. D. Czaprowski i in., Fizjoterapia w leczeniu młodzieńczej skoliozy idiopatycznej – aktualne rekomendacje oparte o zalecenia SOSORT 2011 (Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment), *Postępy Rehabilitacji* (1), 23 – 29, 2014

Załącznik – Ankieta satysfakcji

Przykładowa ankieta dla pacjenta - do modyfikacji i rozbudowania przez Realizatora realizującego program

Szanowni Państwo,

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii oraz uwag na temat programu, w którym Państwo uczestniczyli. Otrzymane informacje pomogą na jeszcze lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości. Proszę o udzielanie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X.

Ankieta jest anonimowa.

Płeć:

Kobieta	
Mężczyzna	

1. Czy Pani/Pana zdaniem program odpowiada na potrzeby mieszkańców miasta?

zdecydowanie tak	
raczej tak	
trudno powiedzieć	
raczej nie	
zdecydowanie nie	

2. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z organizacji działań w ramach programu?

zdecydowanie tak	
raczej tak	
trudno powiedzieć	
raczej nie	
zdecydowanie nie	

3. Czy poleciłaby Pani/poleciłby Pan ten program innym osobom?

zdecydowanie tak	
raczej tak	
trudno powiedzieć	
raczej nie	
zdecydowanie nie	

4. Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

zdecydowanie tak	
raczej tak	
trudno powiedzieć	
raczej nie	
zdecydowanie nie	

5. Czy po przeprowadzonych działaniach edukacyjnych Pani/Pana wiedza (w porównaniu do wiedzy przed działaniami edukacyjnymi) jest:

zdecydowanie wyższa	
raczej wyższa	
taka sama	
raczej niższa	
zdecydowanie niższa	

Miejsce na dodatkowe uwagi dotyczące realizacji programu:

--

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

PRE/POST TEST WIEDZY

Uczeń

Proszę o wypełnienie poniższego testu, zgodnie z obecnie posiadaną wiedzą.

1. Czy owoce i/lub warzywa powinny być spożywane raz dziennie?

- a) Tak
- b) Nie
- c) Przy każdym posiłku

2. Czy produkty zbożowe tzn. pieczywo, makaron, ryż, kasza, należy spożywać w każdym posiłku?

- a) Tak
- b) Nie
- c) 1 raz dziennie

3. Białko powinno być głównym źródłem energii w prawidłowej diecie?

- a) Tak
- b) Nie
- c) Nie wiem

4. Częściej powinno się pić wodę niż napoje słodzone, np. cola?

- a) Tak
- b) Nie
- c) Nie wiem

5. Czy wskazane jest ograniczenie potraw tłustych w diecie?

- a) Tak
- b) Nie
- c) Nie wiem

PRE/POST TEST WIEDZY

Rodzic/opiekun prawny

Proszę o wypełnienie poniższego testu, zgodnie z obecnie posiadaną przez Pana/Panią wiedzą.

1. Czy owoce i/lub warzywa powinny być spożywane przy każdym posiłku?

- d) Tak
- e) Nie
- f) Przy każdym posiłku

2. Czy produkty zbożowe tzn. pieczywo, makaron, ryż, kasza, należy spożywać codziennie?

- d) Tak
- e) Nie
- f) 1 raz dziennie

3. Ser żółty jest lepszym źródłem wapnia niż ser twarogowy.?

- d) Tak
- e) Nie
- f) Nie wiem

4. Częściej powinno się pić wodę niż napoje słodzone, np. cola?

- d) Tak
- e) Nie
- f) Nie wiem

5. Proces gotowania warzyw rozpoczęty od gotowania w zimnej wodzie sprzyja zachowaniu ich wartości odżywczej?

- d) Tak
- e) Nie
- f) Nie wiem

PRE/POST TEST WIEDZY

Pielęgniarki/ higienistki szkolne

Proszę o wypełnienie poniższego testu, zgodnie z obecnie posiadaną przez Pana/Panią wiedzą.

1. Jakie badania przesiewowe najczęściej wykorzystuje się w szkołach do wykrywania otyłości u dzieci?

- a) Pomiar ciśnienia tętniczego
- b) Pomiar wzrostu i wagi dziecka oraz obliczenie wskaźnika BMI
- c) Badanie poziomu cholesterolu
- d) Badanie poziomu witaminy D

2. Wskaźnik BMI w przedziale 25-29,9 wskazuje na:

- a) Otyłość
- b) Nadwagę
- c) Niedowagę
- d) Prawidłową wagę

3. Kiedy należy przeprowadzić kolejne badanie u dziecka, które ma wynik BMI wskazujący na nadwagę?

- a) Po 6 miesiącach
- b) Po 12 miesiącach
- c) Nie trzeba, jeśli wynik nie wskazuje na otyłość
- d) Co 2-3 miesiące

4. Jakie są najczęstsze wady postawy u dzieci w wieku szkolnym?

- a) Skolioza, lordoza, kifoza
- b) Otyłość, nadwaga, niedowaga
- c) Zapalenie stawów
- d) Niewłaściwa dieta

5. Które z poniższych badań są najczęściej stosowane w diagnostyce wad postawy?

- a) Badanie palpacyjne kręgosłupa
- b) Rentgenogram całego kręgosłupa
- c) Badanie wzroku i słuchu
- d) Pomiar ciśnienia krwi

6. Jakie objawy mogą sugerować obecność wady postawy u dziecka?

- a) Ból pleców i karku
- b) Skrócenie nogi
- c) Zmniejszona elastyczność stawów

d) Wszystkie powyższe

7. Jakie działania prewencyjne mogą pomóc w zapobieganiu wadom postawy u dzieci?

- a) Regularne ćwiczenia fizyczne i kontrolowanie postawy siedzącej
- b) Tylko stosowanie specjalnych wkładek ortopedycznych
- c) Zwiększenie ilości czasu spędzanego na telefonie komórkowym
- d) Ograniczenie spożycia cukrów

8. Jakie są pierwsze kroki, które personel medyczny powinien podjąć po wykryciu nadwagi lub otyłości u dziecka?

- a) Przeprowadzenie szczegółowego wywiadu dotyczącego diety i aktywności fizycznej
- b) Natychmiastowe skierowanie dziecka do lekarza specjalisty
- c) Zalecenie stosowania drastycznej diety odchudzającej
- d) Zignorowanie wyniku, jeśli nie ma innych objawów

9. Po wykryciu wady postawy u dziecka, personel medyczny powinien:

- a) Zarekomendować zmiany w stylu życia i wprowadzić ćwiczenia wzmacniające
- b) Wysłać dziecko do domu, nie zalecając żadnych działań
- c) Zlecić niezwłoczne leczenie farmakologiczne
- d) Zalecić dziecku odpoczynek przez kilka dni

10. W jaki sposób można monitorować postęp w leczeniu otyłości u dzieci?

- a) Regularne pomiary BMI oraz ocena aktywności fizycznej
- b) Tylko pomiar wagi co 6 miesięcy
- c) Obserwacja zmiany koloru skóry
- d) Tylko rozmowy z rodzicami o diecie

11. Jaki rodzaj współpracy jest najważniejszy w pracy personelu medycznego w zakresie badań przesiewowych w szkołach?

- a) Współpraca z nauczycielami i rodzicami
- b) Izolowanie dzieci z problemami zdrowotnymi
- c) Współpraca tylko z lekarzami specjalistami
- d) Brak potrzeby współpracy z innymi osobami

12. Jakie elementy powinny być zawarte w edukacji zdrowotnej dla dzieci dotyczącej otyłości i wad postawy?

- a) Wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia, aktywności fizycznej i prawidłowej postawy
- b) Informacje o tym, jak szybko schudnąć
- c) Zasady stosowania specjalistycznych suplementów diety
- d) Instrukcje dotyczące unikania jakiegokolwiek aktywności fizycznej

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, programy polityki zdrowotnej mogą być opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane m.in. przez jednostki samorządu terytorialnego. Zadaniem własnym gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest opracowywanie i realizacja programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców.

Mając na uwadze powyższe proponuje się wdrożenie „Programu polityki zdrowotnej dotyczącego profilaktyki nadwagi i otyłości oraz wad postawy wśród dzieci klas III szkół podstawowych w mieście Ełk na lata 2024-2028”. Założenia programu polityki zdrowotnej:

1) zgodne są z „Wojewódzkim planem transformacji dla województwa warmińsko-mazurskiego na lata 2022-2026”, 2.2 Podstawowa opieka zdrowotna, Działanie 2.2.1 Wzmocnienie działań profilaktycznych realizowanych przez pielęgniarkę, położną, lekarza POZ we współpracy z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania, wprowadzenie w POZ funkcji koordynatora poruszania się pacjenta po systemie ochrony zdrowia, oraz jego finansowanie ze środków publicznych i monitorowanie funkcji koordynatora pacjenta po systemie ochrony zdrowia oraz Działanie 2.2.2 Rozwój profilaktyki zdrowotnej w ramach POZ Dążenie do wzmacniania roli członków rodziny we wdrażaniu nawyków prozdrowotnych i promocji zdrowia;

2) wpisują się w cele określone w dokumencie „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2023 r.”, tj. cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych, a obszar działań przewidziany w programie jest komplementarny z Mapą Potrzeb Zdrowotnych – zgodnie z załącznikiem nr 14 Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa warmińsko-mazurskiego na podstawie danych za 2019 r.

„Program polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki nadwagi i otyłości oraz wad postawy wśród dzieci klas III szkół podstawowych w mieście Ełk na lata 2024-2028” w dniu 18 listopada 2024 r. uzyskał pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 82/2024. Uzyskanie przedmiotowej opinii uprawnia samorząd do przyjęcia i realizacji programu polityki zdrowotnej.

Program na 2025 rok został zabezpieczony finansowo w budżecie Urzędu Miasta Ełku. W kolejnych latach planowane jest pozyskanie środków zewnętrznych z innych funduszy. Dzięki temu zapewniona zostanie ciągłość realizacji działań i wsparcie ich rozwoju.

W związku z powyższym podjęcie uchwały jest uzasadnione.

Projekt uchwały został przygotowany przez Wydział Polityki Społecznej, zaopiniowany pod względem formalno-prawnym przez Biuro Prawne w Wydziale Nadzoru Urzędu Miasta Ełku oraz legislacyjno-redakcyjnym przez sekretarza miasta.