



LKR.430.001.2020
Nr ewid. 24/2020/P/19/078/LKR

Informacja o wynikach kontroli

PROFILAKTYKA WAD POSTAWY U DZIECI I MŁODZIEŻY W SZKOŁACH PUBLICZNYCH

DELEGATURA W KRAKOWIE

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Informacja o wynikach kontroli

Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w szkołach publicznych

Dyrektor Delegatury NIK w Krakowie

Jolanta Stawska

Akceptuję:

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Tadeusz Dziuba

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Marian Banaś

Warszawa, dnia 27. 09. 2020

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ	4
1. WPROWADZENIE	6
2. OCENA OGÓLNA	12
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI	14
4. WNIOSKI	20
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	21
5.1. Rozpoznanie i monitorowanie problemu rozwoju wad postawy uczniów	21
5.2. Organizacja warunków pobytu uczniów w szkołach pod kątem minimalizowania rozwoju wad postawy	38
5.3. Działania informacyjne i edukacyjne na rzecz eliminacji ryzyka ich rozwoju	62
6. ZAŁĄCZNIKI	68
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe	68
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych	71
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	76
6.4. Wyniki badania ankietowego dotyczącego wad postawy uczniów	78
6.5. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli	83

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

badania bilansowe	rutynowe, profilaktyczne badania zdrowia dziecka przeprowadzane w określonych etapach jego rozwoju przez lekarza pediatrę lub lekarza rodzinnego. Badania bilansowe obejmują noworodki w 0–4 dobie życia oraz dzieci w wieku: 2, 4, 6, 10 lat i młodzież w wieku: 14, 16, 18 lat ¹ ;
bilans zdrowia	powszechne, pogłębione i kompleksowe badanie lekarskie, które ma być elementem aktywnej opieki zdrowotnej nad dzieckiem i młodzieżą. Badania te łącznie z systemem testów przesiewowych i grup dyspanseryjnych wprowadzono w Polsce w 1976 r. zamiast badań okresowych ² . Celem bilansu zdrowia jest: wczesne wykrywanie zaburzeń rozwoju, określenie potrzeb zdrowotnych dziecka oraz dostarczenie danych o częstotliwości występowania różnych zaburzeń wśród dzieci ³ ;
gmina	gmina wiejska, gmina miejsko-wiejska, gmina miejska, w tym mająca status miasta na prawach powiatu;
Inspekcja Sanitarna	Państwowa Inspekcja Sanitarna, która m.in. sprawuje nadzór nad warunkami higieny pomieszczeń i wymaganiami w stosunku do sprzętu używanego w szkołach. Nadzór sanitarny polega na ocenie: środowiska fizycznego w miejscu pobytu dzieci i młodzieży, organizacji stanowiska pracy ucznia, dostosowania mebli edukacyjnych do zasad ergonomii, rozkładów zajęć lekcyjnych oraz higieny procesów nauczania, warunków wypoczynku i rekreacji. Zadania te wykonują: państwowy wojewódzki oraz państwowy powiatowy inspektor sanitarny, jako organy rządowej administracji zespolonej w województwie. Organy te kierują działalnością, odpowiednio wojewódzkiej i powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej, przy pomocy której wykonują swoje zadania ⁴ ;
mapa potrzeb zdrowotnych	sporządzana na podstawie art. 95a ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej przez wojewodę w porozumieniu z Wojewódzką Radą ds. Potrzeb Zdrowotnych, regionalna mapa potrzeb zdrowotnych dla obszaru województwa, uwzględniająca specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczności;
organ prowadzący	organem prowadzącym szkołę lub placówkę oświatową mogą być jednostki samorządu terytorialnego, organy administracji rządowej, a także inne osoby prawne lub fizyczne, które odpowiadają za jej działalność. Do jego zadań należy zapewnienie warunków funkcjonowania szkoły lub placówki, w tym bezpiecznych i higienicznych warunków nauki, wychowania i opieki, wyposażenia w pomoce dydaktyczne i sprzęt niezbędny do pełnej realizacji programów nauczania, programów wychowawczych oraz wykonywania innych zadań statutowych ⁵ ;

¹ Na podstawie informacji NIK o wynikach kontroli *Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym* (Nr ewid. 12/2018/P/17/058/KZD).

² Grupy dyspanseryjne w szkołach obejmują uczniów wymagających specjalistycznej opieki lekarskiej ze względu na zły stan zdrowia lub większe czy mniejsze dysfunkcje lub schorzenia i deficyty. Wyróżnia się kilkanaście grup dyspanseryjnych funkcjonujących w szkołach, które obejmują dzieci z: wadami wzroku, wadami słuchu, schorzeniami laryngologicznymi, alergicznymi, reumatycznymi, nerwicowymi, chorobami układu krążenia, układu naczyniowego, pokarmowego, oddechowego, zaburzeniami mowy i in.

³ Na podstawie informacji NIK o wynikach kontroli *Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym* (Nr ewid. 12/2018/P/17/058/KZD).

⁴ Na podstawie ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 59 ze zm.).

⁵ Na podstawie informacji NIK o wynikach kontroli *Wykonywanie wybranych zadań oświatowych przez jednostki samorządu terytorialnego* (Nr ewid. 40/2015/P/14/027/KNO).

POZ	podstawowa opieka zdrowotna, czyli świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, chorób wewnętrznych i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej ⁶ ;
program polityki zdrowotnej	zespół zaplanowanych i zamierzonych działań dotyczących opieki zdrowotnej, które umożliwiają osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i spełnieniu określonych potrzeb zdrowotnych, a także poprawę stanu zdrowia społeczeństwa, opracowany i realizowany przez ministra lub jednostkę samorządu terytorialnego ⁷ ;
rozporządzenie w sprawie bezpieczeństwa i higieny w szkołach	rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz. U. z 2003 r., Nr 6, poz. 69 ze zm.);
rozporządzenie w sprawie podstawy programowej	rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz. U. poz. 356 ze zm.) ⁸ ;
rozporządzenie w sprawie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133 – utrata mocy z dniem 12 września 2019 r.);
rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r., poz. 736);
SP	szkoła podstawowa publiczna, dla której organem prowadzącym jest gmina;
ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami	ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. poz. 1078);
zajęcia pozalekcyjne	nieobowiązkowe zajęcia dydaktyczne, wychowawcze lub opiekuńcze organizowane dla uczniów przez szkołę lub placówkę oświatową, niebędące częścią obowiązkowego programu szkolnego i mające charakter fakultatywny, organizowane najczęściej w celu wyrównania szans edukacyjnych, rozwijania zainteresowań i uzdolnień lub aktywnego spędzania w sposób zorganizowany czasu wolnego ⁹ .

⁶ Na podstawie art. 5 pkt 27 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 poz. 1373 ze zm.), zwana dalej ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁷ Na podstawie art. 5 pkt 29a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁸ Do czasu zakończenia kształcenia odpowiednio m.in. w dotychczasowym gimnazjum obowiązuje również rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. poz. 977, ze zm.).

⁹ Na podstawie informacji NIK o wynikach kontroli Wykonywanie wybranych zadań oświatowych przez jednostki samorządu terytorialnego (Nr ewid. 40/2015/P/14/027/KNO).

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy właściwe organy podejmują skuteczne działania na rzecz profilaktyki wad postawy dzieci i młodzieży w szkołach?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy problem rozwoju wad postawy uczniów jest należycie rozpoznany i monitorowany?
2. Czy warunki pobytu uczniów w szkołach są zorganizowane w sposób minimalizujący czynniki sprzyjające rozwojowi wad postawy?
3. Czy podejmowane są działania informacyjne i edukacyjne na rzecz eliminacji ryzyka rozwoju wad postawy?

Jednostki kontrolowane

10 gmin

20 szkół podstawowych publicznych, dla których kontrolowane gminy były organem prowadzącym

Badania ankietowe

przeprowadzone w 20 szkołach wśród:

741 nauczycieli

1956 rodziców

Okres objęty kontrolą 2017–2019

Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży obejmuje codzienną dbałość o utrzymanie prawidłowej postawy ciała, eliminację czynników stanowiących zagrożenie wystąpieniem wady, zapewnienie dziecku odpowiedniej ilości ruchu, który umożliwia wszechstronny i harmonijny rozwój fizyczny oraz regularną kontrolę stanu zdrowia. Zagrożenia prawidłowej postawy ciała występują podczas tzw. skoków wzrostowych, które występują w wieku 6–7 i 12–16 lat, gdy dziecko jest najbardziej podatne na wpływ wielu czynników zewnętrznych, a rozwój układu mięśniowego nie nadąża za szybkim wzrostem kości¹⁰.

Zniekształcenia kręgosłupa są najczęstszym problemem zdrowotnym wśród dzieci i młodzieży, wyprzedzając inne schorzenia (alergie, zaburzenia refrakcji i akomodacji oka, czy otyłość). Według dostępnych w literaturze 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 postawy¹¹. Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży w Instytucie Matki i Dziecka (dr P. Michalski, 2013) podaje, że 90% dzieci w Polsce ma wady postawy (szczególnie kręgosłupa, stóp i kolan). Natomiast w raporcie Ośrodka Rozwoju Edukacji (2014) wskazano, że wady postawy występują u 50–60% dzieci w wieku rozwojowym i do najczęstszych przyczyn ich powstawania należą złe nawyki lub zbyt duże obciążenie ciała, które mogą skutkować trwałymi zniekształceniami układu ruchu. Zgodnie z danymi Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (druk MZ–11 za rok 2012) u ponad 17% dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat oraz u 9,7% dzieci w wieku 2–9 lat zdiagnozowano zniekształcenie kręgosłupa^{12, 13}.

Wśród populacji dzieci i młodzieży z wadami postawy najczęściej występują wady nawykowe. Nawykowa nieprawidłowa postawa ciała podlega czynnej korekcji i wymaga włączenia do zajęć korekcyjnych prowadzonych przez nauczycieli wychowania fizycznego. Wady postawy nie są wyłącznie defektem kosmetycznym, ale mogą w przyszłości powodować poważne skutki zdrowotne w postaci np. zaburzeń krążeniowo-oddechowych, upośledzenia sprawności i wydolności ogólnej, zespołów bólowych kręgosłupa, problemów ginekologicznych u kobiet¹⁴.

¹⁰ [Por.] *Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania, rekomendacje zespołu ekspertów w Ministerstwie Zdrowia*, Warszawa 2009, s. 3–4, 7.

¹¹ Woynarowska B., Oblacińska A. *Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne*. Studia BAS Nr 2(38) 2014, s. 41–64.

¹² Ostrega W. *Wady postawy u dzieci i młodzieży. Przyczyny powstawania i zapobieganie w domu i szkole*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014.

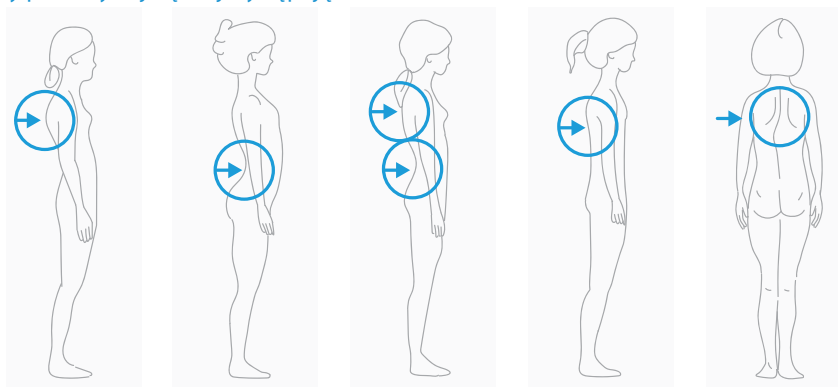
¹³ *Regionalny Program Zdrowotny Województwa Zachodniopomorskiego, Wczesne wykrywanie i korekcja wad postawy wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym na lata 2019–2021*, Załącznik do uchwały nr 769/18 Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 9 maja 2018 r., s. 6.

¹⁴ *Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania*, op. cit., s. 4.

Najczęściej występują cztery postacie wad postawy ciała: pogłębienie kifozy piersiowej (plecy okrągłe), pogłębienie lordozy lędźwiowej (plecy wklęsłe), pogłębienie kifozy piersiowej i lordozy lędźwiowej (plecy okrągło-wklęsłe), brak fizjologicznych wygięć kręgosłupa (plecy płaskie). Poważną wadą jest także boczne skrzywienie kręgosłupa (skolioza).

Infografika nr 1

Wady postawy najczęściej występujące u uczniów



Źródło: opracowanie własne NIK.

Przyczyny wad postawy ciała są liczne. Poza przypadkami, w których ich podłożem są zmiany wrodzone lub różne choroby, wady postawy rozwijają się zwykle bez uchwytnej przyczyny. Znaczącą rolę odgrywają czynniki, powodujące częste przyjmowanie nieprawidłowego układu ciała, co prowadzi z czasem do rozwoju i utrwalenia się nawyku nieprawidłowej postawy oraz sprzyja rozwojowi wady. Do takich czynników zalicza się przede wszystkim: niewłaściwie dobrane stanowisko pracy ucznia (ławka i krzesło niedostosowane do wzrostu ucznia), niewłaściwe pozycje przyjmowane podczas pracy i wypoczynku, przeciążony bagaż szkolny i niewłaściwe jego noszenie, nadwagę, siedzący tryb życia oraz ograniczanie aktywności ruchowej¹⁵.

Infografika nr 2

Prawidłowe i nieprawidłowe zachowania uczniów powodujące wady postawy ciała



Źródło: opracowanie własne NIK.

¹⁵ Ibidem, s. 4–5.

Obecny tryb życia nie zawsze uwzględnia dbałość o sylwetkę i postawę ciała. Dzieci i młodzież unikają aktywności fizycznej na świeżym powietrzu, spędzając swój wolny czas przed ekranami komputerów i telefonów. W szkołach przybywa dzieci z wadami postawy.

Ponieważ zagrożenie powstaniem wady istnieje na każdym etapie życia dziecka, prewencja jest niezbędna podczas całego okresu jego rozwoju. Potrzebna jest do tego wiedza na temat profilaktyki zdrowotnej oraz roli prawidłowej postawy ciała i tego, jak ją zachować, odpowiednia motywacja, umiejętności oraz stosowanie rzeczywistej profilaktyki. Istotne jest również wczesne wychwycenie uczniów zagrożonych rozwojem wad postawy. Służą do tego badania przesiewowe, wykonywane przez odpowiedzialną za to pielęgniarkę, a także profilaktyczne badania lekarskie (bilanse zdrowia). Ważna jest także ścisła współpraca wykonujących je osób. Pomiedzy kolejnymi badaniami część dzieci powinna być objęta obserwacją, inne – postępowaniem korekcyjnym. Ma to zapobiegać dalszemu rozwojowi wady oraz tworzeniu się i utrwalaniu niekorzystnych zmian wtórnych.

Szkoła jest miejscem kształtowania u dzieci i młodzieży postaw odpowiedzialności za zdrowie oraz nabywania wiedzy i umiejętności do podejmowania optymalnych i trafnych wyborów służących zdrowiu. Zapewnienie bezpiecznego środowiska szkolnego sprzyjającego zdrowiu, wymaga skonsolidowania działań pracowników oświaty i ochrony zdrowia oraz wzmocnienia roli opieki zdrowotnej nad uczniami w szkole, obejmującej także profilaktyczną opiekę zdrowotną.

Do spodziewanych efektów profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży prowadzonej w szkole należą: wzrost aktywności ruchowej dzieci i młodzieży, poprawa ogólnej sprawności fizycznej dzieci, zmniejszenie częstości występowania wad postawy ciała u dzieci, wzrost świadomości uczniów i rodziców na temat wad postawy i zagrożeń z nich wynikających, a także wykształcenie u dzieci i młodzieży umiejętności samooceny, samokontroli i korekty postawy ciała¹⁶.

Skuteczność profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży warunkuje współpraca wszystkich podmiotów mających udział w wychowaniu i nauczaniu młodego pokolenia, odpowiedzialnych za jego wszechstronny rozwój – rodziców, pracowników oświaty, ochrony zdrowia, każdego w zakresie jego własnych kompetencji.

¹⁶ Ibidem, s. 8.

Infografika nr 3

Odpowiedzialność podmiotów w zakresie profilaktyki wad postawy



Gmina

- **rozpoznanie potrzeb** zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców
- **opracowanie i realizacja** programów polityki zdrowotnej
- **zapewnienie bezpiecznych i higienicznych** warunków nauki, wychowania i opieki w szkołach
- **nadzór nad działalnością** szkoły w zakresie administracyjnym i finansowym



Dyrektor szkoły

- **zapewnia gabinet** profilaktyki zdrowotnej
- **współpracuje z podmiotem leczniczym** pielęgniarstwa szkolnej
- **zapewnia uczniom miejsce** na pozostawianie podręczników i przyborów szkolnych
- **zapewnia** ergonomiczne warunki nauki
- **zapewnia warunki** realizacji zajęć wychowania fizycznego
- **współpracuje z pielęgniarką i lekarzem** sprawującymi opiekę zdrowotną nad uczniami
- **współpracuje z rodzicami** na rzecz rozwoju ich dzieci
- **współpracuje z gminą** i innymi podmiotami wspomagającymi aktywność fizyczną uczniów oraz profilaktykę wad postawy



Nauczyciel/wychowawca

- **dba o właściwą postawę ciała** ucznia podczas lekcji
- **dba o ergonomiczne warunki pracy** ucznia podczas lekcji
- **współpracuje z rodzicami, innymi nauczycielami oraz pielęgniarką** w realizacji działań profilaktycznych



Nauczyciel wychowania fizycznego

- **dostosowuje metody pracy i formy zajęć ruchowych** do możliwości i potrzeb dziecka, poziomu jego sprawności i wydolności
- **przekazuje uczniom wiedzę** niezbędną dla podtrzymania aktywności fizycznej i nawyków zdrowego stylu życia
- **motywuje do uczestnictwa** w zajęciach wychowania fizycznego oraz pozalekcyjnych formach aktywności ruchowej
- **stosuje różnorodne formy aktywności fizycznej uczniów**, wspierających ich harmonijny rozwój



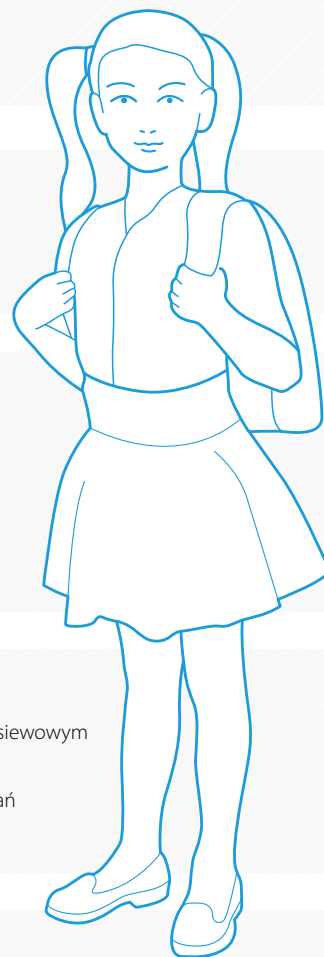
Pielęgniarka lub higienistka szkolna

- **przeprowadza testy przesiewowe** w zakresie rozwoju fizycznego
- **kieruje postępowaniem poprzęsiewowym** uczniów z dodatnim testem przesiewowym
- **prowadzi edukację zdrowotną** uczniów
- **współpracuje z rodzicami oraz nauczycielami** w planowaniu i realizacji działań dla uczniów zakwalifikowanych przez lekarza do poszczególnych grup wychowania fizycznego oraz gimnastyki korekcyjnej



Państwowa Inspekcja Sanitarna

- **nadzór nad warunkami higieny** pomieszczeń i wymaganiami w stosunku do sprzętu używanego w szkołach, w tym organizacji stanowiska pracy ucznia, dostosowania mebli edukacyjnych do zasad ergonomii



Źródło: opracowanie własne NIK.

Uzasadnieniem dla podjęcia tej kontroli były również wyniki wcześniejszych kontroli przeprowadzonych przez NIK, w szczególności kontroli *Bezpieczeństwo i higiena nauczania w szkołach publicznych* (P/16/099), przeprowadzonej w 2016 r. przez Delegaturę NIK w Zielonej Górze, a także kontroli *Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym* (P/17/058), przeprowadzonej w 2017 r. przez Departament Zdrowia NIK.

W wyniku kontroli *Bezpieczeństwo i higiena nauczania w szkołach publicznych* NIK stwierdziła, że w żadnej ze skontrolowanych szkół nie zorganizowano uczniom zajęć z pełnym uwzględnieniem zasad higieny pracy umysłowej, tym samym nie zostały stworzone optymalne warunki do efektywnego przyswajania wiedzy. Również nie stworzono uczniom bezpiecznego i higienicznego pobytu w szkole.

Działania na rzecz tzw. „lekkich tornistrów” tylko w jednej szkole przyniosły efekt. W przypadku czterech szkół przekroczenie zalecanego ciężaru tornistrów/plecaków (10% masy ciała ucznia) dotyczyło wszystkich zbadanych uczniów, w 23 szkołach – ponad połowy (w skrajnym przypadku ciężar tornistra/plecaka wyniósł 43,2% masy ciała ucznia). Było to wynikiem braku możliwości pozostawiania w szkole części przyborów lub podręczników szkolnych. Dyrekcja szkoły nie stworzyła takich możliwości lub zorganizowała to niefunkcjonalnie, co stwierdzono w 32 szkołach. W przypadku niemal połowy szkół (48%) wszyscy zbadani uczniowie korzystali z mebli dostosowanych do wymogów ergonomii. W pozostałych szkołach odsetek zakwestionowanych stanowisk wyniósł średnio 11,8% (od 0,6 do 75,2%). Wyniki kontroli P/16/099 wskazały na konieczność podjęcia kompleksowych działań na rzecz tzw. „lekkich tornistrów”. Zalecono dyrektorom szkół i organom nadzoru wypracowanie i propagowanie dobrych praktyk, takich jak zapewnienie dodatkowych egzemplarzy podręczników, praca z e-podręcznikami, zamykane szafki, a także uświadamianie uczniom i rodzicom negatywnych następstw wynikających z przeciążenia tornistrów/plecaków. Potrzebę propagowania tzw. „dobrych praktyk” uzasadniało również, zdaniem NIK, ogólne sformułowanie przepisu nakładającego obowiązek zapewnienia uczniom możliwości pozostawienia w szkole części podręczników i przyborów szkolnych. Stwierdzono bowiem, iż jednostki oświatowe realizują go często w sposób niefunkcjonalny. W przypadku prowadzenia zajęć dydaktycznych w różnych salach przedmiotowych, możliwość pozostawiania książek/przyborów na regałach/półkach w klasach, do których dostęp uczniów jest ograniczony, może powodować niechęć do korzystania z takich rozwiązań.

W wyniku kontroli *Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym* NIK oceniła, że system opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, a szczególnie organizacja opieki profilaktycznej, nie gwarantują bezpieczeństwa zdrowotnego populacji, o czym świadczy zwiększająca się liczba dzieci i młodzieży z problemami zdrowotnymi. Uczniowie nie mają zapewnionej spójnej i kompleksowej opieki zdrowotnej, zarówno z powodu niewystarczającego współdziałania podmiotów funkcjonujących w ochronie zdrowia, jak też z uwagi na niewystarczającą współpracę lekarza i pielęgniarki z rodzicami w trosce o zdrowie ich dzieci.

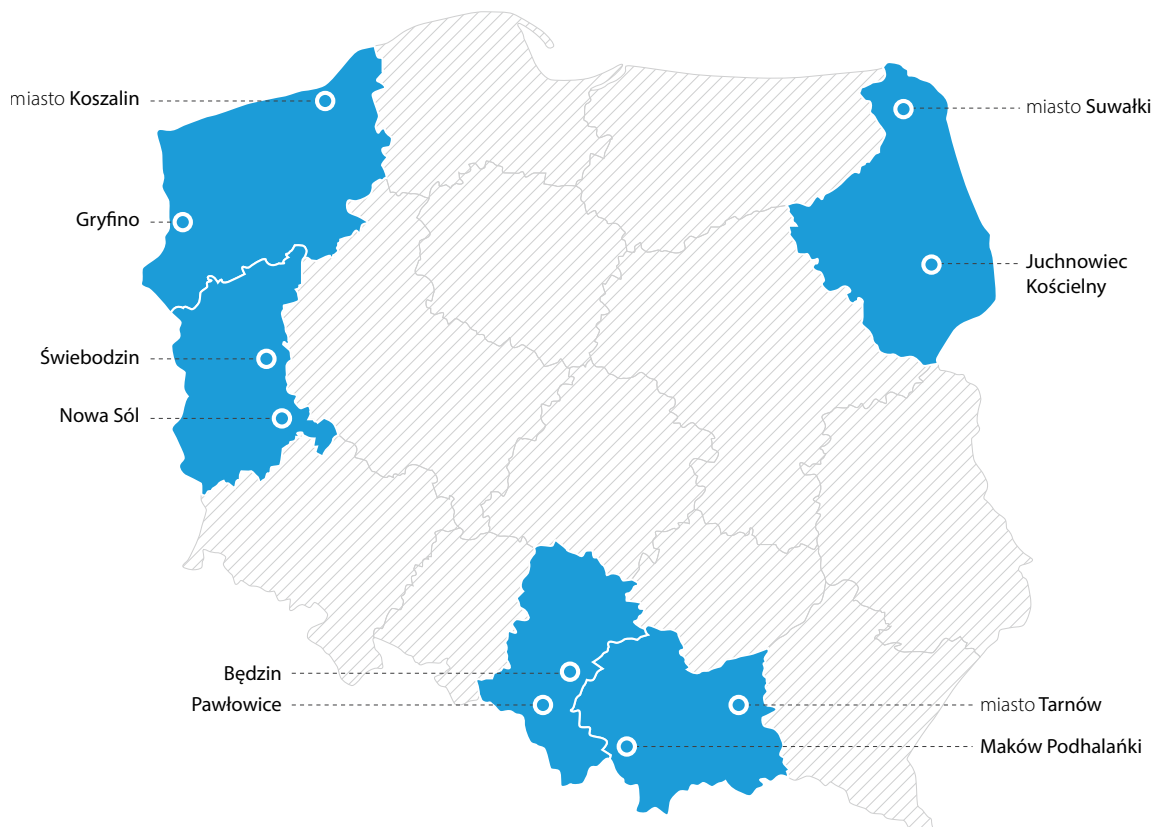
Nie zapewniono również całej populacji dzieci i młodzieży równego dostępu do świadczeń profilaktyczno-leczniczych oraz nie podejmowano skutecznych działań, by zapewnić młodemu pokoleniu pełen zakres niezbędnych świadczeń. Oceniono wówczas, że funkcjonujący model profilaktycznej opieki zdrowotnej nie gwarantuje dostępności świadczeń pielęgniarki lub higienistki szkolnej w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do planu godzin lekcyjnych, odpowiedniego dostępu do gabinetu profilaktyki zdrowotnej oraz dostatecznych działań edukacyjnych dotyczących profilaktyki i promocji zdrowia. W przeważającej większości szkół rozproszenie opieki zdrowotnej nad uczniami, którą sprawują różne podmioty, a także brak opieki lekarskiej, uniemożliwiają zapewnienie kompleksowej opieki nad uczniami.

W okresie objętym wyżej wspomnianą kontrolą nie podejmowano systematycznie działań doskonalących system opieki zdrowotnej nad uczniami oraz zapewniających satysfakcję zarówno dzieci i rodziców, jak i personelu medycznego realizującego te usługi. Brakowało spójnego systemu monitorowania i nadzoru nad sposobem sprawowania tej opieki, jej efektami, dostępnością świadczeń gwarantowanych i jakością usług zdrowotnych.

Kontrolą P/19/078 zostały objęte zarówno właściwe urzędy miast i gmin, jak i publiczne szkoły podstawowe, dla których gminy te były organem prowadzącym.

Infografika nr 4

Zasięg terytorialny i podmiotowy kontroli NIK



Źródło: opracowanie własne NIK.

2. OCENA OGÓLNA

Niewystarczające,
a w konsekwencji
nieskuteczne działania
na rzecz profilaktyki
wad postawy

Dotychczasowe działania na rzecz profilaktyki wad postawy dzieci i młodzieży w skontrolowanych gminach i prowadzonych przez nie szkołach nie były skuteczne. Wynikało to głównie z niedostatecznego rozeznania potrzeb w samorządach i niskiej świadomości znaczenia tego problemu, jak również z niewystarczającego zaangażowania i współpracy, w szczególności gmin z podległymi im szkołami. Profilaktyka wad postawy podejmowana w kontrolowanych szkołach nie była zorganizowana kompleksowo, niewielka była także skala współpracy z rodzicami, co nie sprzyjało kształtowaniu nawyków prowadzących do zachowania prawidłowej postawy ciała uczniów.

Gminy, które odpowiadają za organizację procesu nauczania i sprawują nadzór nad szkołami ograniczały się wyłącznie do zapewnienia środków finansowych na funkcjonowanie i wyposażenie szkół. Pomimo, że do gmin należą sprawy dotyczące ochrony zdrowia, wykazywały one ograniczoną aktywność w celu rozpoznania potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Organy czterech gmin, z 10 skontrolowanych, dokonały diagnozy stanu zdrowia mieszkańców, a tylko w jednej gminie zaplanowano prowadzenie profilaktyki wad postawy uczniów. Pozostałe gminy nie podejmowały takich zadań, a ich planowanie i realizacja spoczywały głównie na szkołach.

W czterech województwach, na terenie których prowadzona była kontrola, pomimo funkcjonowania regionalnych programów polityki zdrowotnej obejmujących profilaktykę wad postawy ciała dzieci i młodzieży, żadna ze skontrolowanych gmin nie zadbała, aby mogli wziąć w nich udział uczniowie podległych im szkół.

We wszystkich szkołach prowadzono profilaktyczną opiekę zdrowotną, w tym badania przesiewowe wykonywane przez pielęgniarkę szkolną, przy czym w trzech szkołach nie zapewniono sobie w ramach współpracy z podmiotem leczniczym dostępu do danych dotyczących skali rozpoznanych wad postawy, co w istotny sposób mogło ograniczyć dobór, a tym samym skuteczność prowadzonej profilaktyki.

W sposób marginalny wykorzystywano gimnastykę korekcyjną w profilaktyce dzieci z wadami postawy. Pomimo rozpoznanych wad postawy wśród uczniów, w ośmiu szkołach, z 20 skontrolowanych, nie planowano i nie organizowano zajęć gimnastyki korekcyjnej, a w dwóch kolejnych nie umożliwiono w nich udziału wszystkim zakwalifikowanym uczniom. Na gimnastykę korekcyjną wydatkowano zaledwie 7,4% środków przeznaczonych na tworzenie uczniom w szkołach warunków pobytu ograniczających czynniki sprzyjające rozwojowi wad postawy. Tylko w dwóch szkołach, z 20 skontrolowanych, nauczyciele wychowania fizycznego mieli dodatkowe kwalifikacje do prowadzenia takich zajęć.

Organy czterech gmin, z 10 skontrolowanych, aktywnie informowały i edukowały o możliwościach eliminowania ryzyka rozwoju wad postawy uczniów. Pozostałe samorządy uzasadniały swoją bierność twierdzeniem, że są to obowiązki szkoły. Należy zwrócić jednak uwagę, że edukacja zdrowotna, promocja zdrowia oraz profilaktyka chorób należą do zadań własnych gmin.

We wszystkich skontrolowanych szkołach dokonywano pomiaru wzrostu uczniów i dostosowywano do nich meble szkolne. W 13 szkołach, z 20 skontrolowanych, stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące ergonomii stanowisk nauki.

W większości skontrolowanych szkół zapewniono miejsce na pozostawianie podręczników i przyborów szkolnych, jednak sposób ich organizacji często nie zachęcał uczniów do korzystania z takiej możliwości. Inspekcja Sanitarna stwierdziła, że uczniowie 19 z 20 skontrolowanych szkół mieli przeciążony bagaż szkolny. Przekroczenia norm wagi plecaka szkolnego stwierdzono

u ponad połowy objętych badaniem uczniów. Na problem przeciążonych plecaków szkolnych zwracali również uwagę ankietowani rodzice i nauczyciele.

Sposób organizacji zajęć wychowania fizycznego w skontrolowanych szkołach nie budził zastrzeżeń, jednak tylko w dwóch szkołach dano uczniom możliwość wyboru zajęć wychowania fizycznego.

Edukacja na temat profilaktyki wad postawy była prowadzona we wszystkich skontrolowanych szkołach. W połowie z nich nie było to jednak skuteczne, o czym mogą świadczyć w szczególności wyniki kontroli Inspekcji Sanitarnej, dotyczące obciążenia tornistrów szkolnych, jak również niekorzystanie z badań lekarskich znacznej liczby uczniów objętych badaniami przesiewowymi. Potwierdzają to również wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród nauczycieli oraz rodziców/opiekunów prawnych uczniów, wskazujące m.in. na niepełną wiedzę kadry nauczycielskiej w obszarze wad postawy uczniów, natomiast u rodziców – na niedostatek wiedzy o rodzaju i zakresie badań wykonywanych dzieciom w szkołach. Nauczyciele zgłaszali zastrzeżenia, co do wsparcia rodziców w działaniach profilaktycznych, a rodzice z kolei, co do poziomu prowadzonej w szkole profilaktyki w tym obszarze.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Niewystarczające
rozpoznanie potrzeb
zdrowotnych
mieszkańców gminy

Potrzeby zdrowotne mieszkańców gminy rozpoznano jedynie w czterech gminach (40%), spośród 10 skontrolowanych, przy czym jedynie w dwóch z nich rozpoznanie objęło schorzenia kręgosłupa u dzieci. Tylko w jednej ze skontrolowanych gmin dokonywano rozpoznania poszczególnych problemów zdrowotnych dla zaplanowania i wdrożenia profilaktyki w tych obszarach. Rozpoznanie takiego dokonano m.in., co do schorzeń kręgosłupa u dzieci i młodzieży.

W skontrolowanych gminach dane dotyczące skali rozpoznanych wad postawy uczniów były nie w pełni porównywalne ze względu na źródło pochodzenia takich informacji. W części tych gmin dane dotyczyły populacji uczniów objętych w dwóch latach szkolnych badaniami profilaktycznymi, przeprowadzanymi w rocznikach objętych bilansem zdrowia i było to około 30% populacji zbadanych uczniów. Natomiast w innych badanych gminach dane dotyczyły wszystkich uczniów w szkole i były brane z kart badania profilaktycznego lub zaświadczeń wydanych przez lekarzy, a następnie przekazanych do szkół. W tych gminach oceniono, że wady postawy ma około 9% uczniów poszczególnych szkół. [str. 20–21]

Brak programów polityki
zdrowotnej dotyczących
profilaktyki wad postawy

W żadnej ze skontrolowanych gmin nie opracowano i nie realizowano programu polityki zdrowotnej dotyczącego profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży. Zaznaczyć należy, że programy polityki zdrowotnej funkcjonowały jedynie w pięciu skontrolowanych gminach (od jednego do ośmiu programów) i swym zakresem obejmowały najczęściej zagadnienia związane z profilaktyką zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego oraz szczepieniami ochronnymi przeciwko grypie.

Żadna ze skontrolowanych gmin nie dofinansowywała programów polityki zdrowotnej dotyczących wad postawy realizowanych przez inne podmioty ani nie uczestniczyła w programach polityki zdrowotnej innych jednostek samorządu terytorialnego. W programach takich nie uczestniczyli również uczniowie skontrolowanych szkół. We wszystkich skontrolowanych szkołach uczniowie uczestniczyli natomiast w programach profilaktycznych, które bezpośrednio lub pośrednio odnosiły się do profilaktyki wad postawy, przykładowo w: *Programie korekcji wad postawy*, w ramach którego organizowano i przeprowadzano zajęcia korekcyjne wad postawy kończyn dolnych oraz kręgosłupa, programie autorskim nauczyciela wychowania fizycznego *Żyj zdrowo*, który miał się przyczynić do wykształcenia nawyku poprawnej postawy ciała, uświadczenia dziecku i rodzicom występowania wady oraz związanych z nią wszelkich następstw, a także w *Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży z terenu powiatu nowosolskiego na lata 2018–2019*, *„Miej odwagę, nie nadwagę”*, w ramach którego m.in. wykonywano dzieciom badania antropometryczne. [str. 21–24, 47]

Prawidłowa
profilaktyczna opieka
zdrowotna nad uczniami

We wszystkich skontrolowanych szkołach obowiązywały porozumienia na udzielanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnej i uczniowie zostali objęci profilaktyczną opieką zdrowotną. Świadczenia pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej obejmowały wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych, kierowanie postępowaniem poprzemieszowym oraz sprawowanie opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów.

Testami przesiewowymi objęto wszystkich uczniów z roczników objętych bilansem zdrowia, tj. od 98,2 do 100% uczniów podlegających badaniu. Wyjątkiem była tutaj jedna szkoła, gdzie w wyniku przedwczesnego rozwiązania współpracy z pielęgniarką szkolną, w roku szkolnym 2018/2019 testami przesiewowymi objęto jedynie 61,5% uczniów podlegających badaniu.

W skontrolowanych szkołach pielęgniarki zapewniały dostępność do świadczeń w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do liczby uczniów objętych opieką, przy czym w trzech szkołach dostępność pielęgniarki szkolnej była mniejsza niż wynikała z przepisów prawa, jednak nie uniemożliwiło to objęcia uczniów badaniami profilaktycznymi. [str. 26–27]

Profilaktyczną opiekę zdrowotną prowadzono w gabinetach funkcjonujących na terenie szkół. Wyjątkiem była tutaj jedna szkoła, w której z uwagi na warunki lokalowe, odbywało się to w gabinecie podmiotu leczniczego, sprawującego profilaktyczną opiekę nad uczniami.

Gabinety profilaktyki zdrowotnej spełniały niezbędne wymagania i były wyposażone w obowiązkowy sprzęt do wykonywania testów przesiewowych dotyczących układu ruchu. Wyjątkiem były tutaj trzy szkoły (15% skontrolowanych), spośród których w dwóch zgłoszono zastrzeżenia do wykonanych połączeń ścian z podłogami, a w jednej gabinet nie był wyposażony w wagę medyczną ze wzrostomierzem.

Gabinety profilaktyki zdrowotnej funkcjonujące w 17 szkołach (85%), z 20 skontrolowanych, w 2017 r. wyposażono/doposażono w sprzęt zakupiony ze środków dotacji z budżetu państwa. Środki te zostały przekazane, aby zapewnić uczniom pełną dostępność do efektywnej profilaktyki, bez względu na możliwości finansowe i priorytety organu prowadzącego szkołę. Ze środków dotacji z budżetu państwa na wyposażenie gabinetów profilaktyki zdrowotnej skorzystało dziewięć (90%) z 10 skontrolowanych gmin. [str. 27–28, 48]

Dyrektorzy skontrolowanych szkół współpracowali z podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczeń z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, w szczególności z pielęgniarkami szkolnymi.

W żadnej ze skontrolowanych szkół współpraca z pielęgniarką szkolną nie była sformalizowana, a podejmowane działania nie zawsze były dokumentowane. Dyrektorzy czterech (20%) z 20 skontrolowanych szkół, w porozumieniach zawartych z podmiotem leczniczym zatrudniającym pielęgniarkę, nie zapewnili sobie dostępu do informacji o liczbie uczniów z wadami postawy i rodzaju tych wad. Nie wiedzieli zatem, jaką grupę uczniów muszą objąć profilaktyką, w tym gimnastyką korekcyjną. [str. 29–30]

W ponad jednej trzeciej skontrolowanych szkół skorzystano z możliwości przeprowadzenia dodatkowych, poza badaniami bilansowymi, badań w kierunku rozpoznania wad postawy. W czterech szkołach (20%), spośród 20 skontrolowanych, takie nieodpłatne badania przesiewowe przeprowadzała pielęgniarka szkolna, fizjoterapeuta lub podmiot zewnętrzny w ramach umowy zawartej z gminą. W jednej gminie, w szkołach, dla których była organem prowadzącym, badania takie odbywały się z inicja-

Zróżnicowana
dostępność
do dodatkowych
badań przesiewowych
w kierunku wad postawy

Niewystarczające
działania ograniczające
czynniki ryzyka

tywy prywatnego podmiotu, a ich koszty ponieśli rodzice (od 35 do 50 zł). W innych szkołach badania były bezpłatne i podjęte z inicjatywy wyższej uczelni czy też podmiotu leczniczego. Dwie skontrolowane gminy finansowały dodatkowe badania w kierunku rozpoznania wad postawy w przedszkolach. [str. 24, 32–33]

Wszystkie skontrolowane gminy przeznaczały środki własne na tworzenie w szkołach podstawowych, dla których były organem prowadzącym, warunków pobytu uczniów ograniczających czynniki sprzyjające rozwojowi wad postawy. Na tworzenie w szkołach takich warunków skontrolowane gminy wydatkowały łącznie 25 008,8 tys. zł. Najwięcej środków (42,4%) wydatkowano na inwestycje w infrastrukturę sportową, a pozostałe wydatki dotyczyły głównie: organizacji zajęć wychowania fizycznego na basenie (29,6%), pozalekcyjnych zajęć sportowych (12,8%), zajęć gimnastyki korekcyjnej (7,4%), dostosowania mebli szkolnych do wymagań ergonomii stanowisk nauki i warunków antropometrycznych uczniów (5,8%) oraz zapewnienia miejsca na pozostawianie podręczników i przyborów szkolnych w szkole (2%). [str. 50–52]

W większości skontrolowanych szkół uczniom zapewniono miejsce na pozostawianie podręczników i przyborów szkolnych, jednak sposób ich organizacji często nie zachęcał uczniów do korzystania z takiej możliwości.

W 18 szkołach (90%), z 20 skontrolowanych, uczniowie mieli zapewnione miejsce na pozostawianie podręczników i przyborów szkolnych, przy czym w 13 szkołach (65%) wszyscy uczniowie mogli korzystać z szafek szkolnych. W pięciu szkołach (25%) szafki były dostępne dla części uczniów, a pozostali uczniowie mogli zostawiać podręczniki i przybory szkolne na wyznaczonych półkach i regałach w salach lekcyjnych. W tych szkołach kontrole Inspekcji Sanitarnej wykazały przekroczenia norm wagi plecaka szkolnego u ponad połowy objętych kontrolą uczniów.

W dwóch szkołach (10%), z 20 skontrolowanych, dyrektorzy nie zapewnili miejsca na pozostawianie podręczników i przyborów szkolnych dla wszystkich uczniów, a znajdujące się w tych szkołach szafki zabezpieczały potrzeby jedynie części uczniów. [str. 34–37]

W siedmiu szkołach (35%), z 20 skontrolowanych, w tym wszystkich z województwa śląskiego, we własnym zakresie przeprowadzano akcje ważenia plecaków szkolnych. We wszystkich tych szkołach Inspekcja Sanitarna stwierdziła mniejsze od średniej przekroczenia norm wagi plecaków szkolnych. Akcje ważenia plecaków szkolnych przeprowadzali najczęściej wychowawcy, a także pielęgniarka szkolna. Były one również ujęte w planach nadzoru pedagogicznego, jak również organizowano w tym zakresie konkursy.

Ponadto w celu zmniejszenia wagi plecaków szkolnych, w trzech szkołach (15%), z 20 skontrolowanych, zapewniono uczniom możliwość korzystania z saturatorów wody pitnej, a w czterech (20%) – nauczyciele korzystali w trakcie zajęć z e-podręczników, przy użyciu projektorów i tablic interaktywnych. Uczniowie mieli również możliwość korzystania z e-podręczników w domach. [str. 37–39]

We wszystkich skontrolowanych szkołach na początku roku szkolnego dokonywano pomiarów uczniów i wyznaczano meble szkolne odpowiednie do ich wzrostu, jednak tylko w co piątej szkole odnotowywano te dane, co umożliwiało późniejszą weryfikację prawidłowości zajmowanych przez uczniów stanowisk. Wyznaczanie stanowisk pracy dla uczniów odbywało się zazwyczaj tylko raz na początku roku szkolnego.

Nieprawidłowości
dotyczące ergonomii
stanowisk nauki uczniów

W 13 szkołach (65%), z 20 skontrolowanych, Inspekcja Sanitarna stwierdziła nieprawidłowości i uchybienia dotyczące ergonomii mebli szkolnych i dostosowania stanowisk nauki do wzrostu i budowy ciała uczniów. W czterech szkołach (20%) stwierdzono niewielkie uchybienia i nieprawidłowości w tym zakresie, natomiast w dziewięciu szkołach (45%) odsetek stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości dotyczył od 21,6 do 84% skontrolowanych stanowisk nauki.

Jedynie w siedmiu szkołach (35%), z 20 skontrolowanych, nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości i uchybień w obszarze dostosowania stanowisk pracy ucznia do jego wzrostu i budowy ciała. W szkołach tych wychowawcy dokonywali pomiarów wzrostu uczniów, a meble szkolne były właściwie i czytelnie oznakowane kolorami i/lub numerami. Wychowawcy znali zasady doboru stanowisk nauki, a uczniowie – rozmiary krzeseł i stolików odpowiednich do ich wzrostu. [str. 39–40]

We wszystkich skontrolowanych szkołach w programie wychowania fizycznego przewidziano edukację zdrowotną. Zrealizowane zajęcia wychowania fizycznego uwzględniały problematykę wad postawy. Wyjątkiem były tutaj dwie szkoły (10%), w których nie przeprowadzono w pełnym zakresie zajęć edukacyjnych i ćwiczeń korekcyjnych, wymaganych przyjętym w tych szkołach programem nauczania.

Odpowiednia organizacja
zajęć wychowania
fizycznego

We wszystkich skontrolowanych szkołach zajęcia wychowania fizycznego realizowano w wymaganym wymiarze godzin, głównie w formie zajęć klasowo-lekcyjnych. W siedmiu szkołach (35%), z 20 skontrolowanych, zajęcia te były prowadzone również na basenie. Jedynie w dwóch szkołach (10%) dyrektorzy dali uczniom możliwość wyboru formy organizacji zajęć wychowania fizycznego (w tym spośród: zajęć sportowych, zajęć rekreacyjno-zdrowotnych, zajęć tanecznych lub aktywnej turystyki). W szkołach tych odnotowano najwyższą frekwencję na zajęciach wychowania fizycznego.

Frekwencja na zajęciach wychowania fizycznego w skontrolowanych szkołach wyniosła średnio 90,1% w roku szkolnym 2017/2018 i 91,3% w roku szkolnym 2018/2019, i nie odbiegała od ogólnej frekwencji w tych szkołach.

We wszystkich szkołach nauczyciele wychowania fizycznego mieli wymagane kwalifikacje, jednak tylko w dwóch szkołach (10%) – dodatkowe kwalifikacje do prowadzenia gimnastyki korekcyjnej.

Wszystkie szkoły były wyposażone w infrastrukturę sportową do realizacji zajęć wychowania fizycznego, przy czym w pięciu szkołach (25%), z 20 skontrolowanych, zgłoszono zastrzeżenia do stanu nawierzchni infrastruktury sportowej, co stanowiło naruszenie wymogów bhp, a w czterech szkołach (20%) uczniowie nie mieli możliwości korzystania z pryszników. [str. 41–44]

**Niewystarczająca
dostępność do zajęć
gimnastyki korekcyjnej**

W trzech gminach (30%), z 10 skontrolowanych, nie organizowano i nie finansowano zajęć gimnastyki korekcyjnej, pomimo że u uczniów szkół, dla których były one organem prowadzącym rozpoznano schorzenia kręgosłupa. Żadna ze skontrolowanych gmin nie skorzystała z dofinansowania zajęć sportowych dla uczniów z elementami gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej ze środków Ministerstwa Sportu i Turystyki.

Jedynie w 12 szkołach (60%), z 20 skontrolowanych, organizowano zajęcia gimnastyki korekcyjnej. W ośmiu pozostałych szkołach (40%) nie planowano i nie organizowano uczniom zajęć gimnastyki korekcyjnej, co tłumaczono niewpłynięciem do szkoły zaświadczeń lekarskich z takim zaleceniem (w szkole nie zbierano danych o rozpoznanych wadach postawy), brakiem wystarczającej liczebności grupy dzieci z wadami postawy, czy też niezatrudnianiem nauczyciela wychowania fizycznego z uprawnieniami do prowadzenia tego rodzaju zajęć. W dwóch szkołach (10%) nie umożliwiono wszystkim uczniom z rozpoznanymi wadami postawy udziału w organizowanych w szkole zajęciach gimnastyki korekcyjnej. Organizując zajęcia gimnastyki korekcyjnej mylnie uznano, że liczba uczestników tych zajęć nie może przekraczać pięciu osób, tak jak zostało to określone w przypadku zajęć korekcyjno-kompensacyjnych. [str. 44–46, 51–52]

**Niewystarczające
działania informacyjne
i edukacyjne**

Działania informacyjne i edukacyjne na rzecz eliminacji ryzyka rozwoju wad postawy prowadziły organy jedynie czterech gmin (40%), z 10 skontrolowanych. W pozostałych sześciu gminach (60%), na poziomie obsługujących ich urzędów, nie podejmowano takich działań, co tłumaczono ograniczonymi możliwościami budżetowymi i koniecznością dokonywania selekcji zadań do wykonania bądź uznano za wystarczające prowadzenie takich działań przez dyrektorów podległych szkół, czy też koncentrowano się na innych obszarach, np. obejmujących seniorów, kobiety w ciąży oraz kobiety zagrożone rakiem skóry.

Edukację na temat profilaktyki wad postawy uczniów prowadzono natomiast we wszystkich skontrolowanych szkołach, jednak w prawie połowie z nich nie było to skuteczne, o czym świadczyły wyniki kontroli Inspekcji Sanitarnej dotyczące obciążeń tornistrów szkolnych, czy też nieskorzystanie z badań lekarskich połowy uczniów objętych badaniami przesiewowymi. Potwierdzają to również wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród nauczycieli oraz rodziców/opiekunów prawnych uczniów. Z badania ankietowego wynika, że poziom wiedzy kadry nauczycielskiej w tym obszarze nie był wystarczający i adekwatny do skali problemu. Mniej niż połowa ankietowanych nauczycieli (43%) mogła liczyć na wsparcie rodziców w działaniach profilaktycznych, a z drugiej strony, jako główne źródło informacji na temat wad postawy jedynie 17,5% rodziców wskazywało szkołę, a co czwarty ankietowany rodzic uznał prowadzoną w szkole profilaktykę w tym obszarze za wystarczającą. Zaledwie 38,1% ankietowanych rodziców potwierdziło badanie dziecka w szkole dotyczące wad postawy ciała, a 24,7% nie potrafiło odpowiedzieć jednoznacznie czy takie badanie miało miejsce. Wskazuje to na znaczny niedostatek wiedzy rodziców o rodzaju i zakresie badań wykonywanych dzieciom w szkołach. Zdaniem nauczycieli największe trudności w prowadzeniu profilaktyki wad postawy

ciała uczniów wynikają z niepoprawnych nawyków wyniesionych z domu (83,2%), jednak spostrzeżenia te stoją w opozycji do deklaracji ankietowanych rodziców, gdyż według 83,1% z nich ich dziecko spędza aktywnie czas wolny. [str. 53–57]

We wszystkich skontrolowanych szkołach współpracowano z rodzicami w prowadzeniu profilaktyki wad postawy i zagrożeń związanych z ich rozwojem. Jednak podejmowane w ramach tej współpracy działania nie były w pełni skuteczne, o czym świadczyły wyniki ankiet przeprowadzonych wśród rodziców uczniów, niski odsetek zwróconych kart z badania profilaktycznego, czy też wysoki odsetek odmów rodziców uczestnictwa ich dzieci w zajęciach gimnastyki korekcyjnej.

Informacje dotyczące profilaktyki wad postawy uczniów przekazywano rodzicom podczas ogólnych zebrań, głównie na początku roku szkolnego, a także za pośrednictwem dziennika elektronicznego. Przykładem dobrej praktyki było uczestniczenie rodziców w zajęciach gimnastyki korekcyjnej w celu zdobycia wiedzy jak dziecko powinno poprawnie wykonywać ćwiczenia w domu, czy też zorganizowanie spotkania z przedstawicielami Inspekcji Sanitarnej dotyczącego wagi plecaków szkolnych. [str. 30–32]

4. WNIOSKI

Skuteczność profilaktyki zależy od zorganizowanego i systematycznego wykonywania zadań przez osoby odpowiedzialne za wszechstronny rozwój dzieci i młodzieży. Dlatego też konieczna jest ścisła współpraca organów gmin ze szkołami, podmiotami leczniczymi oraz rodzicami/opiekunami prawnymi dzieci.

Gminy Gminy powinny realizować swoje obowiązkowe zadania dotyczące rozpoznania potrzeb zdrowotnych mieszkańców, a także kształtować politykę zdrowotną na swoim terenie poprzez:

- 1) opracowanie programów polityki zdrowotnej dla mieszkańców, obejmujących także – w zależności od rozpoznanych potrzeb – profilaktykę wad postawy wśród uczniów,
- 2) współdziałanie w obszarze promocji i ochrony zdrowia z innymi jednostkami administracji publicznej, w szczególności szczebla powiatowego i wojewódzkiego, w tym udział w regionalnych programach polityki zdrowotnej,
- 3) prowadzenie aktywnej edukacji na rzecz eliminacji ryzyka rozwoju wad postawy u dzieci i młodzieży, skierowanych do dyrektorów szkół, nauczycieli, rodziców/opiekunów prawnych oraz dzieci.

Szkoły Szkoły, które odpowiadają za stworzenie uczniom takich warunków pobytu w szkole, które będą przyczyniały się do zapobiegania powstawaniu i rozwojowi wad postawy i mają do tego najwięcej instrumentów powinny:

- 1) zapewnić wyposażenie szkół odpowiadające wymogom ergonomii oraz dostosowane do warunków antropometrycznych uczniów,
- 2) eliminować problem przeciążonych plecaków szkolnych uczniów, udostępniając szafki i inne miejsca do przechowywania podręczników i przyborów szkolnych oraz prowadzić edukację adresowaną do uczniów i ich rodziców/opiekunów prawnych,
- 3) w szerszym zakresie prowadzić profilaktykę wad postawy u uczniów w ramach dodatkowych zajęć gimnastyki korekcyjnej,
- 4) zapewnić systematyczną współpracę i wymianę informacji o stanie zdrowia uczniów i wskazaniach do zajęć profilaktycznych pomiędzy dyrektorem szkoły, nauczycielami, pielęgniarką szkolną oraz rodzicami/opiekunami prawnymi, ponieważ są to warunki zwiększające skuteczność profilaktyki.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Rozpoznanie i monitorowanie problemu rozwoju wad postawy uczniów

Problem występowania i rozwoju wad postawy był w niewystarczającym zakresie rozpoznany i monitorowany przez samorządy. Organy gmin wykazywały ograniczoną aktywność w rozpoznawaniu potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Zaledwie w czterech gminach, z 10 skontrolowanych, dokonano diagnozy stanu zdrowia mieszkańców, a tylko w jednej gminie zaplanowane zostały działania dotyczące profilaktyki wad postawy uczniów. W pozostałych gminach nie były inicjowane żadne działania, a ich planowanie i realizacja spoczywały głównie na szkołach. W czterech województwach, na terenie których prowadzona była kontrola, pomimo funkcjonowania regionalnych programów polityki zdrowotnej obejmujących profilaktykę wad postawy ciała dzieci i młodzieży, żadna ze skontrolowanych gmin nie skorzystała z możliwości zapewnienia w nich udziału uczniów podległych szkół.

We wszystkich szkołach prowadzono profilaktyczną opiekę zdrowotną, w tym wykonywanie badań przesiewowych przez pielęgniarkę szkolną, przy czym w trzech szkołach nie zapewniono sobie w ramach współpracy z podmiotem leczniczym dostępu do danych dotyczących skali rozpoznanych wad postawy, co w istotny sposób mogło ograniczyć skuteczność realizowanych działań.

5.1.1. Realizacja zadań gminy dotyczących rozpoznania i monitorowania problemu rozwoju wad postawy uczniów

Do zadań władz publicznych, także gminy, należą sprawy ochrony zdrowia, które dotyczą zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, obejmują analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, promocję zdrowia i profilaktykę, a także tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu. Do zadań własnych gminy w tym zakresie należy opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej, wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Zadania dotyczące zdrowia publicznego obejmują monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa, edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społecznych, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych, promocję zdrowia, profilaktykę chorób, a także promocję i organizowanie aktywności fizycznej. Zadania te realizują, współdziałając ze sobą, organy administracji rządowej, państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze, a także jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia.

Gmina może dofinansowywać programy profilaktyki zdrowotnej i programy polityki zdrowotnej inne niż realizowane przez daną jednostkę.

Na realizację programów polityki zdrowotnej dotyczących udzielania świadczeń gwarantowanych, gmina może uzyskać dofinansowanie ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Gminy, związki międzygminne oraz

Zadania własne gminy dotyczące rozpoznania i monitorowania stanu zdrowia społeczeństwa, w tym problemu rozwoju wad postawy ciała dzieci i młodzieży

stowarzyszenia jednostek samorządu terytorialnego mogą także udzielać pomocy, w tym pomocy finansowej, sobie wzajemnie bądź innym jednostkom samorządu terytorialnego.

W gminie powinny być rzetelnie rozpoznane potrzeby zdrowotne społeczeństwa, obejmujące swym zakresem również problem wad postawy u dzieci i młodzieży. W oparciu o przeprowadzoną diagnozę potrzeb powinna być podejmowana profilaktyka, zwłaszcza w ramach programów polityki zdrowotnej.

Rozpoznanie potrzeb zdrowotnych w zakresie wad postawy ciała dzieci i młodzieży

Potrzeby zdrowotne mieszkańców gminy rozpoznano jedynie w czterech gminach (40%)¹⁷, z 10 skontrolowanych, przy czym jedynie w dwóch¹⁸ z nich rozpoznaniem objęto schorzenia kręgosłupa u dzieci. W jednej ze skontrolowanych gmin¹⁹ prowadzono rozpoznanie poszczególnych problemów zdrowotnych na potrzeby podjęcia profilaktyki tych schorzeń. Rozpoznanie takiego dokonano m.in. w stosunku do schorzeń kręgosłupa u dzieci i młodzieży.

NIK zwraca uwagę, że analiza i ocena potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, promocja zdrowia i profilaktyka, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu należą do zadań władz publicznych. Przeprowadzenie analizy potrzeb zdrowotnych na terenie gminy, stopnia ich zaspokojenia oraz zidentyfikowania obszarów, w których zastosowanie określonych interwencji może przynieść największe efekty zdrowotne, jest pierwszym etapem w planowaniu programu polityki zdrowotnej i wyboru problemu zdrowotnego, na którym skupiać miałby się taki program. Rozpoznanie problemu schorzeń kręgosłupa winno znaleźć swoje odzwierciedlenie w kompleksowym i pełnym przeprowadzeniu rozpoznania potrzeb zdrowotnych mieszkańców, które należy do zadań własnych gminy. Dopiero w wyniku takiego rozpoznania gmina podejmuje decyzję o opracowaniu i realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie, jaki w jej ocenie, na miarę posiadanych środków budżetowych, jest najważniejszy.

Z dokonanego w dwóch gminach rozpoznania potrzeb zdrowotnych dotyczących schorzeń kręgosłupa u dzieci wynikało, że:

- skrzywienia kręgosłupa były drugim najczęściej występującym schorzeniem w grupie wiekowej do 18 roku życia (gmina Będzin),
- odsetek dzieci ze schorzeniami kręgosłupa, na podstawie informacji uzyskanych z Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego, wyniósł 7,2% wszystkich uczniów szkół zarówno w 2017, jak i w 2018 r. (gmina Suwałki).

Według wyników badań profilaktycznych uczniów przeprowadzonych w latach 2017–2018, uzyskanych w trakcie kontroli NIK, w czterech²⁰ skontrolowanych gminach, u średnio ponad 30% przebadanych dzieci stwierdzono skrzywienie kręgosłupa – kifozę i lordozę (M40²¹) oraz

¹⁷ Gmina: Będzin, Pawłowice, Suwałki i Tarnów.

¹⁸ Gmina: Będzin i Suwałki.

¹⁹ Gmina Świebodzin.

²⁰ Gmina: Będzin, Koszalin, Maków Podhalański i Pawłowice.

²¹ Kod rozpoznania według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 oznaczający zniekształcające choroby grzbietu dotyczące kifozy i lordozy.

boczne skrzywienie kręgosłupa – skoliozę (M41²²). Dotyczyło to od 24 do 35,7% objętych badaniem uczniów²³. W pozostałych gminach, według danych uzyskanych w trakcie kontroli NIK z podległych szkół, odsetek dzieci ze skrzywieniami kręgosłupa wynosił średnio 8,5% populacji uczniów uczęszczających do tych szkół i kształtował się w przedziale od 6,7 do 10,8%²⁴ wszystkich uczniów.

W gminie Świebodzin rozpoznanie potrzeb dotyczących wad postawy uczniów przeprowadzone zostało przez lekarzy ortopedów we wrześniu 2015 r. na grupie 628 dzieci ze wszystkich szkół (20% uczniów). Uczniowie uczestniczyli w dodatkowych badaniach w kierunku zdiagnozowania ewentualnych wad postawy ciała, w ramach umów zawartych z podmiotem zewnętrznym na realizację projektu pn. *Program korekcji wad postawy*. W ich wyniku u 35,7% przebadanych osób stwierdzono nieprawidłowości w badanym zakresie.

Dane dotyczące skali rozpoznanych wad postawy uczniów w skontrolowanych gminach były nie w pełni porównywalne ze względu na źródło pochodzenia takich informacji. W części gmin skala problemu była odnośna do populacji uczniów objętych w dwóch latach szkolnych badaniami profilaktycznymi, które są przeprowadzane w rocznikach objętych bilansem zdrowia, natomiast w części gmin – do populacji wszystkich uczniów w szkole, w oparciu o zwrócone karty badania profilaktycznego lub zaświadczenia wydane przez lekarzy i przekazane do szkół.

W żadnej ze skontrolowanych gmin nie opracowano i nie realizowano programu polityki zdrowotnej, dotyczącego profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży.

Gminne programy polityki zdrowotnej

Jednym z instrumentów gmin służącym realizacji zadań w obszarze zdrowia na rzecz społeczności lokalnej jest program polityki zdrowotnej. Stanowi on zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych, jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, które umożliwiają osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Program ten jest opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez gminę.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że **realizacja zadań dotyczących wad postawy w ramach przyjętego programu polityki zdrowotnej, może przynieść bardziej wymierne korzyści z uwagi na kompleksowość podejścia do problemu zdrowotnego, konieczność ewaluacji, a także możliwość uzyskania dofinansowania ze źródeł zewnętrznych**. Program polityki zdrowotnej nie może być zbiorem przypadkowych działań, powinien być umiejscowiony w ramach czasowych, w których mogą być osiągnięte założone z góry cele. Działania podejmowane w ramach programu nie mogą mieć charakteru eksperymentalnego, mają być oceniane jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione.

²² Kod rozpoznania według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 oznaczający zniekształcające choroby grzbietu dotyczące skoliozy.

²³ Najniższy odsetek (24%) stwierdzono w gminie Koszalin w 2018 r., a najwyższy (35,7%) w gminie Maków Podhalański w roku szkolnym 2017/2018.

²⁴ Najniższy odsetek (6,7%) stwierdzono w gminie Gryfino w 2019 r., a najwyższy (10,8%) w gminie Juchnowiec Kościelny w roku szkolnym 2017/2018.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

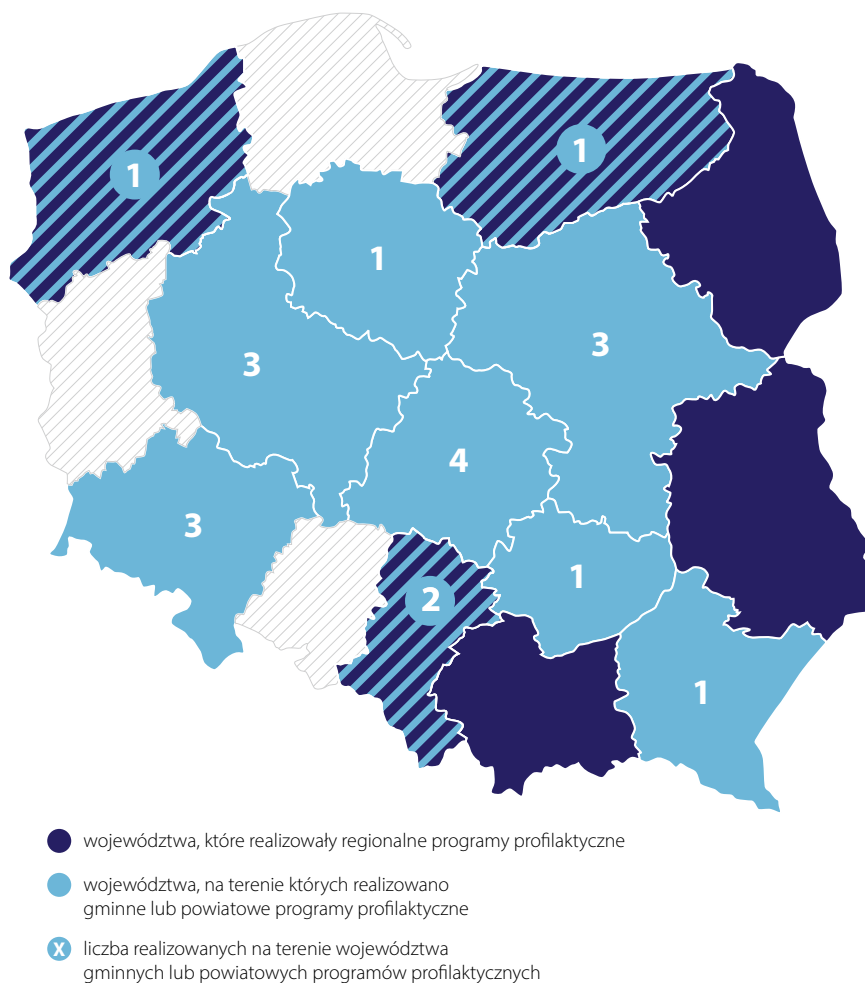
W jednej gminie (10%), z 10 skontrolowanych, planowano wdrożenie programu wczesnego wykrywania nabytych wad rozwojowych u dzieci uczęszczających do szkół podstawowych oraz prowadzenia rehabilitacji korygującej wadę na lata 2017–2020. W gminie Tarnów programu tego jednak nie podjęto, uzasadniając to brakiem środków finansowych i wskazując na realizację programów polityki zdrowotnej w ośmiu innych zakresach.

Programy polityki zdrowotnej funkcjonowały jedynie w połowie²⁵ skontrolowanych gmin (od jednego do ośmiu programów) i swym zakresem obejmowały najczęściej zagadnienia związane z profilaktyką zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego oraz szczepieniami ochronnymi przeciwko grypie.

Żadna ze skontrolowanych gmin nie dofinansowywała programów polityki zdrowotnej dotyczących wad postawy realizowanych przez inne podmioty ani nie uczestniczyła w programach polityki zdrowotnej realizowanych przez inne jednostki samorządu terytorialnego. W programach takich nie uczestniczyli również uczniowie skontrolowanych szkół.

Infografika nr 5

Programy polityki zdrowotnej dotyczące profilaktyki wad postawy realizowane przez samorzady w latach 2015–2019



Źródło: opracowanie własne NIK, na podstawie danych uzyskanych z Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

²⁵ Gmina: Bedzin, Koszalin, Pawłowice, Suwałki i Tarnów.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Na terenie czterech z pięciu województw, w których były zlokalizowane skontrolowane gminy, funkcjonowały regionalne programy polityki zdrowotnej dotyczące problemu wad postawy ciała dzieci i młodzieży, tj.:

- 1) *„Program Zdrowego Kręgosłupa” Regionalny Program Zdrowotny Województwa Śląskiego na lata 2017–2021 w zakresie wczesnego wykrywania deformacji kręgosłupa u dzieci w wieku szkolnym oraz edukacja w zakresie ergonomii w codziennym życiu dziecka,*
- 2) *„Program profilaktyki nabytych wad postawy skierowany do dzieci w wieku 5–14 lat z terenu województwa podlaskiego”,*
- 3) *„Wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym” Regionalny Program Zdrowotny Samorządu Województwa Małopolskiego,*
- 4) *Regionalny Program Zdrowotny Województwa Zachodniopomorskiego „Wczesne rozpoznanie i korekcja wad postawy wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym na lata 2019–2021”.*

Uczestnictwo w regionalnych programach polityki zdrowotnej dotyczących wad postawy

Grafika nr 1

Podstawowe założenia regionalnych programów polityki zdrowotnej w obszarze profilaktyki wad postawy na terenie kontrolowanych województw



Regionalny program polityki zdrowotnej województwa śląskiego

- skierowany do dzieci w wieku 7–15 lat i ich rodziców/opiekunów prawnych, a także pielęgniarek szkolnych i pośrednio nauczycieli (fizjoterapeutów)
- działania podejmowane w ramach programu obejmowały badania przesiewowe (dzieci), działania edukacyjne (dzieci i rodzice) oraz wsparcie szkoleniowe (pielęgniarki, nauczyciele oraz fizjoterapeuci)
- rekrutacja na terenie szkół, informacje przekazywane poprzez ulotki, plakaty informacyjne oraz mass media (telewizja, radio, internet, Facebook)



Regionalny program polityki zdrowotnej województwa podlaskiego

- skierowany do dzieci szkół podstawowych oraz gimnazjów w latach szkolnych 2017/2018–2020/2021, rodziców/opiekunów prawnych
- dwa poziomy interwencji, tj. projekt edukacyjny skierowany do rodziców dzieci w wieku 5–6 lat, dzieci w wieku 7 lat z klas pierwszych oraz dzieci z klas IV i VI szkoły podstawowej, a projekt leczenia i rehabilitacji skierowany do dzieci ze zdiagnozowaną skoliozą, kifozą i lordozą
- rekrutacja na terenie szkół, zaproszenia kierowane do dyrektorów szkół wraz z informacjami o programie, informacje kierowane do pielęgniarek szkolnych, a także poprzez zamieszczenie informacji o programie w lokalnej prasie oraz na stronie internetowej organizatora oraz szkół



Regionalny program polityki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego

- skierowany do dzieci w wieku 3–10 lat uczęszczających do przedszkola lub szkoły podstawowej oraz ich rodzin; zaproszenie do udziału skierowane do lekarzy poz, pielęgniarek poz oraz pielęgniarek szkolnych
- działania edukacyjne skierowane do całej populacji dzieci i ich rodzin, badania przesiewowe, kwalifikujące do udziału w programie, skierowane do całej populacji, a dla części z nich lekarskie badania specjalistyczne, interwencja korekcyjna (rehabilitacja) przez 3 m-ce skierowana do dzieci z wadą postawy
- informacje o rozpoczęciu kwalifikacji rozpowszechniane w szkołach podstawowych oraz przedszkolach



Regionalny program polityki zdrowotnej województwa małopolskiego

- skierowany do dzieci w wieku przedszkolnym oraz dzieci i młodzieży w wieku szkolnym (do ukończenia szkoły podstawowej) i ich rodzin z terenu 13 powiatów o najwyższym odsetku osób niepełnosprawnych w województwie, a także do pielęgniarek szkolnych
- program obejmował badania przesiewowe i działania korekcyjno-rehabilitacyjne (dzieci) oraz działania szkoleniowe i informacyjno-edukacyjne (rodzice/opiekunowie prawni i pielęgniarce szkolne)
- informacje o programie przekazywane do szkół

Źródło: opracowanie własne NIK.

W regionalnych programach polityki zdrowotnej na terenie tych czterech województw nie uczestniczyła żadna ze skontrolowanych gmin, jak również z udziału w realizowanych projektach nie skorzystali uczniowie szkół podstawowych, dla których te gminy były organem prowadzącym.

W programie województwa małopolskiego realizatorem mogły być jednostki samorządu terytorialnego (z 13 powiatów), a w pozostałych programach – do realizacji były zapraszane głównie podmioty lecznicze.

Gmina Miejska Tarnów (jako jedna z dwóch skontrolowanych gmin, która mogła być realizatorem) podjęła starania o udział w programie regionalnym jako partner podmiotu zewnętrznego, który złożył wniosek na projekt *Wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym miasta i gminy Tarnów*. Przystąpienie do partnerstwa umożliwiła analiza kryteriów oceny wniosków i możliwości otrzymania punktacji zwiększającej prawdopodobieństwo uzyskania wsparcia. W trakcie procedury konkursowej podmiot zewnętrzny zrezygnował jednak z realizacji tego projektu w związku z niespełnieniem warunku, który dotyczył kwalifikowania pacjentów do rehabilitacji przez lekarzy (zapewniono jedynie wykwalifikowanych fizjoterapeutów). Następnie gmina Tarnów nie przystąpiła do udziału w projekcie dotyczącym wczesnego wykrywania wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci, realizowanym przez inny podmiot, który uzyskał dofinansowanie w ramach programu regionalnego i zwrócił się do niej z zaproszeniem do bezpłatnego udziału uczniów w tym projekcie. Realizowany projekt miał na celu poprawę stanu zdrowia dzieci w wieku szkolnym poprzez wczesne wykrycie i leczenie wad postawy i innych dysfunkcji układu ruchu, w szczególności skolioz, tj. wykonanie badań przesiewowych, zajęcia korekcyjno-rehabilitacyjne (terapia obejmująca indywidualne oraz grupowe zajęcia korekcyjne), a także edukację skierowaną do rodziców/opiekunów prawnych i dzieci. W tym projekcie przewidziano także szkolenia dla pielęgniarek szkolnych dotyczące wykrywania oraz leczenia wad postawy i układu ruchu. Gmina nie przeprowadziła rzetelnej akcji informacyjnej wśród szkół, gdyż ograniczyła się tylko do wysłania zapytania mailowego do dyrektorów podległych szkół podstawowych oraz przedszkoli. W efekcie poinformowano realizatora, że szkoły podstawowe nie są zainteresowane przystąpieniem do projektu.

Nieuczestniczenie uczniów szkół sześciu skontrolowanych gmin z terenu województwa śląskiego, zachodniopomorskiego oraz podlaskiego w programach regionalnych, dotyczących problemu wad postawy tłumaczono głównie brakiem wiedzy o realizacji tych programów, nieotrzymaniem żadnych informacji dotyczących tych programów i ich założeń. Jednak, w trakcie kontroli NIK, dyrektorzy dwóch skontrolowanych szkół z gminy Juchnowiec Kościelny, po uzyskaniu informacji o realizacji na terenie powiatu białostockiego w latach szkolnych 2019/2020 i 2020/2021 projektu w ramach programu regionalnego przez niepubliczny zakład terapii i rehabilitacji leczniczej, zgłosili akces uczestnictwa w tym projekcie.

W dwóch gminach (20%), z 10 skontrolowanych, finansowano badania profilaktyczne w kierunku wad postawy u dzieci w przedszkolach.

Gmina Pawłowice ze środków własnych zapewniła w przedszkolach opiekę pielęgniarzką dla dzieci w wieku 3–6 lat, która obejmowała m.in. wykonywanie testów przesiewowych, w tym dotyczących wad postawy. W ten sposób zapewniono sobie dostęp do sprawozdawanych informacji o liczbie dzieci ze stwierdzonymi dysfunkcjami zdrowotnymi, w tym zaburzeniami w rozwoju somatycznym (nadwaga, niedowaga) oraz wadami postawy. Na opiekę pielęgniarzką w latach 2017–2019 wydatkowano 49,2 tys. zł.

Gmina Gryfino, w ramach działań zapobiegających wadom postawy u uczniów, finansowała badania ortopedyczne wad postawy u dzieci trzyletnich w przedszkolach. W latach 2017–2019 badaniami tymi objęto ponad 600 dzieci i wydatkowano na ten cel 9,1 tys. zł.

W pięciu gminach²⁶, z 10 skontrolowanych, w szkołach, dla których były one organem prowadzącym, przeprowadzono dodatkowe badania profilaktyczne w kierunku wad postawy.

W Tarnowie, oprócz badań bilansowych, w siedmiu szkołach (44%), dla których gmina była organem prowadzącym, przeprowadzono dodatkowe badania uczniów pod kątem wad postawy. W pięciu przypadkach badania odbyły się z inicjatywy prywatnego podmiotu, a koszty ponieśli rodzice (od 35 do 50 zł), a w dwóch innych – badania były bezpłatne i podjęte z inicjatywy wyższej uczelni oraz podmiotu leczniczego. W trzech skontrolowanych szkołach (po jednej z gminy: Będzin, Gryfino i Suwałki) nieodpłatnie badania dodatkowe przeprowadziła pielęgniarka szkolna lub fizjoterapeuta. Z kolei w gminie Świebodzin dodatkowe bezpłatne badania profilaktyczne zostały przeprowadzone przez lekarzy ortopedów w ramach realizowanego przez podmiot zewnętrzny projektu.

5.1.2. Realizacja zadań szkoły dotyczących rozpoznania i monitorowania problemu rozwoju wad postawy uczniów

Realizując swoje zadania statutowe szkoła zapewnia uczniom możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej, który musi spełniać szczegółowe wymagania, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, wydanym na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²⁷. Gabinet musi być wyposażony w sprzęt, o którym mowa w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ, w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej. Dyrektor szkoły współpracuje z pielęgniarką albo higienistką szkolną, lekarzem i lekarzem dentystą, sprawującymi profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą.

Organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętą obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki określało do 11 wrze-

Organizowanie
i finansowanie
dodatkowych badań
w kierunku wad postawy

Zadania szkoły
dotyczące rozpoznania
i monitorowania
problemu rozwoju wad
postawy uczniów

²⁶ Gmina: Będzin, Gryfino, Suwałki, Świebodzin i Tarnów.

²⁷ Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm., zwana dalej *ustawą o działalności leczniczej*.

śnia 2019 r. rozporządzenie w sprawie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, a od 12 września 2019 r. ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami. Zgodnie z obowiązującymi przepisami opieka zdrowotna nad uczniami jest realizowana w szkole i obejmuje profilaktyczną opiekę zdrowotną, promocję zdrowia oraz opiekę stomatologiczną. Opieka zdrowotna nad uczniami ma na celu ochronę zdrowia uczniów oraz wyrobienie w uczniach postaw prozdrowotnych oraz odpowiedzialności za własne zdrowie. Cele te są realizowane przez: działania na rzecz zachowania zdrowia oraz zapobiegania powstawaniu lub rozwojowi chorób, wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych i czynników ryzyka, edukację zdrowotną i promocję zdrowia, w tym aktywności fizycznej i sportu oraz prawidłowego żywienia. Dyrektor szkoły w celu zapewnienia opieki zdrowotnej nad uczniami współpracuje m.in. z podmiotami sprawującymi opiekę zdrowotną nad uczniami. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna współpracuje z dyrektorem szkoły, nauczycielami i pedagogiem szkolnym. Współpraca ta polega na wspólnym podejmowaniu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych oraz rozpoznanych czynników ryzyka dla zdrowia uczniów danej szkoły. W ramach współpracy pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna doradza dyrektorowi szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole. Na wniosek dyrektora szkoły pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna przedstawia zagadnienia dotyczące edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia uczniów na posiedzeniach rady pedagogicznej, z zachowaniem prawa do tajemnicy o stanie zdrowia uczniów.

Dyrektor szkoły, dla zapewnienia uczniom optymalnych warunków opieki zdrowotnej, musi współpracować z rodzicami, zwłaszcza w przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych lub higienicznych. Odbywa się to w oparciu o określone zasady postępowania. Szkoły podejmują niezbędne działania w celu zapewnienia optymalnych warunków prowadzenia działalności dydaktycznej, wychowawczej i opiekuńczej oraz innej działalności statutowej, zapewnienia każdemu uczniowi warunków niezbędnych do jego rozwoju, podnoszenia jakości pracy szkoły lub placówki i jej rozwoju organizacyjnego. Dotyczy to także współpracy z rodzicami i środowiskiem lokalnym. W rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie wymagań wobec szkół i placówek²⁸, w wymaganiach wobec szkół podstawowych wskazano wymóg uznania rodziców za partnerów szkoły lub placówki. W przypadku profilaktyki rodzice współdecydują w sprawach szkoły lub placówki i uczestniczą w podejmowanych działaniach, szkoła lub placówka współpracuje z rodzicami na rzecz rozwoju ich dzieci, szkoła lub placówka zdobywa i wykorzystuje opinie rodziców na temat swojej pracy.

Takie działania mogą być prowadzone w ramach uczestnictwa w gminnych lub regionalnych programach polityki zdrowotnej, czy też innych programach profilaktycznych dotyczących wad postawy ciała uczniów.

²⁸ Dz. U. poz. 1611.

We wszystkich skontrolowanych szkołach uczniowie zostali objęci profilaktyczną opieką zdrowotną. W szkołach obowiązywały porozumienia na udzielanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnego.

Porozumienie
na udzielanie świadczeń
pielęgniarki szkolnej

Dyrektorzy wszystkich skontrolowanych szkół zawarli porozumienia z podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczeń pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej w środowisku nauczania i wychowania, którymi objęli całą populację uczniów poszczególnych szkół.

W tym obszarze stwierdzono jednak dwa odstępstwa:

- w SP w Kleosinie, po zmianie w 2018 r. podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń pielęgniarstwa szkolnego, dyrektor szkoły wprowadził potwierdzać informacje o liczbie uczniów objętych opieką profilaktyczną, jednak porozumienie o współpracy z tym podmiotem zawarł dopiero w trakcie kontroli NIK;
- w SP nr 6 w Świebodzinie, w wyniku przedwczesnego zakończenia przez pielęgniarkę szkolną współpracy dotyczącej sprawowania opieki nad uczniami, w okresie od 29 stycznia do 30 kwietnia 2019 r. uczniom nie zapewniono profilaktycznej opieki zdrowotnej. Wprowadził dyrektor, niezwłocznie po zakończeniu współpracy z pielęgniarką, podjął działania by zabezpieczyć opiekę medyczną dla uczniów, to jednak przez trzy miesiące opieka zdrowotna nie była w szkole zapewniona, wskutek czego nie przeprowadzono testów przesiewowych u 38,5% uczniów podlegających badaniu.

Testami przesiewowymi objęto wszystkich uczniów z roczników objętych bilansem zdrowia, tj. od 98,2 do 100% uczniów podlegających badaniu. Wyjątkiem w roku szkolnym 2018/2019 była SP nr 6 w Świebodzinie, gdzie w wyniku przedwczesnego rozwiązania współpracy z pielęgniarką szkolną, testami przesiewowymi objęto jedynie 61,5% uczniów podlegających badaniu w danym roku.

Przeprowadzenie
testów przesiewowych
wśród uczniów

Świadczenia pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej obejmują m.in. wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych, kierowanie postępowaniem poprzęsiewowym oraz sprawowanie opieki nad uczniami z dodatkowymi wynikami testów. W trakcie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego oraz w klasie III, V i VII szkoły podstawowej pielęgniarka lub higienistka szkolna powinna wykonać test do wykrywania zaburzeń układu ruchu, w tym boczego skrzywienia kręgosłupa (w klasie VII szkoły podstawowej dodatkowo nadmiernej kifozy piersiowej).

W latach szkolnych 2017/2018 i 2018/2019 testami przesiewowymi w 13 szkołach (65%), z 20 skontrolowanych, objęto całą populację uczniów podlegających badaniu, a w siedmiu szkołach (35%), odpowiednio: od 98,2 do 100% (2017/2018)²⁹ i od 61,5 do 100% (2018/2019)³⁰.

²⁹ W roku szkolnym 2017/2018 testami objęto: 98,2% uczniów podlegających badaniu w SP nr 6 w Świebodzinie, 98,8% w SP nr 6 w Koszalinie, 99% w SP nr 9 w Tarnowie, 99,2% w SP w Pielgrzymowicach, 99,7% w SP nr 9 w Koszalinie i 100% w SP nr 10 w Tarnowie oraz w SP w Żarnówce.

³⁰ W roku szkolnym 2018/2019 testami objęto: 61,5% uczniów podlegających badaniu w SP nr 6 w Świebodzinie, 94,7% w SP nr 9 w Koszalinie, 97,4% w SP nr 9 w Tarnowie, 98,4% w SP nr 10 w Tarnowie oraz w SP w Żarnówce, 98,5% w SP nr 6 w Koszalinie i 100% w SP w Pielgrzymowicach.

Przykład

W roku szkolnym 2018/2019 w SP nr 6 w Świebodzinie testami przesiewowymi objęto 61,5% populacji podlegającej badaniu, z tego: 82% dzieci objętych opieką w rocznym obowiązkowym przygotowaniu przedszkolnym, 80% uczniów klas III i 52,2% uczniów klas V. Ponadto wykonano badania przesiewowe czworgu dzieciom z pozostałych roczników. Tak niski odsetek uczniów objętych badaniami przesiewowymi wynikał z przedwczesnego zakończenia współpracy z pielęgniarką szkolną. Pielęgniarka szkolna, z którą nawiązano współpracę od 1 maja 2019 r. zadeklarowała objęcie badaniami przesiewowymi, w miarę możliwości, wszystkich uczniów, którym nie wykonano tych badań w roku szkolnym 2018/2019.

Pielęgniarki szkolne zapewniały dostępność do świadczeń w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do liczby uczniów objętych opieką. Wyjątkiem były tutaj trzy szkoły (15%), w których dostępność pielęgniarki szkolnej była mniejsza niż wynikała z przepisów prawa. Nie miało to jednak wpływu na objęcie uczniów badaniami profilaktycznymi. W latach szkolnych 2017/2018–2018/2019 wprowadziło:

- w SP nr 9 w Koszalinie gabinet pielęgniarki szkolnej był czynny od poniedziałku do czwartku, zamiast do piątku, jednak testy przesiewowe przeprowadzono odpowiednio u: 99,7 i 94,7% populacji uczniów podlegających badaniu,
- w SP nr 6 w Koszalinie gabinet był czynny dwa, zamiast trzy razy w tygodniu, jednak badaniami profilaktycznymi objęto populację odpowiednio: 98,8 i 98,5% uczniów podlegających badaniu.

Z kolei w SP w Radziszewie, w której testy przesiewowe przeprowadzono u całej populacji uczniów podlegających badaniu, gabinet pielęgniarki szkolnej był czynny raz na dwa tygodnie po osiem godzin, zamiast raz w tygodniu po minimum cztery godziny.

Gabinety profilaktyki zdrowotnej w szkołach

Profilaktyczna opieka zdrowotna była realizowana w gabinetach profilaktyki zdrowotnej funkcjonujących na terenie szkół. Wyjątkiem była tutaj SP w Księżynie, w której z uwagi na warunki lokalowe, świadczenia były udzielane w gabinecie podmiotu leczniczego, sprawującego profilaktyczną opiekę nad uczniami tej szkoły. Jednakże w oddanym, w sierpniu 2019 r., do użytku budynku przedszkola wydzielono pomieszczenie z przeznaczeniem na gabinet pielęgniarki szkolnej, który w trakcie kontroli NIK był wyposażony w niezbędny sprzęt.

Po wejściu w życie ustawy *o opiece zdrowotnej nad uczniami*, tj. od 12 września 2019 r., gabinety profilaktyki zdrowotnej miały być udostępniane pielęgniarkom szkolnym nieodpłatnie. Spośród 20 skontrolowanych szkół w trzech szkołach (15%) stwierdzono, że warunki najmu, określone w zawartych wcześniej (na rok kalendarzowy) umowach nie zostały zmienione. W SP w Kleosinie dyrektor szkoły, w trakcie kontroli NIK, poinformował podmiot leczniczy o nieodpłatnym udostępnieniu lokalu, a w SP nr 6 i SP nr 9 w Koszalinie dyrektorzy szkół zobowiązali się do zawarcia na 2020 r. umów na nieodpłatne udostępnienie gabinetu pielęgniarki szkolnej.

Gabinety profilaktyki zdrowotnej spełniały niezbędne wymagania i były wyposażone w obowiązkowy sprzęt do wykonywania testów

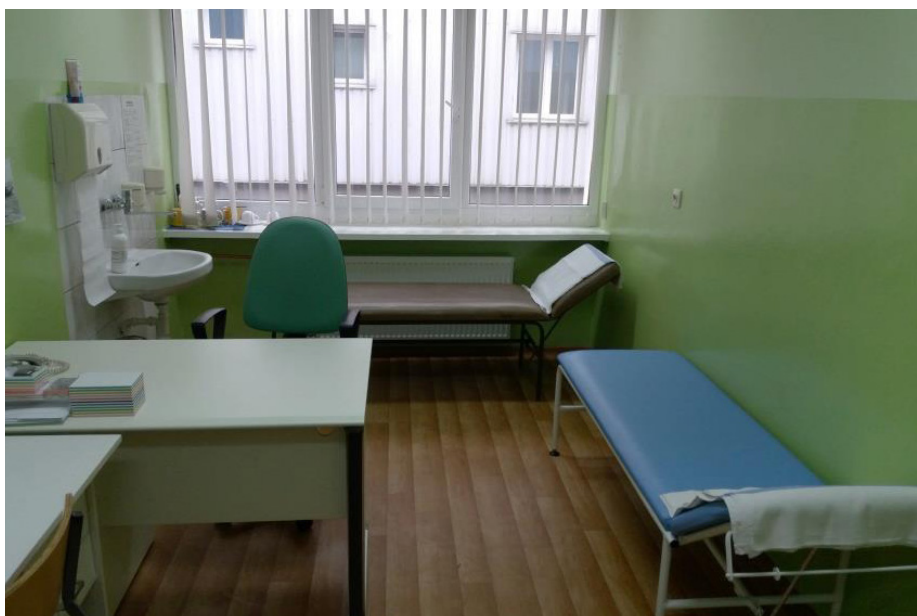
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

przesiewowych dotyczących układu ruchu. Wyjątkiem były tutaj trzy szkoły, spośród których w dwóch zgłoszono zastrzeżenia do wykonania połączeń ścian z podłogami, a w jednej gabinet nie był wyposażony w wagę medyczną ze wzrostomierzem.

Funkcjonujące w 18 szkołach (90%), z 20 skontrolowanych, gabinety profilaktyki zdrowotnej spełniały szczegółowe wymagania, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie *szczególne wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*. W dwóch szkołach stwierdzono, że połączenia ścian z podłogami w gabinetach profilaktyki zdrowotnej były w stanie utrudniającym ich mycie i dezynfekcję i w tym zakresie w jednej z tych szkół, w trakcie kontroli NIK, naprawiono kwestionowane połączenia ścian³¹.

Zdjęcie nr 1

Gabinet profilaktyki zdrowotnej w jednej z kontrolowanych szkół



Źródło: dokumentacja z kontroli NIK.

Gabinety w 19 szkołach (95%), z 20 skontrolowanych, były wyposażone w obowiązkowy³² sprzęt do wykonywania testów przesiewowych dotyczących układu ruchu i interpretacji ich wyników, tj. wagę medyczną ze wzrostomierzem oraz tablice – siatki centylowe wzrostu i masy ciała. Jednak w trzech³³ szkołach zgłoszono zastrzeżenia do braku ważnych dowodów kontroli metrologicznej wag medycznych będących na wyposażeniu tych gabinetów, które zostały poddane ponownej legalizacji dopiero w trakcie kontroli NIK. W jednej szkole gabinet profilaktyki zdrowotnej nie był wyposażony w wagę medyczną ze wzrostomierzem.

³¹ Dotyczyło to: SP nr 5 w Suwałkach i SP nr 9 w Tarnowie. Usterkę usunięto w SP nr 9 w Tarnowie.

³² Wyposażenie gabinetu profilaktyki zdrowotnej zostało wskazane w załączniku nr 4 (część III) rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu poz.

³³ SP w Pielgrzymowicach, SP nr 9 w Tarnowie i SP nr 10 w Tarnowie.

Przykład

W SP w Kleosinie gabinet profilaktyki zdrowotnej nie był wyposażony w wagę medyczną ze wzrostomierzem, niezbędną do wykonywania testów przesiewowych dotyczących układu ruchu. Do pomiaru wagi ucznia wykorzystywano wagę łazienkową, a wzrost uczniów określano za pomocą miary krawieckiej przyklejonej do ściany. W trakcie kontroli NIK zakupiono wagę kolumnową mechaniczną zintegrowaną ze wzrostomierzem.

W 2017 r. 17 szkół (85%), z 20 skontrolowanych, skorzystało ze środków dotacji z budżetu państwa na wyposażenie gabinetów profilaktyki zdrowotnej na podstawie ustawy z dnia 15 września 2017 r. *o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej*³⁴. Szkoły te wykorzystały środki dotacji z budżetu państwa w wysokości od 1,7 tys. zł do 6,7 tys. zł (maksymalna możliwa wysokość dotacji), m.in. na zakup wag medycznych ze wzrostomierzem. Spośród pozostałych trzech szkół (15%), jedna nie wniosowała o środki dotacji z budżetu państwa ze względu na brak gabinetu profilaktyki zdrowotnej w szkole, a druga z uwagi na brak potrzeb w tym zakresie. Trzecia szkoła, pomimo wystąpienia z zapotrzebowaniem na zakup sprzętu ze środków dotacji z budżetu państwa, nie otrzymała wnioskowanych środków. Wynikało to z braku możliwości wydatkowania przyznanych gminie środków dotacji przed upływem końca roku budżetowego, wskutek czego zwróciła ona w całości niewykorzystane środki na rachunek budżetu państwa.

Współpraca dyrektora
szkoły z pielęgniarką
szkolną

Dyrektorzy wszystkich skontrolowanych szkół współpracowali z podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczeń z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, w szczególności z pielęgniarkami szkolnymi.

Współpraca dyrektora szkoły z pielęgniarką szkolną polegała głównie na:

- udostępnianiu niezbędnych danych uczniów celem sprawowania właściwej opieki zdrowotnej oraz informowaniu dyrektora o rozpoznanych problemach zdrowotnych wśród uczniów, w tym dotyczących wad postawy;
- uczestniczeniu pielęgniarki szkolnej w pogadankach na godzinach wychowawczych w ramach prowadzonych akcji o tematyce zdrowotnej, w tym dotyczących zapobiegania i leczenia wad kręgosłupa i zdrowego stylu życia, przekazywaniu uczniom wskazówek dotyczących zasad higieny, zachowań prozdrowotnych oraz samokontroli i samoobserwacji w kierunku wad postawy;
- wspieraniu merytorycznym dyrekcji w kwestiach zdrowotnych, w tym w realizacji programów profilaktyczno-wychowawczych w szkołach, w podejmowaniu działań dotyczących przypadków długotrwałych zwolnień z zajęć wychowania fizycznego, konsultacjach rozkładu lekcji;
- przekazywaniu informacji wychowawcom o terminach planowanych w danej klasie, np. testów przesiewowych, by sprawniej zorganizować takie działania i wyeliminować trudności w zwalnianiu uczniów z lekcji;

³⁴ Dz. U. poz. 1774.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- przekazywaniu półrocznych i rocznych sprawozdań z działalności szkolnej służby zdrowia, które zawierały opis planowanych działań, informacje zbiorcze o wynikach badań bilansowych, a także odbytych rozmowach i pogadankach wśród uczniów;
- angażowaniu się w edukację skierowaną do uczniów, nauczycieli i rodziców, w tym uczestniczeniu w zebraniach ogólnych z rodzicami, przygotowywaniu i upowszechnianiu materiałów edukacyjnych na temat wad postawy, adresowanych zarówno do uczniów, jak i ich rodziców (dostarczone ulotki i plakaty były umieszczane w gablotach i na korytarzach szkolnych oraz w gabinecie profilaktyki zdrowotnej);
- uczestniczeniu przy pomiarach antropometrycznych uczniów tak, aby móc odpowiednio dobrać dla nich wysokości mebli szkolnych, a także podczas prowadzonych akcji ważenia plecaków szkolnych;
- składaniu radzie pedagogicznej sprawozdań z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej, informowaniu o problemach zdrowotnych dominujących w szkole, udostępnianiu wyników statystycznych badań przesiewowych na potrzeby diagnozy występujących w środowisku szkolnym czynników chroniących i czynników ryzyka.

Dobra praktyka

Dobrą praktyką w ramach współpracy z pielęgniarką szkolną było przekazywanie nauczycielowi wychowania fizycznego prowadzącemu zajęcia z gimnastyki korekcyjnej danych o wynikach badań przesiewowych uczniów w pierwszych tygodniach roku szkolnego, co pozwalało na sprawniejszą organizację tych zajęć, jak również prowadzenie rejestru wad postawy, co z kolei umożliwiało porównanie wyników badań z kolejnych lat.

Przykład

W SP nr 10 w Tarnowie dane o wynikach badań przesiewowych przekazywano nauczycielowi wychowania fizycznego prowadzącemu zajęcia gimnastyki korekcyjnej na początku roku szkolnego, po czym nauczyciele kontaktowali się z rodzicami informując o konieczności przeprowadzenia konsultacji lekarskiej w tym zakresie oraz udzielenia zgody na uczęszczanie ucznia na gimnastykę korekcyjną. Rodzice byli zapraszani do uczestnictwa w zajęciach gimnastyki korekcyjnej jako obserwatorzy, w celu zdobycia wiedzy, jak dziecko powinno poprawnie wykonywać ćwiczenia w domu.

W SP w Makowie Podhalańskim corocznie pielęgniarka szkolna, w oparciu o komputerowe badania kręgosłupa oraz bilans, prowadziła rejestr wad postawy uczniów. Kopie wyników tych badań pozostawały w indywidualnych kartach uczniów, dzięki czemu możliwe było porównanie wyników, przekazanie ich rodzicom i zapobieganie regresowi. Informacje te pielęgniarka przekazywała także dyrekcji oraz nauczycielom w formie ustnej. W oparciu o informacje uzyskane od pielęgniarki, nauczyciele klas młodszych wprowadzali elementy ćwiczeń korekcyjnych w trakcie codziennych zajęć edukacyjnych, podczas zabaw ruchowych i przerw śródlekcyjnych, natomiast nauczyciele wychowania fizycznego wplatali elementy korekcji postawy w trakcie prowadzonych zajęć.

W żadnej ze skontrolowanych szkół współpraca z pielęgniarką szkolną nie była sformalizowana, a podejmowane działania nie zawsze były dokumentowane. W trakcie kontroli NIK w dwóch szkołach opracowano pisemne zasady współpracy z pielęgniarką szkolną, tj.:

- 1) w SP w Kleosinie opracowano *Zasady współpracy pielęgniarki środowiska nauczania z dyrekcją szkoły i nauczycielami*, w których określono katalog zadań i sposoby ich realizacji, harmonogram wspólnych działań, gdzie wskazano uczniów objętych testami przesiewowymi oraz terminy (miesiące), w których będą one wykonywane, wskazano na konieczność udziału pielęgniarki szkolnej w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej i aktywności fizycznej, w tym uczestniczenia w zebraniach z rodzicami, a także wyznaczono terminy ważenia plecaków uczniów;
- 2) w SP nr 6 w Świebodzinie pielęgniarka szkolna opracowała harmonogram/kalendarz zadań gabinetu pomocy przedlekarskiej w roku szkolnym 2019/2020, w którym uwzględniono udział pielęgniarki w radach pedagogicznych, zadania w obszarze promocji zdrowia, gromadzenie informacji o uczniach od wychowawców klas, wykonywanie testów przesiewowych, organizację bilansów zdrowia, a także fluoryzację.

Dyrektorzy czterech szkół³⁵ (20%), z 20 skontrolowanych, w ramach współpracy z pielęgniarką szkolną i zawartego z podmiotem leczniczym porozumienia, nie zapewnili sobie uzyskiwania informacji o liczbie uczniów, u których rozpoznano zniekształcenia kręgosłupa, tak aby podjąć profilaktykę zapobiegania rozwojowi wad postawy. Wskutek tego, dyrektorzy szkół nie znali liczby uczniów wymagających objęcia taką profilaktyką, w tym gimnastyką korekcyjną. Mogło to stanowić ograniczenie dla rzetelnego adresowania działań proponowanych przez szkołę dla tych dzieci w związku z obowiązkiem sprawowania przez dyrektora szkoły opieki nad uczniami oraz stwarzania warunków harmonijnego rozwoju psychofizycznego poprzez aktywne działania prozdrowotne.

Przykład

W SP w Żarnówce dyrekcji nie była znana liczba uczniów wymagających objęcia profilaktyką wad postawy, w tym gimnastyką korekcyjną. W szkole nie były organizowane zajęcia gimnastyki korekcyjnej. Z informacji uzyskanych w trakcie kontroli NIK od podmiotu leczniczego, sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami, wynikało, że podczas badań przesiewowych w latach szkolnych 2017/2018 i 2018/2019 zniekształcenia kręgosłupa rozpoznano aż u około 40% zbadanych uczniów.

Współpraca z rodzicami
w zakresie profilaktyki
wad postawy

Wszystkie skontrolowane szkoły współpracowały z rodzicami w prowadzeniu profilaktyki wad postawy i zagrożeń związanych z ich rozwojem. Jednak podejmowane w ramach tej współpracy działania nie były w pełni skuteczne.

Współpraca dyrektora szkoły oraz nauczycieli, w tym głównie wychowawców polegała na:

³⁵ SP w Żarnówce (zniekształcenia kręgosłupa rozpoznano u 40% zbadanych uczniów), SP nr 1 w Będzinie (ponad 13%), SP w Księżynie (5,9% i 3,6%) i SP nr 5 w Suwałkach (3,2% i 7,2%).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- informowaniu rodziców o wynikach ważenia plecaków i konieczności bieżącego kontrolowania, zwłaszcza dzieci młodszych, czy nie noszą do szkoły zbędnych rzeczy, doboru odpowiedniego plecaka szkolnego, przekazywaniu ulotek Inspekcji Sanitarnej informujących m.in. o konsekwencjach nadmiernej wagi tornistra (skrzywienia kręgosłupa) oraz przedstawiających zalecenia dotyczące właściwego wyboru tornistra, prawidłowego zapakowania i kontrolowania jego użytkownika;
- informowaniu/przypominaniu o możliwości pozostawiania książek i przyborów w szkole, o dostępności zestawu podręczników z niektórych przedmiotów w szkole (informatyka, technika, religia, muzyka) i braku konieczności przynoszenia własnych na zajęcia;
- wskazywaniu na konieczność zwracania dzieciom uwagi na nieprawidłowe nawyki skutkujące wadami postawy, w tym o czynnikach wpływających na ich rozwój, jak np. niewłaściwa pozycja przy nauce, spożywaniu posiłków, długie korzystanie z komputera, telefonu komórkowego itp., konieczności zapewnienia właściwie dobranego stanowiska do odrabiania lekcji w domu;
- zapoznawaniu rodziców z podejmowanymi działaniami dotyczącymi profilaktyki wad postawy, możliwością uczestniczenia w zajęciach gimnastyki korekcyjnej oraz dodatkowych zajęciach sportowych, a także innych formach realizacji zajęć wychowania fizycznego;
- informowaniu o profilaktycznej opiece zdrowotnej funkcjonującej w szkole, w tym godzinach dostępności pielęgniarki szkolnej, a także o możliwości indywidualnych spotkań z pielęgniarką szkolną.

Informacje dotyczące profilaktyki wad postawy uczniów przekazywano rodzicom podczas ogólnych zebrań, głównie na początku roku szkolnego, a także za pośrednictwem dziennika elektronicznego. W SP nr 7 w Świebodzinie na plakatach, szkolnym *fanpage*, portalu Facebook zamieszczano informacje kierowane do rodziców o możliwości uczestnictwa ich dzieci w realizowanym projekcie *Program korekcji wad postawy*.

Dobra praktyka

Przykładem dobrej praktyki było uczestniczenie rodziców w zajęciach gimnastyki korekcyjnej dla zdobycia wiedzy, jak dziecko powinno poprawnie wykonywać ćwiczenia w domu, czy też zorganizowanie spotkania z przedstawicielami Inspekcji Sanitarnej na temat wagi plecaków szkolnych.

Przykłady

W SP nr 10 w Tarnowie proponowano rodzicom dzieci, u których zdiagnozowano wady postawy uczestniczenie w zajęciach gimnastyki korekcyjnej jako obserwatorom w celu zdobycia wiedzy, jak dziecko powinno poprawnie wykonywać ćwiczenia w domu. Na stronie internetowej szkoły zamieszczono informacje o zajęciach gimnastyki korekcyjnej oraz zestawu ćwiczeń korekcyjnych do wykonywania w domu.

W SP w Pielgrzymowicach nauczyciel wychowania fizycznego i gimnastyki korekcyjnej prowadził prelekcje i instruktarz dla rodziców dzieci uczęszczających na gimnastykę korekcyjną, podczas których informował rodziców o poziomie i rodzaju dysfunkcji ruchowej dzieci.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W SP nr 10 w Suwałkach na początku 2019 r. przeprowadzono ankietę wśród rodziców na temat świadomości co do profilaktyki wad postawy. Jej wyniki wykorzystano do aktualizacji programu profilaktyczno-wychowawczego, w którym przewidziano omawianie profilaktyki wad postawy przez nauczycieli wychowania fizycznego, wychowawców klas i pielęgniarkę szkolną oraz wprowadzanie elementów gimnastyki korekcyjnej podczas zajęć wychowania fizycznego.

W SP nr 8 w Nowej Soli, w trakcie kontroli NIK, zorganizowano dla rodziców uczniów prelekcję pracownika Inspekcji Sanitarnej dotyczącą profilaktyki wad postawy, której tematem były wskazówki dotyczące prawidłowego noszenia plecaka szkolnego przez ucznia, normy dotyczące ciężaru plecaka, skutki zdrowotne wynikające z nieprawidłowej postawy ciała. Informację o planowanym spotkaniu przesłano poprzez dziennik elektroniczny do 331 rodziców, a w spotkaniu udział wzięło 20 (6%) rodziców.

Podejmowanie współpracy z rodzicami, w tym głównie poprzez działania informacyjne i edukacyjne, nie przynosiło jednak oczekiwanych skutków, o czym świadczą wyniki ankiet przeprowadzonych wśród rodziców uczniów, niski odsetek zwróconych kart z badania profilaktycznego, czy też wysoki odsetek odmów rodziców co do uczestnictwa ich dzieci w zajęciach gimnastyki korekcyjnej.

Przykład

Przykładowo w SP w Kleosinie o niskiej skuteczności współpracy z rodzicami/opiekunami prawnymi świadczył niski odsetek zwróconych kart z badania profilaktycznego. Z informacji uzyskanej w trakcie kontroli NIK od podmiotu leczniczego wynikało, że w roku szkolnym 2017/2018 badania lekarskie przeprowadzono u 57,8% uczniów objętych badaniami profilaktycznymi przez pielęgniarkę szkolną, a w roku szkolnym 2018/2019 jedynie u 44,1% takich uczniów. Z wyjaśnień pielęgniarki szkolnej wynikało, że nie wszystkie wyniki badań zostały zwrócone i nie były znane przyczyny takiego stanu rzeczy, karty te mogły zostać zgubione lub dzieci nie zostały zaprowadzone na badanie lekarskie np. z powodu braku czasu rodziców/opiekunów prawnych.

Pierwszym i głównym źródłem informacji rodziców na temat wad postawy ciała był lekarz rodzinny (58,9%), z kolei z internetu wiedzę czerpało 46,3%, a w szkole na ten temat dowiedziało się 17,5% ankietowanych rodziców – co należy uznać za poziom niesatysfakcjonujący.

Zaledwie 38,1% ankietowanych rodziców potwierdziło badanie dziecka w szkole, które miało ujawnić ewentualne wady postawy ciała, a 24,7% nie potrafiło odpowiedzieć jednoznacznie czy takie badanie miało miejsce. Wskazuje to na znaczny niedostatek wiedzy rodziców o rodzaju i zakresie badań wykonywanych dzieciom w szkołach.

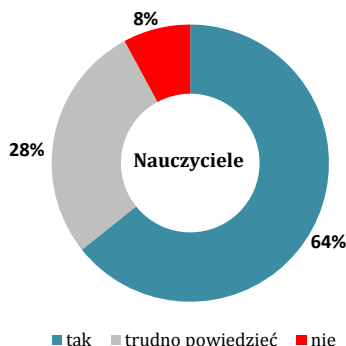
Na niską ocenę skuteczności prowadzonej w szkołach profilaktyki wskazuje poziom zadowolenia zaledwie 25% respondentów, według których profilaktyka szkolna była wystarczająca. Aż 34,6% oceniło profilaktykę szkolną negatywnie, a 40,4% nie miało na ten temat zdania. Należy przy tym zauważyć, że zupełnie inaczej skuteczność profilaktyki wad postawy ciała w szkole ocenili ankietowani nauczyciele, spośród których poziom zadowolenia wykazało aż 64,3% respondentów, a jedynie 7,7% nauczycieli negatywnie oceniło profilaktykę wad postawy ciała w swoich szkołach, natomiast 27,9% nie miało na ten temat zdania.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

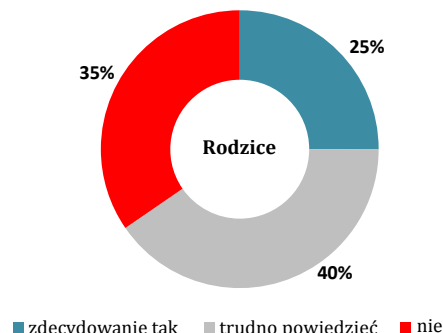
Wykres nr 1 i 2

Ocena prowadzonej w szkołach profilaktyki wad postawy według ankietowanych nauczycieli i rodziców/opiekunów uczniów

Czy jest Pani/Pan zadowolona z profilaktyki wad postawy ciała realizowanej w szkole?



Czy w Pani/Pana opinii podejmowana w szkole profilaktyka wad postawy ciała uczniów jest wystarczająca?



Źródło: dane z kontroli NIK.

W ponad jednej trzeciej skontrolowanych szkół przeprowadzono dodatkowe, poza badaniami bilansowymi, badania w kierunku wad postawy.

W czterech szkołach (20%)³⁶, z 20 skontrolowanych, badania dodatkowe były przeprowadzane nieodpłatnie przez pielęgniarkę szkolną, fizjoterapeutę, a także przez podmiot zewnętrzny w ramach zawartej umowy z gminą.

Organizacja dodatkowych badań przesiewowych w kierunku wad postawy

Przykład

W SP nr 1 w Będzinie pielęgniarka szkolna, w ramach swoich obowiązków przeprowadzała dodatkowe badania u uczniów, którzy w danym roku szkolnym nie byli objęci badaniami bilansowymi lub przesiewowymi. Podstawą do ich przeprowadzania były wskazania lekarza dotyczące wad postawy ujawnionych w wyniku wcześniejszych badań bilansowych i przesiewowych. Badania te nie były odpłatne, a o ich przeprowadzeniu decydowała pielęgniarka na podstawie wyników wcześniejszych badań. Miały one na celu ocenę aktualnego stanu zdrowia ucznia. W niektórych przypadkach, po przeprowadzeniu badań dodatkowych, pielęgniarka wydawała skierowania do lekarza POZ w celu dalszej diagnostyki.

W SP nr 10 w Suwałkach wśród uczniów klasy sportowej o profilu piłki siatkowej fizjoterapeuta zatrudniony w Siatkarskim Ośrodku Szkolnym w Suwałkach przeprowadził nieodpłatne badanie wykrywania wad postawy ciała. Wyniki badań przekazano trenerom, nauczycielom wychowania fizycznego i rodzicom wraz z propozycjami ćwiczeń korygujących. W wyniku tych badań nie stwierdzono konieczności zorganizowania grupowych zajęć z gimnastyki korekcyjnej dla uczniów uczęszczających do klas sportowych.

W SP nr 6 w Świebodzinie uczniowie uczestniczyli w dodatkowych badaniach w kierunku zdiagnozowania ewentualnych wad postawy ciała w ramach umów zawartych z podmiotem zewnętrznym na realizację projektu Program korekcji wad postawy, polegający na zorganizowaniu i przeprowadzeniu zajęć korekcyjnych wad postawy kończyn dolnych oraz kręgosłupa. Do udziału w tym projekcie, po wykonaniu testów przesiewowych, zakwalifikowano łącznie 90 uczniów Szkoły (ok. 14% wszystkich uczniów).

³⁶ SP nr 1 w Będzinie, SP w Gardnie, SP nr 10 w Suwałkach i SP nr 6 w Świebodzinie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W trzech innych szkołach (15%)³⁷ badania zostały przeprowadzone przez podmiot zewnętrzny odpłatnie, a ich koszt ponieśli rodzice. Wyniki tych badań były przekazywane rodzicom.

Przykład

Przykładowo SP w Makowie Podhalańskim współpracowała z podmiotem zewnętrznym, który realizował program profilaktyki prozdrowotnej dla dzieci i młodzieży we współpracy z rodzicami i środowiskami oświatowymi. W ramach tej współpracy raz w roku umożliwiano przeprowadzenie badań na terenie szkoły, których koszty (19 zł) były w całości pokrywane przez rodziców. Wyniki tych badań były przekazywane rodzicom i nie były wykorzystywane przez szkołę. W przypadku dzieci, u których wykryto wady postawy, eksperci omawiali ich wyniki z rodzicami, informowali o sposobach zapobiegania ich rozwojowi, przekazywali ulotki z ćwiczeniami jakie dziecko powinno wykonywać w domu. W przypadku cięższych schorzeń, kierowali rodziców dzieci do specjalistycznych poradni.

Co do możliwości dodatkowego odpłatnego diagnozowania u dziecka ewentualnych wad postawy ciała, 13% ankietowanych rodziców wskazało, że w szkole była taka możliwość. Badania te realizowane były przez firmy zewnętrzne i obejmowały najczęściej konsultację ortopedyczną kręgosłupa i stóp. Średni koszt badania wynosił od 30 zł do 50 zł, przy czym w ankietach wystąpiły jednostkowe przypadki badań w cenie: 70 zł, 80 zł, 90 zł lub 100 zł.

5.2. Organizacja warunków pobytu uczniów w szkołach pod kątem minimalizowania rozwoju wad postawy

Gminy, które odpowiadają za organizację procesu nauczania i sprawują nadzór nad szkołami ograniczały się wyłącznie do zapewnienia środków finansowych na funkcjonowanie i wyposażenie szkół. W niewielkim stopniu wykorzystywano możliwości jakie w profilaktyce dzieci z wadami postawy przynieść może gimnastyka korekcyjna. Pomimo rozpoznanych wad postawy wśród uczniów, w ośmiu szkołach (40%), z 20 skontrolowanych, nie planowano i nie organizowano zajęć gimnastyki korekcyjnej, a dwóch kolejnych nie umożliwiono w nich udziału wszystkim zakwalifikowanym uczniom. Na gimnastykę korekcyjną wydatkowano zaledwie 7,4% środków przeznaczonych na tworzenie w szkołach warunków pobytu uczniów ograniczających czynniki sprzyjające rozwojowi wad postawy. Tylko w dwóch szkołach, z 20 skontrolowanych, nauczyciele wychowania fizycznego mieli dodatkowe kwalifikacje do prowadzenia tych zajęć.

W wszystkich szkołach dokonywano pomiaru wzrostu uczniów i dostosowywano meble szkolne do ich wzrostu, przy czym w 13 szkołach (65%), z 20 skontrolowanych, stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące ergonomii stanowisk nauki.

W większości skontrolowanych szkół zapewniono miejsce na pozostawianie podręczników i przyborów szkolnych, jednak sposób ich

³⁷ SP w Makowie Podhalańskim, SP nr 5 w Suwałkach i SP nr 10 w Tarnowie.

organizacji często nie zachęcał uczniów do korzystania z takiej możliwości. Inspekcja Sanitarna stwierdziła, że uczniowie 19 szkół (95%), z 20 skontrolowanych, mieli przeciążony bagaż szkolny. Przekroczenia norm wagi plecaka szkolnego stwierdzono u ponad połowy objętych badaniem uczniów. Na problem przeciążonych plecaków szkolnych zwracali również uwagę ankietowani rodzice i nauczyciele.

Sposób organizacji zajęć wychowania fizycznego w skontrolowanych szkołach nie budził zastrzeżeń, jednak tylko w dwóch szkołach umożliwiono uczniom wybór zajęć wychowania fizycznego.

5.2.1. Organizacja warunków ograniczających rozwój wad postawy uczniów podczas pobytu w szkołach

Zasady dotyczące bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach zostały określone w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r.³⁸ Zgodnie z przepisami tego rozporządzenia, dyrektor zapewnia uczniom w szkole lub placówce miejsce na pozostawienie podręczników i przyborów szkolnych. Sprzęty, z których korzystają osoby pozostające pod opieką szkoły lub placówki, dostosowuje się do wymagań ergonomii. Stanowiska pracy dostosowuje się do warunków antropometrycznych uczniów.

Dyrektor szkoły, co najmniej raz w roku, dokonuje kontroli zapewniania bezpiecznych i higienicznych warunków korzystania z obiektów należących do szkoły, w tym bezpiecznych i higienicznych warunków nauki oraz określa kierunki ich poprawy. Z ustaleń kontroli sporządza się protokół, którego kopię dyrektor przekazuje organowi prowadzącemu. W protokołach z kontroli dyrektorzy szkół mogą wskazywać na potrzeby dotyczące: zapewnienia miejsca na pozostawienie przez uczniów podręczników i przyborów szkolnych, zapewnienia sprzętów dostosowanych do wymagań ergonomii, czy też dostosowania stanowisk pracy do warunków antropometrycznych uczniów.

Zgodnie z zaleceniami Głównego Inspektora Sanitarnego waga plecaka nie powinna przekraczać 10–15% masy ciała ucznia. Szkoła powinna podejmować działania na rzecz tzw. „lekkich tornistrów”. Przykładem takich działań mogą być: organizacja codziennych zajęć w taki sposób, aby nie było konieczności przynoszenia do szkoły wszystkich podręczników, tj. np. możliwość wypożyczenia części podręczników z biblioteki szkolnej, dostęp do e-podręczników, wyposażenie uczniów w drugi komplet podręczników do pozostawienia w domu, uświadamianie uczniów o konsekwencjach zdrowotnych związanych z nadmiernym obciążeniem tornistrów/plecaków.

W większości skontrolowanych szkół uczniom zapewniono miejsce na pozostawianie podręczników i przyborów szkolnych, jednak sposób ich organizacji często nie zachęcał uczniów do korzystania z takiej możliwości.

Zadania szkoły dotyczące tworzenia warunków pobytu ograniczających rozwój wad postawy uczniów

Zapewnienie miejsca na pozostawianie podręczników i przyborów szkolnych

³⁸ Dz. U. z 2003 r. Nr 6, poz. 69 ze zm.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zdjęcia nr 2 i 3

Przykłady rozwiązań umożliwiających pozostawienie podręczników i przyborów szkolnych w kontrolowanych szkołach: szafki szkolne i wydzielone miejsce w sali lekcyjnej



Źródło: dokumentacja z kontroli NIK.

W 18 szkołach (90%), z 20 skontrolowanych, uczniowie mieli zapewnione miejsce na pozostawianie podręczników i przyborów szkolnych, przy czym w 13 szkołach wszyscy uczniowie mogli korzystać z szafek szkolnych.

W czterech szkołach³⁹ szafki były dostępne dla części uczniów, a pozostali uczniowie mogli zostawiać podręczniki i przybory szkolne na wyznaczonych półkach i regałach w salach lekcyjnych. Niewystarczającą liczbę szafek w tych szkołach tłumaczono ograniczonymi środkami finansowymi. We wszystkich tych szkołach kontrole Inspekcji Sanitarnej wykazały przekroczenia norm wagi plecaka szkolnego u ponad połowy objętych kontrolą uczniów. W badaniach ankietowych przeprowadzonych w tych szkołach jako przyczynę zbyt dużego ciężaru tornistra rodzice wskazywali głównie brak możliwości pozostawiania w szkole zbędnych podręczników, ćwiczeń i zeszytów w szkole. I tak w:

- 1) SP nr 1 w Będzinie szafki szkolne (108 szt.) były przeznaczone jedynie dla uczniów klas VII i VIII, którzy korzystali z największej liczby podręczników. Zabezpieczały one potrzeby jedynie 24% uczniów szkoły. Kontrola Inspekcji Sanitarnej wykazała, że najcięższe plecaki nosili uczniowie klasy IV i V, a przekroczenie wysokiej normy wagi plecaka szkolnego (15% masy ciała) stwierdzono u 9% zbadanych uczniów;
- 2) SP nr 9 w Koszalinie na wyposażeniu były 204 nieodpłatne zamykane szafki, w których uczniowie również mogli pozostawiać przybory szkolne i podręczniki. Zabezpieczały one potrzeby około 30% uczniów szkoły. Kontrola Inspekcji Sanitarnej wykazała przekroczenie tzw. wysokiej normy wagi plecaka szkolnego (15% masy ciała ucznia) u 7,6% uczniów objętych badaniem;
- 3) SP nr 9 w Tarnowie szafki zabezpieczały potrzeby 1/3 uczniów i dodatkowo zostały zakupione przez radę rodziców, a w SP nr 8 w Nowej Soli szafki zabezpieczały potrzeby 40% uczniów klas IV–VIII i dodatkowo aż 78% dostępnych szafek było odpłatnych i stanowiło własność podmiotu prywatnego. Kontrola Inspekcji Sanitarnej w tych szkołach wykazała, że przekroczenia norm wagi plecaka szkolnego stwierdzono u ponad połowy objętych kontrolą uczniów w tych szkołach.

³⁹ SP nr 1 w Będzinie, SP nr 9 w Koszalinie, SP nr 8 w Nowej Soli i SP nr 9 w Tarnowie.

Przykłady

W SP nr 9 w Tarnowie uczniowie mieli możliwość pozostawiania podręczników w szkole, przy czym większość z nich w wyznaczonych miejscach w klasach lekcyjnych. Co prawda oddziały miały przypisane sale lekcyjne, ale uczniowie nie przebywali cały czas w tej samej klasie i pozostawione podręczniki mogli zabierać rano po przyjeździe do szkoły lub na przerwach, pod opieką nauczyciela. Część uczniów miała możliwość korzystania z 250 zamykanych szafek z półkami, których zakup został sfinansowany ze składek na radę rodziców przez rodziców uczniów wyrażających chęć ich zakupu. Szafki te zostały nieodpłatnie przekazane szkole i w okresie objętym kontrolą były użytkowane przez dzieci, których rodzice zakupili szafki. Zabezpieczały one potrzeby około 1/3 wszystkich uczniów. Niezapewnienie wszystkim uczniom bezpłatnego dostępu do zamykanych szafek szkolnych tłumaczono brakiem środków finansowych na ich zakup oraz miejsca na ich ulokowanie w szkole. W związku z pracami inwestycyjnymi w szkole pojawiła się możliwość wygospodarowania wystarczającej ilości miejsca na szafki szkolne i zakup dodatkowych 500 szafek dla 2/3 populacji uczniów został ujęty w planie finansowym szkoły na rok 2020 (nieuchwalony do czasu zakończenia kontroli).

W SP nr 8 w Nowej Soli uczniowie klas IV–VIII (516) mieli możliwość pozostawienia podręczników i przyborów szkolnych w szafkach, na regałach i w szufladach w pracowniach przedmiotowych, a także w 45 zamykanych szafkach zlokalizowanych na korytarzu w miejscu ogólnodostępnym, przy czym 40 z nich było przeznaczonych dla 85 uczniów klas sportowych. Zamykane szafki zabezpieczały potrzeby 8,7% uczniów klas IV–VIII. Uczeń, chcąc zabrać podręcznik pozostawiony w sali musiał w trakcie przerwy poprosić nauczyciela danego przedmiotu o otwarcie drzwi do klasy lekcyjnej. Rozwiązanie takie dyrektor ocenił jako niefunkcjonalne i nieadekwatne w porównaniu do funkcjonującego w szkole rozwiązania płatnego. W szkole ulokowano 162 zamykane na klucz szafki, które stanowiły własność podmiotu prywatnego i były odpłatne. Opłata za szafkę wynosiła 6 zł miesięcznie (60 zł za rok szkolny), z czego 5 zł (50 zł) było płatne na rzecz podmiotu prywatnego, a 1 zł (10 zł) na rzecz rady rodziców. Dodatkowo wszelkie koszty ewentualnych napraw czy wymiany zamka do szafki obciążały ucznia, a ich wysokość była stała i wynosiła odpowiednio 60 zł i 30 zł. W roku szkolnym 2018/2019 wynajęto 155 szafek (95,7%), a w roku szkolnym 2019/2020 jedynie 82 szafki (50,6%). Płatne szafki zostały ulokowane w szkole z inicjatywy rady rodziców za zgodą dyrektora szkoły. Dyrektor nie zwracał się do organu prowadzącego o środki finansowe na stworzenie funkcjonalnego, bezpłatnego rozwiązania umożliwiającego pozostawianie uczniom w szkole podręczników i przyborów szkolnych. W trakcie kontroli organ prowadzący dostrzegł potrzebę przeanalizowania problemu płatnych szafek oraz podjęcia kroków mających na celu zapewnienie uczniom bezpłatnego dostępu do korzystania z szafek. Planowano dokonać analizy budżetu na rok 2020 w celu zabezpieczenia odpowiednich środków finansowych na podjęcie działań w przyszłym roku szkolnym.

W SP nr 13 w Będzinie w ogóle nie było indywidualnych szafek do przechowywania podręczników dla uczniów klas IV–VIII, natomiast uczniowie tych klas mogli je zostawiać na regałach lub w szafkach w pracowniach tematycznych. Kontrola Inspekcji Sanitarnej wykazała, że przekroczenia norm wagi plecaka szkolnego stwierdzono u wszystkich objętych kontrolą uczniów, przy czym ciężar tornistrów 15 uczniów (wszyscy z klasy IV) przekraczał 15% ich masy ciała (w skrajnym przypadku 28%), natomiast u pozostałych uczniów przekraczał 10%, ale mieścił się w granicy do 15% masy ciała.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W dwóch szkołach dyrektorzy nie zapewnili miejsca na pozostawianie podręczników i przyborów szkolnych dla wszystkich uczniów, w szczególności możliwości korzystania z szafek szkolnych. Było to niezgodne z § 4a rozporządzenia w sprawie bezpieczeństwa i higieny w szkołach. Znajdujące się w tych szkołach szafki zabezpieczały potrzeby jedynie części uczniów, tj. w:

- SP nr 5 w Suwałkach nie zapewniono miejsca do przechowywania przyborów i podręczników dla 298 uczniów z klas IV–VIII (33,6% uczniów szkoły). Kontrola Inspekcji Sanitarnej wykazała przekroczenia norm wagi plecaka szkolnego u blisko 70% objętych kontrolą uczniów, w tym aż 28,3% uczniów nosiło plecak o wadze przekraczającej 15% jego masy ciała (w skrajnym przypadku było to 25,8% masy ciała);
- SP nr 7 w Świebodzinie nie zapewniono możliwości pozostawienia podręczników i przyborów szkolnych dla 108 uczniów z klas IV–VIII (41,9% uczniów tych klas). Kontrola Inspekcji Sanitarnej wykazała przekroczenia norm wagi plecaka szkolnego u blisko 55% objętych kontrolą uczniów, w tym blisko 17% uczniów nosiło plecak o wadze przekraczającej 15% jego masy ciała.

W obydwu przypadkach niezapewnienie wszystkim uczniom możliwości pozostawiania podręczników i przyborów szkolnych tłumaczono brakiem środków finansowych. Należy przy tym zauważyć, że w SP nr 7 w Świebodzinie w 2019 r. na zakup 150 szafek dla uczniów wydatkowano 15 tys. zł, a zatem koszt zakupu brakujących 108 szafek wyniósłby szacunkowo jedynie 11 tys. zł.

Działania podejmowane na rzecz tzw. „lekkich tornistrów”

W siedmiu szkołach (35%), z 20 skontrolowanych, w tym wszystkich z województwa śląskiego, przeprowadzano akcje ważenia plecaków szkolnych. We wszystkich tych szkołach Inspekcja Sanitarna stwierdziła mniejsze przekroczenia norm wagi plecaków szkolnych.

Zdjęcia nr 4 i 5

Przykład działań prowadzonych w 2018 r. w ramach Ogólnopolskiego Dnia Tornistra w Zespole Szkół im. Ignacego Łukasiewicza w Policach przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Szczecinie



Źródło: Polska Press Grupa sp. z o.o.

Akcje ważenia plecaków szkolnych w szkołach przeprowadzali najczęściej wychowawcy, a także pielęgniarka szkolna. Wyniki ważenia odnotowywano w dokumentacji wewnętrznej i przekazywano rodzicom na zebraniach szkolnych.

Przykłady

W SP w Żarnówce wychowawcy klas we wrześniu i październiku 2019 r. zważyli tornistry uczniów, w wyniku czego stwierdzono, że odsetek plecaków z przekroczonymi normami ich wagi zmniejszył się z 69 (81,2% zważonych plecaków) do pięciu (5,9%) przypadków, a przekroczenie wagi plecaków powyżej 15% masy ciała ucznia odnotowano jedynie podczas pierwszego ważenia. W kontroli Inspekcji Sanitarnej nie stwierdzono żadnego przypadku przekroczenia dopuszczalnej masy tornistrów.

W SP nr 1 w Pawłowicach w wyniku ważenia plecaków przez pielęgniarkę szkolną w obecności nauczycieli i wychowawców w listopadzie 2018 r. u 22% objętych badaniem uczniów stwierdzono przekroczenie wagi plecaka powyżej 15% masy ich ciała, natomiast podczas kontroli przeprowadzonej w lutym 2019 r. przez Inspekcję Sanitarną przekroczenia takie stwierdzono u 16% objętych kontrolą uczniów, a zatem odsetek tych przekroczeń zmniejszył się o sześć punktów procentowych (liczba uczniów z przekroczoną normą wagi plecaka powyżej 15% masy ciała była mniejsza o ponad połowę).

Akcje ważenia plecaków były również ujęte w planach nadzoru pedagogicznego, a także organizowano w tym zakresie konkursy.

Przykłady

W SP w Pielgrzymowicach ważenie tornistrów przez nauczycieli (dwukrotnie w każdym semestrze) ujęto w planach nadzoru na poszczególne lata szkolne. Raporty z przeprowadzonych kontroli były prezentowane przez wychowawców na spotkaniach klasowych oraz omawiane na konferencjach podsumowujących. Odnotowane wyniki pomiaru wag plecaków podczas kolejnych akcji ważenia kształtowały się na coraz lepszym poziomie. Stwierdzono, że w klasach I–III było to wynikiem rozmów z rodzicami oraz usprawnień polegających m.in. na przechowywaniu podręczników w salach lekcyjnych. Najcięższe tornistry nosili uczniowie klas V i VI, i aby zapobiec ewentualnym konsekwencjom noszenia przeciążonych tornistrów wskazywano uczniom na konieczność pozostawiania części podręczników w szatni lub szafkach w klasach, a ponadto w szkole wprowadzono również zakaz zadawania uczniom zadań domowych w piątki.

W SP nr 1 w Będzinie przeprowadzano co roku konkurs pn. *Kompaktowy plecak*, w ramach którego ważono plecaki w klasach IV–VIII, w ciągu czterech kolejnych dni i nagradzano klasy, w których plecaki uczniów były najlżejsze. W wyniku tych akcji wskazywano praktyczne rozwiązania zmniejszające wagę plecaków, a także zauważono, że uczniowie są najlepiej spakowani na początku tygodnia, natomiast z każdym kolejnym dniem tygodnia plecak zawiera więcej niepotrzebnego „ekwipunku”. Stwierdzono mało efektywne korzystanie z plecaków na kółkach, ponieważ uczniowie poruszając się między piętrami musieli je nosić na plecach. W szkole prowadzono również zajęcia, na których uczono racjonalnego pakowania plecaków.

W SP nr 8 w Nowej Soli, we współpracy z pielęgniarką szkolną prowadzono akcję pn. *Mój lekki plecak* i przekazywano rodzicom uczniów klas I–III wyniki ważenia plecaków/tornistrów wraz z informacją o zalecanej wadze uczniowskiego plecaka.

W trzech szkołach (15%), z 20 skontrolowanych, dla zmniejszenia wagi plecaków szkolnych, zapewniono uczniom możliwość korzystania z saturatorów wody pitnej. W SP w Pielgrzymowicach znajdowały się dwa ściennie bezdotykowe dystrybutory wody pitnej, a w szkołach pod-

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

stawowych w Kleosinie i w Księżynie (gmina Juchnowiec Kościelny) były zamontowane saturatory z wodą filtrowaną, z których dzieci korzystały w trakcie przerw.

Zdjęcie nr 6

Przykład działania na rzecz zmniejszenia wagi plecaków szkolnych – zapewnienie uczniom dostępu do wody pitnej w jednej z kontrolowanych szkół



Źródło: dokumentacja z kontroli NIK.

W czterech szkołach (20%)⁴⁰, z 20 skontrolowanych, nauczyciele korzystali na lekcjach z e-podręczników, przy użyciu projektorów i tablic interaktywnych. Uczniowie mieli również możliwość korzystania z e-podręczników w domach. W jednej szkole⁴¹ wprowadzono zakaz używania telefonów komórkowych, a także prowadzono akcję *Aktywna przerwa*, która polegała na aktywnym spędzaniu czasu podczas przerw lekcyjnych, np. poprzez udział w grze w *piłkarzyki* lub tenis stołowy.

Dostosowanie
stanowisk nauki
uczniów do wymagań
ergonomii i warunków
antropometrycznych
uczniów

We wszystkich skontrolowanych szkołach, na początku roku szkolnego, dokonywano pomiarów uczniów i wyznaczano meble szkolne odpowiednie do ich wzrostu, jednak tylko w co piątej szkole odnotowywano te dane, co umożliwiło późniejszą weryfikację prawidłowości zajmowanych przez uczniów stanowisk.

Prawidłowe dostosowanie mebli edukacyjnych do wzrostu dzieci i młodzieży ma istotny i zasadniczy wpływ na ich postawę i zdrowie, tj. prawidłowe kształtowanie się kręgosłupa i funkcjonowanie narządów wewnętrznych. Właściwy dobór stanowiska pracy zapewnia nie tylko komfort przy pisaniu, czytaniu i rysowaniu, ale także zapobiega powstawaniu wad postawy.

⁴⁰ SP w Kleosinie, SP w Księżynie oraz SP nr 9 i SP nr 10 w Tarnowie.

⁴¹ SP nr 5 w Suwałkach.

Zdjęcie nr 7

Przykład z jednej z kontrolowanych szkół: meble szkolne z możliwością regulacji – dostosowania do wzrostu uczniów



Źródło: dokumentacja z kontroli NIK.

W skontrolowanych szkołach dostosowanie mebli szkolnych do wzrostu uczniów odbywało się zazwyczaj tylko raz na początku roku szkolnego. Dokonywali tego wychowawcy poszczególnych klas, także przy udziale pielęgniarki szkolnej. Wyjątkiem były tutaj trzy szkoły (15%)⁴², w których pomiary wysokości ciała uczniów oraz wysokości podkolanowej były dokonywane dwa razy w roku, tj. na początku każdego semestru.

Jedynie w czterech szkołach (20%)⁴³ dokonane pomiary były odnotowywane w dokumentacji wychowawcy lub dołączone do dzienników lekcyjnych, co umożliwiało późniejszą weryfikację prawidłowości zajmowania przez uczniów stanowisk nauki.

W 13 szkołach (65%), z 20 skontrolowanych, stwierdzono nieprawidłowości i uchybienia dotyczące ergonomii mebli szkolnych oraz dostosowania stanowisk nauki do wzrostu i budowy ciała uczniów.

W trakcie niniejszej kontroli Inspekcja Sanitarna, na zlecenie NIK, przeprowadziła w szkołach kontrolę dotyczące dostosowania stanowisk nauki uczniów do wymogów ergonomii i warunków antropometrycznych uczniów.

W wyniku przeprowadzonych kontroli jedynie w siedmiu szkołach (35%)⁴⁴, z 20 skontrolowanych, nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości i uchybień dotyczących dostosowania stanowisk pracy ucznia do jego wzrostu i budowy ciała. W szkołach tych wychowawcy dokonywali pomiarów wzrostu uczniów, a meble szkolne były właściwie i czytelnie oznakowane kolorami i/lub numerami. Wychowawcy znali zasady doboru stanowisk nauki, a uczniowie znali rozmiary krzeseł i stolików odpowiednich do ich wzrostu.

Wyniki kontroli Inspekcji Sanitarnej dotyczące dostosowania stanowisk uczniów

⁴² SP nr 6 i SP nr 9 w Koszalinie oraz SP nr 10 w Tarnowie.

⁴³ SP nr 1 Będzinie, SP nr 6 w Koszalinie, SP nr 9 w Koszalinie oraz SP nr 7 w Świebodzinie.

⁴⁴ Dotyczyło to obydwu skontrolowanych szkół z gminy: Będzin, Gryfino i Koszalin, a także jednej szkoły z gminy Maków Podhalański (SP w Żarnówce).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W 13 szkołach (65%), z 20 skontrolowanych, stwierdzono nieprawidłowości i uchybienia, które dotyczyły ergonomii mebli szkolnych i dostosowania stanowisk nauki do wzrostu i budowy ciała uczniów, przy czym:

- w czterech szkołach (20%)⁴⁵ stwierdzono niewielkie uchybienia i nieprawidłowości dotyczące dostosowania stanowisk pracy uczniów,
- w dziewięciu szkołach (45%) odsetek stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości dotyczył od 21,6 do 84% skontrolowanych stanowisk nauki uczniów. Najwięcej nieprawidłowości w dostosowaniu stanowisk nauki uczniów stwierdzono w dwóch szkołach z gminy Pawłowice.

Przykład

W wyniku kontroli Inspekcji Sanitarnej korzystanie z niedostosowanych stanowisk pracy uczniów stwierdzono u 84% objętych kontrolą stanowisk w SP w Pielgrzymowicach oraz 70,6% stanowisk w SP nr 1 w Pawłowicach. Ponadto w SP w Pielgrzymowicach stwierdzono nieprawidłowe zestawienie mebli szkolnych w 37 przypadkach. W obydwu szkołach problem niedostosowania stanowisk nauki uczniów do ich warunków antropometrycznych wynikał w głównej mierze z przejęcia wyposażenia po wygaszonym gimnazjum i jego sukcesywnego, na miarę możliwości budżetowych, dostosowywania do nowych warunków.

W dwóch⁴⁶ innych szkołach odsetek stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości dotyczących dostosowania stanowisk nauki uczniów do ich wzrostu wyniósł poniżej 40%, natomiast w pozostałych pięciu⁴⁷ odsetek ten wyniósł średnio blisko 46% skontrolowanych stanowisk.

Organizacja zajęć wychowania fizycznego w szkole

Wychowanie fizyczne pełni ważne funkcje edukacyjne, rozwojowe i zdrowotne: wspiera rozwój fizyczny, psychiczny, intelektualny i społeczny uczniów oraz kształtuje obyczaj aktywności fizycznej i troski o zdrowie w okresie całego życia, wspomaga efektywność procesu uczenia się oraz pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej uczniów. Wychowanie fizyczne to nie tylko przygotowanie sprawnościowe, ale przede wszystkim prozdrowotne.

Szkoły są zobowiązane do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego, których obowiązkowy wymiar dla uczniów klas IV–VIII szkół podstawowych wynosi cztery godziny lekcyjne w ciągu tygodnia. Obowiązkowe zajęcia wychowania fizycznego dla uczniów klas IV–VIII szkół podstawowych realizowane są w formie zajęć klasowo-lekcyjnych oraz zajęć do wyboru przez uczniów (zajęć sportowych, zajęć rekreacyjno-zdrowotnych, zajęć tanecznych lub aktywnej turystyki), przy czym zajęcia klasowo-lekcyjne w wymiarze nie mniejszym niż dwie godziny lekcyjne tygodniowo. Propozycje zajęć do wyboru powinny uwzględnić m.in. potrzeby zdrowotne uczniów, ich zainteresowania oraz osiągnięcia w danym sporcie lub aktywności fizycznej, uwarunkowania lokalne, a także możliwości kadrowe.

⁴⁵ Dotyczyło to: SP nr 9 w Tarnowie, w której trzech (5%) uczniów zajmowało stanowiska pracy w zestawach o jeden numer wyższych od wskazań Polskiej Normy (PN-EN 1729-1:2007), co Inspekcja Sanitarna określała jako dopuszczalne, a jeden (2%) uczeń – w zestawie o dwa numery wyższym, natomiast w czterech (7,1%) przypadkach nieprawidłowo zestawiono stanowiska pracy; SP nr 10 w Tarnowie czterech (7%) uczniów zajmowało stanowiska pracy w zestawach o jeden numer wyższych; SP w Makowie Podhalańskim rozmiar mebli był niedostosowany dla trzech (2,4%) uczniów z klas IV.

⁴⁶ SP w Księżynie (21,6%) i SP w Kleosinie (36,3%).

⁴⁷ SP nr 1 w Nowej Soli (40,2%) i SP nr 8 w Nowej Soli (45,3%), SP nr 5 w Suwałkach (47,6%) i SP nr 10 w Suwałkach (49,2%) oraz SP nr 7 w Świebodzinie (47,4%).

Program nauczania wychowania fizycznego dopuszcza do użytku w danej szkole jej dyrektor, który jest odpowiedzialny za uwzględnienie w nim całości podstawy programowej kształcenia ogólnego ustalonej dla danego etapu edukacyjnego. W podstawie programowej wychowania fizycznego wskazano, że pełni ważne funkcje edukacyjne, rozwojowe i zdrowotne: wspiera rozwój fizyczny, psychiczny, intelektualny i społeczny uczniów oraz kształtuje obyczaj aktywności fizycznej i troski o zdrowie w okresie całego życia, wspomaga efektywność procesu uczenia się oraz pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej uczniów. Celem wychowania fizycznego jest zachęcanie do uczestnictwa w rekreacyjnych i sportowych formach aktywności fizycznej, wyrobienie umiejętności rozumienia związku aktywności fizycznej ze zdrowiem oraz praktykowania zachowań prozdrowotnych. Uczniowie klasy IV w wyniku edukacji zdrowotnej na zajęciach z wychowania fizycznego, w ramach nabytych umiejętności powinni przyjmować prawidłową postawę ciała w różnych sytuacjach, natomiast uczniowie klas V i VI powinni wykonywać ćwiczenia wyrabiające nawyk prawidłowej postawy ciała w pozycji stojącej, siedzącej, czy leżeniu, a także w czasie wykonywania różnych codziennych czynności.

Szkoły podejmują niezbędne działania w celu tworzenia optymalnych warunków realizacji działalności dydaktycznej, wychowawczej i opiekuńczej, a także zapewnienia każdemu uczniowi warunków niezbędnych do jego rozwoju. Obowiązkiem szkoły, w ramach zadań statutowych, jest zapewnienie uczniom możliwości korzystania z zespołu urządzeń sportowych i rekreacyjnych.

W szkole powinna być stale monitorowana frekwencja uczniów na zajęciach wychowania fizycznego, a w przypadku licznych zwolnień należy ustalić przyczyny nieuczestniczenia w tych zajęciach oraz zachęcić uczniów aby brali w nich udział. Zgodnie z obowiązującymi przepisami dyrektor szkoły zwalnia ucznia z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego lub z udziału w zajęciach wychowania fizycznego, na podstawie opinii wydanej przez lekarza, na czas w niej określony.

W ramach sprawowanego nadzoru pedagogicznego dyrektor szkoły przeprowadza ewaluację wewnętrzną i wykorzystuje jej wyniki do doskonalenia jakości pracy szkoły, kontroluje przestrzeganie przez nauczycieli przepisów prawa dotyczących działalności dydaktycznej, wychowawczej i opiekuńczej, a także monitoruje pracę szkoły. W celu realizacji tych zadań analizuje dokumentację przebiegu nauczania oraz obserwuje prowadzone przez nauczycieli zajęcia dydaktyczne, wychowawcze i opiekuńcze. Ewaluację wewnętrzną przeprowadza się w odniesieniu do zagadnień uznanych w szkole za istotne w jej działalności.

We wszystkich skontrolowanych szkołach w programie nauczania z wychowania fizycznego przewidziano edukację zdrowotną. Zrealizowane zajęcia wychowania fizycznego uwzględniały problematykę wad postawy. Wyjątkiem były tutaj dwie szkoły (10%), w których nie przeprowadzono w pełnym zakresie zajęć edukacyjnych i ćwiczeń korekcyjnych, wymaganych przyjętym w tych szkołach programem nauczania.

Edukacja zdrowotna
w programach
nauczania z wychowania
fizycznego

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Na zajęciach wychowania fizycznego treści uwzględniające edukację zdrowotną dotyczącą profilaktyki wad postawy były realizowane głównie w poszczególnych blokach tematycznych jako element wybranych lekcji wychowania fizycznego. Edukację zdrowotną realizowano w formie pogadanek z uczniami, które często łączono z odpowiednią formą aktywności fizycznej. Na zajęciach wychowania fizycznego w ramach profilaktyki wad postawy realizowano przede wszystkim ćwiczenia kształtujące nawyk przyjmowania prawidłowej postawy ciała, ćwiczenia wspomagające utrzymanie prawidłowej postawy ciała, wzmacniające mięśnie posturalne, mięśnie grzbietu, uczono ergonomicznego podnoszenia i przenoszenia przedmiotów o różnej wielkości i różnym ciężarze, a także rozwijano w uczniach odpowiedzialność za własne zdrowie oraz uświadamiano znaczenie aktywności fizycznej dla zdrowia.

Przykłady

W SP nr 1 w Pawłowicach w treściach przekazywanych na zajęciach wychowania fizycznego uwzględniono problematykę wad postawy w ramach takich tematów zajęć jak: *Co to są wady postawy i jak im zapobiegać?; Prawidłowe ułożenie ciała w postawie: siedząc, stojąc; Autokorekta i troska o postawę; Prawidłowa postawa ciała, Samoocena własnej sylwetki, Odciski stopy, Czy mam prawidłową postawę? Co to są wady postawy, jak im zapobiegać; Zdrowy aktywny styl życia, Zestawy ćwiczeń wspomagających zachowanie prawidłowej postawy ciała, Różnorodne formy aktywnego wypoczynku.*

W SP nr 1 w Nowej Soli na zajęciach wychowania fizycznego nauczyciele realizowali tematykę dotyczącą zdrowego stylu życia, w tym profilaktyki wad postawy i zagrożeń związanych z rozwojem tych wad w ramach zajęć: *Aktywność fizyczna i jej wpływ na zdrowie, Czynniki sprzyjające zdrowiu, co może pozbawić nas zdrowia, tryb życia a zdrowie, Ćwiczenia z akcentem na korektywę postawy ciała z wykorzystaniem przyborów typowych i nietypowych. Oceniamy własną postawę ciała, Postawa ciała.*

W dwóch szkołach (10%)⁴⁸, z 20 skontrolowanych, na lekcjach wychowania fizycznego **nie przeprowadzono w pełnym zakresie zajęć edukacyjnych i ćwiczeń korekcyjnych, wymaganych przyjętym w tych szkołach programem nauczania** pn. *Program nauczania wychowania fizycznego dla ośmioletniej szkoły podstawowej* autorstwa Krzysztofa Warchoła. Część z ujętych w tym programie zagadnień została pominięta w sporządzonych planach pracy. W szkołach tych tłumaczono, że pomimo niepełnej realizacji programu, korygowanie wad postawy podejmowano na każdej lekcji wychowania fizycznego, głównie w części rozgrzewkowej, ale także w części głównej lekcji oraz podczas nauki pływania.

W skontrolowanych szkołach edukacja zdrowotna dotycząca profilaktyki wad postawy była również realizowana podczas innych zajęć, takich jak przyroda, biologia, zajęcia z wychowawcą, a także w ramach edukacji wczesnoszkolnej.

⁴⁸ SP nr 5 i SP nr 10 w Suwałkach.

We wszystkich skontrolowanych szkołach podstawowych zajęcia wychowania fizycznego realizowano w wymaganym wymiarze godzin.

Organizacja zajęć wychowania fizycznego w szkołach publicznych

W 18 szkołach (90%), z 20 skontrolowanych, zajęcia wychowania fizycznego były realizowane wyłącznie w formie zajęć klasowo-lekcyjnych. W szkołach tych nie przedstawiano uczniom propozycji realizacji zajęć wychowania fizycznego w innych formach. W siedmiu szkołach (35%)⁴⁹, z 20 skontrolowanych, zajęcia wychowania fizycznego były prowadzone również na basenie.

Jedynie w dwóch szkołach (10%)⁵⁰, z 20 skontrolowanych, dyrektorzy skorzystali z możliwości przedstawienia uczniom propozycji organizacji zajęć wychowania fizycznego w formie zajęć do wyboru (zajęć sportowych, zajęć rekreacyjno-zdrowotnych, zajęć tanecznych lub aktywnej turystyki).

Przykłady

W SP w Gardnie tygodniowy wymiar zajęć wychowania fizycznego obejmował odpowiednio w klasach IV oraz V–VIII: trzy i dwie godziny zajęć w formie klasowo-lekcyjnej oraz jedną i dwie godziny zajęć do wyboru. Zajęcia do wyboru były realizowane w różnych formach, w tym piłki nożnej, ręcznej, koszykowej, siatkowej, unihokeja, tenisa stołowego, aerobiku-ćwiczeń przy muzyce. Zajęcia do wyboru uwzględniały potrzeby uczniów oraz ich zainteresowania. Na początku roku szkolnego uczniowie dokonywali wyboru rodzaju zajęć w ankietach i na podstawie ich analizy nauczyciele wychowania fizycznego dostosowywali zajęcia do potrzeb danej grupy ćwiczących zgodnie z intencją większości uczniów. Dla wszystkich uczniów klas III organizowano obowiązkowe zajęcia na basenie w wymiarze dwóch godzin tygodniowo.

W SP nr 6 w Świebodzinie zajęcia wychowania fizycznego w klasach IV–VIII były realizowane w różnorodnych formach, tj. w systemie klasowo-lekcyjnym, jak również w systemie międzyoddziałowym w formie wybranej przez ucznia (do wyboru: zajęcia na basenie, lekkoatletyka, minigry zespołowe, fitness). Celem poznania preferencji uczniów co do formy zajęć wychowania fizycznego, w których chcieliby uczestniczyć, prowadzono badania ankietowe. Na basenie realizowana była również jedna lekcja tygodniowo wychowania fizycznego dla uczniów klas II i III (nauka pływania).

W SP w Radziszewie uczniowie oraz ich rodzice poprzez ankiety wyrazili wolę kontynuowania zajęć w formie zajęć klasowo-lekcyjnych w pełnym wymiarze czterech godzin, w związku z czym w szkole nie organizowano zajęć wychowania fizycznego w formie innej niż klasowo-lekcyjnej, jak i nie prowadzono obowiązkowych zajęć na basenie.

We wszystkich szkołach nauczyciele wychowania fizycznego mieli wymagane kwalifikacje, a w dwóch szkołach (10%), z 20 skontrolowanych, dodatkowo wykształcenie z zakresu gimnastyki korekcyjnej. Dotyczyło to SP nr 10 w Tarnowie, w której jedna z nauczycielek zaliczyła na studiach zajęcia z korekcji wad postawy, a druga uzyskała certyfikat instruktora gimnastyki korekcyjnej, oraz SP nr 6 w Koszalinie, w której

Kwalifikacje nauczycieli wychowania fizycznego

⁴⁹ W: SP nr 13 w Będzinie, SP nr 9 w Koszalinie, SP nr 1 w Pawłowicach i SP w Pielgrzymowicach oraz w SP nr 10 w Suwałkach, SP nr 6 i SP nr 7 w Świebodzinie.

⁵⁰ Dotyczyło to SP w Gardnie i SP nr 6 w Świebodzinie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Frekwencja na zajęciach wychowania fizycznego

jeden z nauczycieli miał wykształcenie z pedagogiki i gimnastyki korekcyjnej, a spośród nauczycieli klas I–III jeden miał wykształcenie z pedagogiki wczesnoszkolnej, przedszkolnej i dodatkowo gimnastyki korekcyjnej, a drugi z nauczania początkowego i wychowania fizycznego oraz dodatkowo z gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej.

We wszystkich szkołach frekwencja na zajęciach wychowania fizycznego nie odbiegała od ogólnej frekwencji w szkole.

Frekwencja na zajęciach wychowania fizycznego w roku szkolnym 2017/2018 wyniosła średnio 90,1%, a w roku szkolnym 2018/2019 – 91,3%. Nie odbiegała przy tym od ogólnej frekwencji w szkołach. Najniższą frekwencję (84,5%) stwierdzono w SP w Makowie Podhalańskim w roku szkolnym 2017/2018, a najwyższą (97%) w SP w Gardnie w roku szkolnym 2018/2019.

W dwóch skontrolowanych szkołach, w których organizowano zajęcia wychowania fizycznego w formie zajęć do wyboru, odnotowano najwyższą frekwencję na zajęciach wychowania fizycznego. W SP w Gardnie frekwencja ta wyniosła 96% w roku szkolnym 2017/2018 i 97% w roku szkolnym 2018/2019, natomiast w SP nr 6 w Świebodzinie wyniosła ona odpowiednio 92,6% i 93,2%.

W 18 szkołach (90%), z 20 skontrolowanych, dyrektorzy na stałe zwolnili z czynnego udziału w zajęciach wychowania fizycznego w roku szkolnym od jednego ucznia (SP w Żarnówce w roku szkolnym 2017/2018) do 14 uczniów, w tym 12 z niepełnosprawnością ruchową (SP nr 9 w Tarnowie w roku szkolnym 2017/2018). Odsetek zwolnionych na stałe uczniów w tych szkołach wynosił od 1 do 3% populacji uczniów w szkole. Zwolnienia na stałe z czynnego udziału w zajęciach wychowania fizycznego wynikały przede wszystkim z niepełnosprawności ruchowej uczniów.

W dwóch szkołach⁵¹ dyrektorzy nie zwalniali na stałe uczniów z czynnego udziału w zajęciach wychowania fizycznego.

Infrastruktura sportowa wykorzystywana do realizacji zajęć wychowania fizycznego

Wszystkie szkoły były wyposażone w infrastrukturę sportową do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego.

Zdjęcia nr 8 i 9

Przykłady infrastruktury sportowej w skontrolowanych szkołach



Źródło: dokumentacja z kontroli NIK.

⁵¹ Dotyczyło to SP w Makowie Podhalańskim i SP w Radziszewie.

W pięciu szkołach (25%)⁵², z 20 skontrolowanych, zgłoszono zastrzeżenia do stanu nawierzchni infrastruktury sportowej, co stanowiło naruszenie warunków bezpieczeństwa i higieny pracy w szkole.

W czterech szkołach (20%)⁵³ uczniowie nie mieli możliwości skorzystania z pryszniców, przy czym w trzech szkołach w ogóle nie były one zainstalowane, a w jednej szkole były nieczynne i w pomieszczeniu tym przechowywano drobny sprzęt sportowy.

Jedynie w 12 szkołach (60%), z 20 skontrolowanych, organizowano zajęcia gimnastyki korekcyjnej, pomimo rozpoznanych wad postawy uczniów w pozostałych ośmiu szkołach.

Organizacja zajęć
gimnastyki korekcyjnej

W dziewięciu szkołach⁵⁴ organizację zajęć gimnastyki korekcyjnej przewidziano w arkuszach organizacyjnych na lata szkolne 2017/2018, 2018/2019 i 2019/2020. W jednej szkole⁵⁵ organizację takich zajęć przewidziano dopiero w roku szkolnym 2019/2020, na podstawie wykonanych przez pielęgniarkę badań dzieci z klas I–III pod kątem ewentualnych wad postawy – wytypowano 45 dzieci, a zaświadczenia złożyli rodzice (opiekunowie) jedynie 18 uczniów. We wcześniejszych latach nie prowadzono zajęć gimnastyki korekcyjnej, pomimo tego, że szkoła była do tego przygotowana organizacyjnie i lokalowo, tj. była wyposażona w salę korekcyjną wyposażoną w stosowne urządzenia. Dyrektorowi szkoły, w związku objęciem tej funkcji od 1 września 2018 r., nie były znane przyczyny niezapewnienia uczniom zajęć gimnastyki korekcyjnej.

Zdjęcia nr 10 i 11

Przykładowe miejsca do gimnastyki korekcyjnej w skontrolowanych szkołach



Źródło: dokumentacja z kontroli NIK.

W dwóch innych szkołach również organizowano zajęcia gimnastyki korekcyjnej, przy czym:

- 1) w SP nr 6 w Koszalinie zajęcia były zorganizowane dla klas I, IV i V w ramach realizowanego w szkole projektu *Wsparcie na starcie* z Programu Operacyjnego Europejski Fundusz Społeczny, Oś Priorytetowa

⁵² SP w Kleosinie, SP nr 1 i SP nr 8 w Nowej Soli, SP nr 6 i SP nr 7 w Świebodzinie.

⁵³ SP w Księżynie, SP w Radziszewie, SP nr 9 i SP nr 10 w Tarnowie.

⁵⁴ SP nr 13 w Będzinie, SP w Kleosinie, SP nr 1 w Nowej Soli, SP nr 1 w Pawłowicach, SP w Pielgrzymowicach, SP w Radziszewie, SP nr 6 w Świebodzinie. SP nr 9 i SP nr 10 w Tarnowie.

⁵⁵ SP w Gardnie.

Edukacja (Perspektywa 2014–2020)⁵⁶. Projekt ten był opracowany dla dziewięciu szkół i placówek z terenu miasta Koszalin i zakładał dofinansowanie środkami Unii Europejskiej (85%) oraz środkami budżetu państwa (10%). W ramach tego projektu w SP nr 6 w Koszalinie sfinansowano zajęcia gimnastyki korekcyjnej dla klas I (sześć grup po 40 godz.) oraz dla klas IV i V (16 grup po 30 godz.). Zajęcia z gimnastyki korekcyjnej dla klas IV–VI odbywały się w oparciu o program pn. *Wyginam zdrowe ciało*, opracowany przez nauczyciela prowadzącego te zajęcia. Obejmował on treści kształcenia i wychowania dotyczące konkretnych wad postawy, tj. plecy okrągłe (kifoza), plecy wklęsłe (lordoza), plecy wklęsło-okrągłe, plecy płaskie, skolioza i postawa skoliotyczna, klatka piersiowa kurza i klatka piersiowa lejkowata. Po badaniach przesiewowych, wykonanych w obecności rodziców, uczniowie według zaleceń lekarskich byli zapisywani na gimnastykę korekcyjną, a pielęgniarka szkolna i nauczyciel monitorowali ich obecność na zajęciach. W latach szkolnych 2017/2018–2019/2020 w ramach tego projektu w klasach IV–VI zrealizowano łącznie 126 godzin, a w klasach I – łącznie 171 godzin;

- 2) w SP nr 9 w Koszalinie zajęcia korekcyjne były realizowane w klasach I–III, przy czym liczba tych zajęć i uczestniczących w nich uczniów zmniejszyła się ze 136 godzin i 146 uczestniczących dzieci (49% uczniów klas I–III) w roku szkolnym 2017/2018 do 11 godzin (o 91,9%) i 16 biorących udział uczniów (6,6%) w roku szkolnym 2019/2020 (o 89%). Zmniejszenie liczby godzin zajęć gimnastyki korekcyjnej tłumaczono uczestnictwem dużej liczby dzieci w zajęciach z baletu oraz preferencjami uczniów do uczestnictwa w zajęciach Szkolnego Koła Sportowego bardziej niż gimnastyki korekcyjnej ze względu na atrakcyjniejszą formę prowadzonych zajęć. W szkole zmniejszyła się także – o trzy – liczba oddziałów klas I–III. Wskazywano również na relatywnie niższe środki finansowe przyznawane przez organ prowadzący w związku z wyższą wartością godziny nauczycielskiej. Jednak od stycznia 2020 r. planowano uruchomienie dodatkowych godzin gimnastyki korekcyjnej ze środków na zajęcia pozalekcyjne.

W pozostałych ośmiu szkołach (40%)⁵⁷, z 20 skontrolowanych, nie planowano i nie organizowano zajęć gimnastyki korekcyjnej dla uczniów, co tłumaczono:

- niewpłynięciem do szkoły żadnego zaświadczenia lekarskiego z takim zaleceniem (SP nr 1 w Będzinie), przy czym w szkole nie zapewniono gromadzenia danych o rozpoznanych wadach postawy, a z informacji podmiotu leczniczego wynika, że w badaniach przesiewowych zniekształcenia kręgosłupa rozpoznano u 29 uczniów (13,8% objętych badaniem uczniów) w roku szkolnym 2017/2018 i 19 uczniów (13,3%), a w roku szkolnym 2018/2019;

⁵⁶ Działanie 8.4. Wsparcie na starcie, poddziałanie Upowszechnianie edukacji przedszkolnej oraz wsparcia szkół i placówek prowadzących kształcenie ogólne oraz uczniów uczestniczących w kształceniu podstawowym, gimnazjalnym i ponadgimnazjalnym w ramach Strategii ZIT dla Koszalińsko-Koło-brzesko-Białogardzkiego Obszaru Funkcjonalnego.

⁵⁷ SP nr 1 w Będzinie, SP w Księżynie, SP w Makowie Podhalańskim, SP nr 8 w Nowej Soli, SP nr 5 w Suwałkach, SP nr 10 w Suwałkach, SP nr 7 w Świebodzinie i SP w Żarnówce.

- brakiem wystarczającej liczebności grupy dzieci z wadami postawy (SP w Księżynie); w badaniach profilaktycznych w roku szkolnym 2017/2018 zniekształcenia kręgosłupa rozpoznano u sześciu uczniów (5,9%), a w roku szkolnym 2018/2019 u czterech uczniów (3,6%);
- niezatrudnianiem nauczyciela wychowania fizycznego z uprawnieniami do prowadzenia tego rodzaju zajęć (SP nr 5 w Suwałkach); w badaniach profilaktycznych w roku szkolnym 2017/2018 zniekształcenia kręgosłupa rozpoznano u ośmiu uczniów (3,2%), a w roku szkolnym 2018/2019 u 10 uczniów (7,2%);
- rozpoznaniem skrzywień kręgosłupa u niewielkiego odsetka uczniów i tendencją malejącą w tym zakresie (SP nr 10 w Suwałkach), podczas gdy w badaniach profilaktycznych przeprowadzonych w roku szkolnym 2017/2018 zniekształcenia kręgosłupa rozpoznano u 34 uczniów (16%), a w roku szkolnym 2018/2019 u 21 uczniów (14,3%);
- niedopatrzeniem spowodowanym trudnościami organizacyjnymi szkoły w roku szkolnym 2017/2018, wynikającymi z ogromu prac organizacyjnych, remontowych i adaptacyjnych (SP nr 8 w Nowej Soli), w sytuacji gdy w szkole były rozpoznane potrzeby w tym zakresie (wady postawy miało 44 uczniów) i zajęcia gimnastyki korekcyjnej były ujęte w przyjętym programie wychowawczo-profilaktycznym. W kolejnych latach szkolnych przewidziano organizację, odpowiednio jednej i siedmiu godzin zajęć gimnastyki korekcyjnej tygodniowo, w których uczestniczyło, odpowiednio: 32 spośród 46 uczniów ze stwierdzonymi wadami postawy (69,6%) i 23 spośród 57 uczniów ze stwierdzonymi wadami postawy (40,4%). Zajęciami gimnastyki korekcyjnej objęci byli uczniowie, których rodzice wyrazili taką wolę, a o możliwości udziału uczniów w tych zajęciach zostali poinformowani poprzez dziennik elektroniczny;
- brakiem zgody organu prowadzącego na ujęcie tych zajęć w arkuszu organizacyjnym szkoły ze względu na ograniczenia finansowe (SP nr 7 w Świebodzinie), pomimo uwzględnienia tych zajęć w założeniach do projektów arkuszy organizacyjnych szkoły i poinformowaniu organu prowadzącego o potrzebach w tym zakresie (w roku 2017/2018 i 2018/2019 sześć godzin, a w 2019/2020 pięć). Uczniowie tej szkoły mogli uczestniczyć w zajęciach gimnastyki korekcyjnej organizowanych we współpracy z podmiotem zewnętrznym w ramach projektu *Program korekcji wad postawy*, przy czym rodzice partycypowali w kosztach tych zajęć (40 zł miesięcznie). W roku szkolnym 2017/2018 zniekształcenia kręgosłupa rozpoznano u 28 uczniów objętych badaniami lekarskimi (19,2%), a w roku szkolnym 2018/2019 u 13 uczniów objętych takimi badaniami (10,4%).

W dwóch szkołach⁵⁸, w których odbywała się gimnastyka korekcyjna, nie umożliwiono wszystkim uczniom z rozpoznanymi wadami postawy udziału w organizowanych w szkole zajęciach. Organizując zajęcia gimnastyki korekcyjnej, mylnie uznano, że liczba uczestników tych zajęć nie może przekraczać pięciu osób, tak jak zostało to określone w przypadku zajęć korekcyjno-kompensacyjnych. I tak w:

⁵⁸ SP nr 1 w Nowej Soli i SP nr 10 w Tarnowie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- 1) w SP nr 1 w Nowej Soli w roku szkolnym 2017/2018 zorganizowano jedną grupę dla pięciorga uczniów (16,7%) spośród 30, u których stwierdzono wady postawy, w roku szkolnym 2018/2019 – również zorganizowano jedną grupę, a zajęciami objęto pięcioro uczniów (18,5%) spośród 27, u których stwierdzono wady postawy, a w roku szkolnym 2019/2020 – zorganizowano dwie grupy po pięć osób i zajęciami objęto 10 uczniów (21,3%) spośród 47, u których stwierdzono wady postawy. W trakcie kontroli dyrektor szkoły zadeklarował, że niezwłocznie podejmie kroki zmierzające do objęcia większej liczby dzieci zajęciami oraz wystąpienie do rodziców dzieci ze zdiagnozowanymi wadami o udzielenie zgody na uczestnictwo ich dzieci w zajęciach gimnastyki korekcyjnej;
- 2) w SP nr 10 w Tarnowie były prowadzone cztery grupy zajęć z gimnastyki korekcyjnej dla klas I–IV, przy czym w latach szkolnych 2017/2018 i 2018/2019 w zajęciach uczestniczyło 20 dzieci, podczas gdy z danych przekazanych przez podmiot leczniczy wynikało, że skierowano na zajęcia gimnastyki korekcyjnej, odpowiednio: 33 oraz 25 uczniów, a w roku szkolnym 2019/2020 w zajęciach z gimnastyki korekcyjnej uczestniczyło 17 dzieci, a skierowanie na takie zajęcia uzyskało 18 uczniów.

Programy wychowawczo-profilaktyczne

Programy wychowawczo-profilaktyczne wszystkich skontrolowanych szkół obejmowały bezpośrednio lub pośrednio zagadnienia związane z profilaktyką wad postawy uczniów.

Wśród realizowanych w ramach programów profilaktyczno-wychowawczych zadań bezpośrednio dotyczących profilaktyki wad postawy ujmowano:

- prowadzenie zabaw z elementami korekcyjnymi oraz ćwiczeń wzmacniających mięśnie posturalne i grzbietu,
- prowadzenie edukacji prozdrowotnej wśród uczniów, rodziców i nauczycieli,
- prowadzenie edukacji dzieci i młodzieży na temat właściwej postawy ciała oraz nawyków sprzyjających jej utrzymaniu,
- wdrażanie do rekreacji ruchowej z uwzględnianiem elementów zapobiegania wadom postawy oraz korekcji postawy,
- cykliczne konkursy plastyczne promujące zdrowy styl życia,
- dokonanie pomiaru uczniów i dostosowanie wysokości krzeseł oraz ławek do ich wzrostu,
- naukę zabaw ruchowych, gier i zabaw terenowych oraz ukazywanie znaczenia ruchu dla zdrowia człowieka,
- kształtowanie postaw prozdrowotnych poprzez promowanie aktywnego i zdrowego trybu życia.

Programy profilaktyczne dotyczące wad postawy

Żadna ze skontrolowanych szkół nie uczestniczyła w regionalnych bądź gminnych programach polityki zdrowotnej.

We wszystkich skontrolowanych szkołach uczniowie uczestniczyli natomiast w programach profilaktycznych, które bezpośrednio lub pośrednio odnosiły się i sprzyjały profilaktyce wad postawy. Przykładowo:

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- w dwóch szkołach⁵⁹ uczniowie uczestniczyli w projekcie *Program korekcji wad postawy*. Program ten był realizowany przez podmiot zewnętrzny na podstawie umów zawartych z gminą. W ramach tego programu organizowano i przeprowadzano zajęcia korekcyjne wad postawy kończyn dolnych oraz kręgosłupa. Program ten był realizowany w okresie od marca do grudnia 2018 r. i od lutego do grudnia 2019 r. W 2018 r. w zajęciach korekcyjnych uczestniczyło 79 uczniów, a w 2019 r. 90 uczniów w maksymalnie pięcioosobowych grupach;
- w jednej szkole⁶⁰ corocznie realizowano program autorski nauczyciela wychowania fizycznego *Żyj zdrowo*, który miał się przyczynić do wykształcenia nawyku poprawnej postawy ciała, uświadomienia dziecku i rodzicom występowania wady oraz związanych z nią wszelkich następstw;
- w jednej szkole⁶¹ uczniowie brali udział w *Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży z terenu powiatu nowosolskiego na lata 2018–2019* „Miej odwagę, nie nadwagę”, w ramach którego m.in. wykonywano dzieciom badania antropometryczne.

W jednej ze szkół z gminy Będzin (szkoła nieobjęta kontrolą NIK), w ramach profilaktyki wad postawy, realizowano program własny nauczyciela rehabilitanta pn. *Szkoła zdrowych pleców*, skierowany do rodziców i ich dzieci, polegający na przeprowadzaniu rozmów i ćwiczeniach praktycznych, a w ramach programu *Popołudniowej szkoły dla rodziców* nauczyciel rehabilitant prowadził wykłady dotyczące wad postawy, wad stóp oraz prowadził dla rodziców klas I–III odczyty dotyczące skoliozy.

Jedna ze szkół z gminy Maków Podhalański (szkoła nieobjęta kontrolą NIK) realizowała własny program pt. *Szkoła promująca zdrowie*, w którym uczestniczyli uczniowie. Program ten obejmował prelekcje (choroby cywilizacyjne w oczach eksperta), wycieczki (na basen, kręgle), trening zdrowotny lub aerobik na przerwach śródlekcyjnych, a także organizację imprez (np. *Dzień Marchewki*, *Dzień Zdrowego Śniadania*, *Chleba*).

W 18 szkołach (90%), z 20 skontrolowanych, uczniowie uczestniczyli w ogólnopolskich programach profilaktycznych, które co prawda nie były bezpośrednio ukierunkowane na profilaktykę wad postawy, to jednak mogły przyczyniać się do zapobiegania powstawaniu i rozwojowi wad postawy uczniów. Wśród najpopularniejszych programów wskazać należy m.in. program powszechnej nauki pływania *Umiem Pływać*, czy też program *Trzymaj Formę*, mający na celu promowanie zdrowego stylu życia poprzez zbilansowane odżywianie połączone z regularną aktywnością fizyczną.

⁵⁹ SP nr 6 i SP nr 7 w Świebodzinie.

⁶⁰ SP w Kleosinie.

⁶¹ SP nr 1 w Nowej Soli.

5.2.2. Zadania gminy dotyczące organizacji warunków pobytu ograniczających rozwój wad postawy uczniów

Zadania gminy dotyczące tworzenia warunków szkolnych ograniczających rozwój wad postawy uczniów

Zadaniem oświatowym gmin jest zapewnienie kształcenia, wychowania i opieki, w tym kształcenia specjalnego i profilaktyki społecznej w szkołach podstawowych.

Gmina jako organ prowadzący szkołę odpowiada za jej działalność, a do jej zadań należy zapewnienie warunków działania szkoły, w tym bezpiecznych i higienicznych warunków nauki, wychowania i opieki.

Organ prowadzący szkołę sprawuje nadzór nad jej działalnością w zakresie spraw finansowych i administracyjnych. Nadzór obejmuje prawidłowość dysponowania przyznanymi szkole środkami budżetowymi i uzyskanymi przez szkołę środkami pochodzącymi z innych źródeł, a także gospodarowania mieniem oraz przestrzeganie obowiązujących przepisów dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy uczniów. Organ prowadzący szkołę może występować w sprawach dydaktyczno-wychowawczych i opiekuńczych z wnioskami do dyrektora szkoły i organu sprawującego nadzór pedagogiczny.

Za wyposażenie szkoły w sprzęt niezbędny do pełnej realizacji programów nauczania oraz programów wychowawczo-profilaktycznych odpowiada organ prowadzący szkołę.

Informacje o zasobach kadrowych i lokalowych profilaktycznej opieki zdrowotnej w podległych szkołach

Wszystkie skontrolowane gminy miały informacje o zasobach kadrowych i lokalowych niezbędnych do prowadzenia profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach podstawowych, dla których gmina była organem prowadzącym. Zadania te nie były przedmiotem audytów, jak i kontroli wewnętrznych.

W ośmiu gminach (80%), z 10 skontrolowanych, gabinety profilaktyki zdrowotnej były zorganizowane we wszystkich podległych szkołach. W dwóch gminach⁶² świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej, z uwagi na warunki lokalowe i brak odpowiedniego pomieszczenia, były udzielane w siedzibach miejscowych podmiotów leczniczych.

Dotacja z budżetu państwa na wyposażenie gabinetów profilaktyki zdrowotnej

Dziewięć gmin (90%), z 10 skontrolowanych, skorzystało ze środków dotacji z budżetu państwa na wyposażenie gabinetów profilaktyki zdrowotnej. Jedna gmina⁶³ co prawda otrzymała wnioskowane środki dotacji, jednak z uwagi na brak możliwości ich wydatkowania w krótkim okresie, przed upływem końca roku budżetowego, zwróciła w całości niewykorzystane środki do budżetu państwa (12,7 tys. zł).

W 2017 r. gminy mogły uzyskać środki z budżetu państwa na wyposażenie/doposażenie gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach w maksymalnej wysokości 6,7 tys. zł na szkołę, na podstawie ustawy z dnia 15 września 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości

⁶² Dotyczyło to dwóch z siedmiu szkół podstawowych w Makowie Podhalańskim, do których uczęszczało od 23 do 48 uczniów oraz jednej szkoły z gminy Juchnowiec Kościelny (SP w Księżynie), w której gabinet profilaktyki zdrowotnej był w trakcie przygotowania.

⁶³ Gmina Juchnowiec Kościelny.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. W poszczególnych gminach wysokość wykorzystanych środków dotacji wyniosła od 11,4 tys. zł do 82,3 tys. zł⁶⁴.

Na wyposażenie i funkcjonowanie gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach sześć (60%) z 10 skontrolowanych gmin wydatkowało również środki własne. Dotyczyło to: Nowej Soli (4,2 tys. zł), Koszalina (4,5 tys. zł), Makowa Podhalańskiego (6,8 tys. zł), Tarnowa (9,5 tys. zł), Świebodzina (9,9 tys. zł) oraz Juchnowca Kościelnego (11,3 tys. zł).

Kurator oświaty, w ramach sprawowanego nadzoru pedagogicznego, nie zawiadamiał szkół o stwierdzonych istotnych uchybieniach w działalności szkół dotyczących realizacji podstaw programowych i ramowych planów nauczania wychowania fizycznego, czy też zapewnienia uczniom bezpiecznych i higienicznych warunków nauki, wychowania i opieki.

Zawiadomienia kuratora oświaty o stwierdzonych uchybieniach dotyczących zapewnienia uczniom bezpiecznych i higienicznych warunków nauki

Do żadnej ze skontrolowanych gmin nie wpłynęło zawiadomienie kuratora oświaty o istotnych uchybieniach dotyczących realizacji w szkołach podstaw programowych i ramowych planów nauczania wychowania fizycznego, jak również zapewnienia uczniom bezpiecznych i higienicznych warunków nauki, wychowania i opieki. W jednej gminie⁶⁵ Śląski Kurator Oświaty, w latach 2017–2019, przeprowadził w dwóch szkołach trzy kontrole doraźne, których przedmiotem było zapewnienie uczniom bezpiecznych i higienicznych warunków wychowania i opieki. Nieprawidłowości stwierdzono w jednym przypadku i dotyczyły one złego stanu technicznego starej sali gimnastycznej, która nie była jednak użytkowana do celów dydaktycznych. Dyrektor tej szkoły niezwłocznie powiadomił organ prowadzący o nieprawidłowościach i zwrócił się o niezbędne środki finansowe, po czym usterki te usunięto.

Nadzór nad przestrzeganiem przez szkoły przepisów dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy uczniów, obejmujących eliminację czynników wpływających na wady postawy sprawowano głównie poprzez analizę protokołów z corocznych kontroli przeprowadzanych przez dyrektorów szkół w tym zakresie oraz omawianie spraw podczas narad z dyrektorami. Działania te nie były jednak dokumentowane.

Nadzór nad przestrzeganiem w szkołach przepisów bhp

W skontrolowanych gminach nadzór nad przestrzeganiem przepisów bhp w szkołach był prowadzony najczęściej poprzez analizę przedkładanych przez dyrektorów szkół protokołów z przeprowadzanych corocznie kontroli zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków korzystania z obiektów należących do szkoły, w tym bezpiecznych i higienicznych warunków nauki. Prowadzenie takich analiz nie było jednak dokumentowane. Protokoły z kontroli zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków korzystania z obiektów należących do szkoły, w tym bezpiecznych i higienicznych warunków nauki były sporządzane z różną szczegółowością.

⁶⁴ W poszczególnych gminach: 11,4 tys. zł Świebodzin, 29,6 tys. zł Gryfino, 29,8 tys. zł Nowa Sól, 31,4 tys. zł Będzin, 33,3 tys. zł Maków Podhalański, 34,1 tys. zł Pawłowice, 60,9 tys. zł Koszalin, 68,5 tys. zł Tarnów i 82,3 tys. zł Suwałki.

⁶⁵ Gmina Będzin.

W protokołach z kontroli bhp dyrektorzy mogli również określać kierunki poprawy tych warunków. Przykładowo, w gminie Gryfino, w odpowiedzi na potrzeby zgłaszane przez dyrektorów dwóch szkół w protokołach z kontroli bhp, dotyczące wykonania remontu sali gimnastycznej, zabezpieczono w budżecie środki finansowe na ten cel (na 2020 r. zaplanowano 350 tys. zł na remont sali gimnastycznej w SP w Gardnie).

W jednej ze skontrolowanych gmin zgłoszono zastrzeżenia do zapewnienia pełnej realizacji potrzeb wskazanych w protokołach bhp.

Dotyczyło to Tarnowa, gdzie w wyniku niezapewnienia potrzeb dotyczących konieczności wymiany mebli szkolnych, w podległej szkole wystąpiły odchylenia od normy i nieprawidłowości dotyczące dostosowania stanowisk pracy uczniów. Kontrola Inspekcji Sanitarnej w szkole wykazała odchylenia od normy i nieprawidłowości dotyczące dostosowania stanowisk pracy uczniów w ponad 14% wszystkich poddanych ocenie stanowisk. Niepełną realizację zgłoszonych potrzeb tłumaczono ograniczeniami finansowymi organu i priorytetami co do wydatkowania środków finansowych na szkoły, które w pierwszej kolejności były kierowane na działania inwestycyjne polegające na termomodernizacji wszystkich budynków szkół podstawowych oraz zapewnienie ciepłych i przyjaznych uczniom miejsc do nauki, natomiast zakupu krzeseł i stolików dokonywano w miarę możliwości stopniowo.

Działania nadzorcze w powyższym zakresie były także podejmowane podczas narad prowadzonych z dyrektorami szkół, ale nie było odnotowywane w protokołach z tych narad.

Dobre praktyki

Przykładem dobrej praktyki w ramach wykonywania nadzoru nad przestrzeganiem w szkołach przepisów bhp była gmina Maków Podhalański, w której w corocznej kontroli przeprowadzanej przez dyrektorów szkół pod kątem zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków korzystania z obiektów szkolnych uczestniczył specjalista ds. bhp zatrudniony w Urzędzie. Z protokołów kontroli bhp wynikało m.in., że sprzęty, z których korzystali uczniowie i pracownicy danej szkoły, były ergonomiczne, miały stosowne certyfikaty i atesty, były sprawne technicznie, odpowiednio rozmieszczone oraz właściwie umocowane; stan i liczba miejsc do przechowywania podręczników i przyborów szkolnych odpowiadała planowanej liczbie oddziałów szkolnych i uczniów; na terenie obiektów należących do szkoły nie stwierdzono zagrożeń dla życia i zdrowia osób korzystających z tych obiektów.

W gminie Koszalin nadzór nad działalnością szkół dotyczący bezpieczeństwa i higieny pracy uczniów, obejmujący także eliminację czynników wpływających na wady postawy był sprawowany poprzez planowe kontrole, prowadzone w szkołach przez Biuro Kontroli, dotyczące prawidłowej organizacji miejsc na pozostawienie podręczników i przyborów szkolnych przez uczniów, dostosowania sprzętów, z których korzystają uczniowie do wymagań ergonomii, jak również nabywania wyposażenia sportowego z odpowiednimi atestami lub certyfikatami i dostosowania stanowisk pracy do warunków antropometrycznych uczniów. W następstwie przeprowadzanych przeglądów szkoły składały wnioski finansowe o zabezpieczenie środków finansowych m.in. na poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy uczniów. W protokołach kontroli przeprowadzonych w szkołach nie formułowano nieprawidłowości dotyczących nieprzestrzegania zasad bezpieczeństwa i higieny określonych w rozporządzeniu w sprawie bezpieczeństwa i higieny w szkołach.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W żadnej z kontrolowanych gmin nie występowało z wnioskami do dyrektorów szkół w sprawach dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy uczniów, obejmujących eliminację czynników wpływających na wady postawy.

Wszystkie skontrolowane gminy przeznaczały środki własne na tworzenie w szkołach podstawowych, dla których były organem prowadzącym, warunków pobytu uczniów ograniczających czynniki sprzyjające rozwojowi wad postawy.

Zapewnienie środków finansowych na tworzenie warunków pobytu uczniów ograniczających czynniki sprzyjające rozwojowi wad postawy

Na tworzenie w szkołach warunków pobytu uczniów ograniczających czynniki sprzyjające rozwojowi wad postawy skontrolowane gminy wydatkowały łącznie 25 008,8 tys. zł.

Najwięcej środków (42,4%) dziewięć gmin wydatkowało na inwestycje w infrastrukturę sportową (10 600,9 tys. zł), w tym przykładowo na: budowę boiska sportowego (Maków Podhalański), budowę sali gimnastycznej, boiska wielofunkcyjnego wraz z infrastrukturą oraz przebudowę sali gimnastycznej (Będzin), przebudowę bieżni okólnej wraz z rozbiegiem i skocznią w dal oraz przebudowę boisk sportowych do gry w koszykówkę, piłkę ręczną i siatkówkę (Pawłowice), modernizację boiska sportowego i sali gimnastycznej (Gryfino).

Pozostałe wydatki dotyczyły:

- **organizacji zajęć wychowania fizycznego na basenie**, które finansowało dziewięć (90%) skontrolowanych gmin w łącznej wysokości 7400,4 tys. zł (29,6%).

W Koszalinie na organizację obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego w formie zajęć na basenie dla uczniów klas IV–VIII szkół podstawowych i uczniów szkół ponadpodstawowych wydatkowano łącznie 6582,2 tys. zł. Znaczne środki finansowe na ten cel wydatkowały również gminy: Pawłowice (399,2 tys. zł), Będzin dla uczniów klas V (169,8 tys. zł) oraz Świebodzin (161,9 tys. zł). Gminy dofinansowywały również zajęcia prowadzone w ramach programu powszechnej nauki pływania *Umiem pływać*, które ujęto wraz z innymi pozalekcyjnymi zajęciami sportowymi;

- **organizacji pozalekcyjnych zajęć sportowych**, które finansowały/dofinansowały wszystkie skontrolowane gminy w łącznej wysokości 3205,4 tys. zł (12,8%).

Najwięcej środków na ten cel wydatkowała gmina Suwałki (925,9 tys. zł), a następnie Będzin (681,9 tys. zł), Nowa Sól (544,2 tys. zł) oraz Koszalin (370,5 tys. zł).

Przykład

Przykładowo w gminie Suwałki w ramach pozalekcyjnych zajęć sportowych:

- organizowano zajęcia sportowe z elementami gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej dla uczniów z wadami postawy, zakwalifikowanymi do zajęć na podstawie diagnozy lekarskiej, opinii pielęgniarki szkolnej, orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej, w ramach zadania własnego pn. *Małym i dużym sport zdrowiu służy*, na które uzyskano dofinansowanie

z Państwowego Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów, na podstawie umów zawartych z Ministrem Sportu i Turystyki;

- finansowano uczniom klas III zajęcia nauki pływania w ramach programu powszechnej nauki pływania *Już pływam – jestem bezpieczny*, którego celem było m.in. podniesienie sprawności fizycznej uczniów, profilaktyka wad postawy oraz zwiększenie odporności organizmu;
- dofinansowywano uczniom klas I–II zajęcia nauki pływania w ramach programu powszechnej nauki pływania *Umiem pływać*, dofinansowanego z Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów;
- realizowano lokalny program *Aktywny Suwałczanin*, skierowany do uczniów klas I–II szkół podstawowych, który obejmował organizację pozalekcyjnych zajęć sportowych i sportowo-rekreacyjnych z elementami gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej.

- **organizacji zajęć gimnastyki korekcyjnej**, które finansowało siedem (70%) skontrolowanych gmin w łącznej wysokości 1855,2 tys. zł (7,4%).

Najwięcej środków wydatkowała gmina Tarnów (744,9 tys. zł), w której finansowano organizację zajęć gimnastyki korekcyjnej we wszystkich szkołach podstawowych, dla których gmina była organem prowadzącym i objęto nimi uczniów klas I–III, u których zdiagnozowano zniekształcenie kręgosłupa. Znaczne środki na ten cel wydatkowały również gminy: Koszalin (410,3 tys. zł), Pawłowice (270,7 tys. zł) oraz Gryfino (221,8 tys. zł).

W trzech⁶⁶ gminach w okresie objętym kontrolą nie organizowano i nie finansowano zajęć gimnastyki korekcyjnej, pomimo, że u uczniów szkół, dla których były one organem prowadzącym, rozpoznano schorzenia kręgosłupa. W Makowie Podhalańskim odsetek uczniów, u których rozpoznano schorzenie kręgosłupa (kifoza, lordoza i skolioza), według informacji uzyskanych od podmiotu leczniczego, wyniósł 35,7% populacji uczniów objętych badaniami profilaktycznymi w roku szkolnym 2017/2018 i 31,2% populacji uczniów objętych badaniami w roku szkolnym 2018/2019. Z kolei w Suwałkach, według informacji uzyskanych przez gminę z Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego, wady kręgosłupa miało ponad 7% wszystkich uczniów uczęszczających do suwalskich szkół, a Nowej Soli, według danych uzyskanych ze szkół, wadami takimi było obciążonych około 9% wszystkich uczniów.

Żadna ze skontrolowanych gmin nie skorzystała z dofinansowania zajęć sportowych dla uczniów z elementami gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej ze środków Ministerstwa Sportu i Turystyki.

W otwartym konkursie Ministerstwa Sportu i Turystyki na dofinansowanie organizacji zajęć sportowych dla uczniów w ramach zadania *Sport dla Wszystkich* działania *Upowszechnianie sportu dzieci i młodzieży*⁶⁷, gminy mogły uzyskać w 2018 i 2019 r. dofinansowanie na organizację w szkołach zajęć sportowych dla uczniów z elementami gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej na poziomie 50% planowanych kosztów realizacji zajęć. Były

⁶⁶ Gmina: Maków Podhalański, Nowa Sól i Suwałki.

⁶⁷ Decyzja Ministra Sportu i Turystyki odpowiednio: nr 52 z dnia 6 listopada 2017 r. (Dz. Urz. MSiT poz. 84) i nr 47 z dnia 9 października 2018 r. (Dz. Urz. MSiT poz. 69).

one skierowane do uczniów szkół podstawowych (w tym korzystających z wychowania przedszkolnego) i gimnazjów. Głównym celem organizacji zajęć była aktywizacja sportowa dzieci i młodzieży szkolnej oraz profilaktyka wad postawy, z włączeniem jak największej grupy uczniów do regularnej aktywności fizycznej. Zajęcia oprócz celów stricte sportowych musiały zawierać elementy gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej, realizowanej w formie odpowiadającej wiekowi i możliwościom psychoruchowym uczestników. By osiągnąć zakładane efekty, rekomendowano prowadzenie zajęć z uwzględnieniem stosownej systematyki (od 1 do 3 razy w tygodniu).

Z tych środków nie skorzystały głównie gminy, które nie organizowały w ogóle zajęć gimnastyki korekcyjnej w podległych szkołach, przy czym w Nowej Soli w 2017 r. wszystkie szkoły złożyły wnioski o wyrażenie zgody przez gminę na wniesienie wkładu własnego i zatrudnienie nauczyciela wychowania fizycznego do prowadzenia zadania w ramach projektu *Zajęcia sportowe dla uczniów z elementami gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej*, który miał być realizowany przy współudziale Szkolnego Związku Sportowego Ziemia Lubuska. Podmiot ten aplikował do Ministerstwa Sportu i Turystyki o środki z Funduszu Zajęć Sportowych, jednak nie uzyskał dofinansowania.

- **dostosowania mebli szkolnych do wymagań ergonomii stanowisk pracy i warunków antropometrycznych uczniów**, które finansowały wszystkie kontrolowane gminy w łącznej wysokości 1441,6 tys. zł (5,8%).

Największe środki na realizację tych zadań wydatkowało miasto Suwałki, (372,1 tys. zł), jednak pomimo tych nakładów kontrola Inspekcji Sanitarnej przeprowadzona w dwóch szkołach wykazała, że w jednej z nich (SP nr 5) w 33 przypadkach (23,1%) nie dopasowano stanowisk nauki do wysokości ciała uczniów, a w drugiej (SP nr 10) dotyczyło to 36 stanowisk (29%). Tłumaczono to niewystarczającymi środkami finansowymi na działalność oświatową i koniecznością realizacji wyznaczanych samorządom nowych zadań, często bez zapewnienia dodatkowych środków finansowych. W trakcie kontroli NIK przekazano tym szkołom środki finansowe na zakup mebli i stanowisk do nauki uczniów (SP nr 5 w wysokości 43,5 tys. zł, a SP nr 10 w kwocie 20 tys. zł).

- **zapewnienia miejsca na pozostawianie podręczników i przyborów szkolnych w szkole**, które finansowało dziewięć (90%) skontrolowanych gmin w łącznej wysokości 505,4 tys. zł (2%).

Najwięcej środków na to zadanie wydatkowano w gminach Koszalin (246,3 tys. zł) oraz Świebodzin (101,9 tys. zł). Pozostałe gminy wydatkowały od 3,6 tys. zł (Gryfino) do 68,4 tys. zł (Pawłowice). Dwie gminy⁶⁸ nie wydatkowały żadnych środków na zakup szafek szkolnych w okresie objętym kontrolą, tymczasem w trakcie kontroli NIK, w kontrolowanych szkołach (po jednej z każdej gminy), liczba szafek szkolnych dla uczniów była niewystarczająca. Tłumaczono to m.in. niekierowaniem do organu prowadzącego zapotrzebowania na środki na ten cel i brakiem zastrzeżeń Inspekcji Sanitarnej w tym zakresie.

⁶⁸ Gmina: Nowa Sól i Tarnów.

5.3. Działania informacyjne i edukacyjne na rzecz eliminacji ryzyka ich rozwoju

W samorządach niedostateczna była informacja i edukacja na rzecz eliminacji ryzyka rozwoju wad postawy. Jedynie cztery gminy (40%), z 10 skontrolowanych, prowadziły aktywne działania informacyjne i edukacyjne na rzecz eliminacji ryzyka rozwoju wad postawy uczniów, a pozostałe samorządy swoją bierność w prowadzeniu takich działań uzasadniały, że jest to obowiązek szkoły. Zauważyć jednak należy, że edukacja zdrowotna, promocja zdrowia oraz profilaktyka chorób należą do zadań własnych gmin.

Podejmowane w szkołach działania informacyjne i edukacyjne nie były jednak skuteczne w połowie z nich, o czym świadczą w szczególności wyniki kontroli Inspekcji Sanitarnej dotyczące obciążeń tornistrów szkolnych, czy też nieskorzystanie z badań lekarskich znacznej liczby uczniów objętych badaniami przesiewowymi. Potwierdzają to również wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród nauczycieli oraz rodziców/opiekunów prawnych uczniów. Niewielki był także zakres współpracy z rodzicami, co nie sprzyjało kształtowaniu nawyków prowadzących do zachowania prawidłowej postawy ciała uczniów.

5.3.1. Realizacja przez gminy działań informacyjnych i edukacyjnych na rzecz eliminacji ryzyka rozwoju wad postawy

Zadania gminy dotyczące działań informacyjnych i edukacyjnych

Do zadań z zakresu zdrowia publicznego należą m.in.: edukacja zdrowotna dostosowana do potrzeb różnych grup społecznych, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych, promocja zdrowia, a także profilaktyka chorób. Zadania z zakresu zdrowia publicznego realizują, współdziałając ze sobą, organy administracji rządowej, państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze, a także jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia.

Działania informacyjne i edukacyjne na rzecz eliminacji ryzyka rozwoju wad postawy prowadzono jedynie z czterech gminach (40%) z 10 skontrolowanych.

Działania takie były prowadzone w czterech urzędach, z tego dwóch⁶⁹ z obszaru województwa śląskiego oraz dwóch⁷⁰ z obszaru województwa lubuskiego. Działania te polegały w szczególności na promowaniu zdrowego stylu życia wśród dzieci i młodzieży, poruszaniu zagadnień dotyczących wad postawy i ryzyka ich rozwoju u dzieci i młodzieży podczas comiesięcznych spotkań wójta z dyrektorami szkół, umieszczeniu na stronie internetowej urzędu oraz na *fanpage* na Facebooku informacji dotyczących aktywności sportowej, a także współpracy z dyrektorami szkół i nauczycielami w kwestii uczestnictwa uczniów w programach sportowych i edukacyjnych.

⁶⁹ Urząd Miejski w Będzinie oraz Urząd Gminy w Pawłowicach.

⁷⁰ Urząd Miejski w Nowej Soli i Urząd Miejski w Świebodzinie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W sześciu gminach (60%), z 10 skontrolowanych, zgłoszono zastrzeżenia do nieprowadzenia działań informacyjnych i edukacyjnych dotyczących profilaktyki wad postawy uczniów, czym nie wypełniono w pełnym zakresie obowiązków wynikających z ustawy *o zdrowiu publicznym*, polegających na realizacji zadań własnych z zakresu promocji i ochrony zdrowia. Do zadań z zakresu zdrowia publicznego należą: edukacja zdrowotna dostosowana do potrzeb różnych grup społecznych, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych, promocja zdrowia, a także profilaktyka chorób. Profilaktyka wad postawy powinna stanowić ważny element działań edukacyjnych i informacyjnych prowadzonych przez gminę, jako że wady takie nie są wyłącznie defektem kosmetycznym, ale mogą w przyszłości powodować m.in. poważne skutki zdrowotne w postaci zaburzeń krążeniowo-oddechowych, upośledzenia sprawności i wydolności ogólnej, zespołów bólowych kręgosłupa, problemów ginekologicznych u kobiet.

W samorządach niepodejmowanie takich działań tłumaczono ograniczonymi możliwościami budżetowymi i koniecznością dokonywania selekcji działań, a także uznaniem za wystarczające działań prowadzonych przez dyrektorów podległych szkół, jak również skoncentrowaniem się na innych obszarach, w szczególności obejmujących seniorów, kobiety w ciąży oraz kobiety zagrożone rakiem skóry.

5.3.2. Realizacja przez szkoły działań informacyjnych i edukacyjnych na rzecz eliminacji ryzyka rozwoju wad postawy

Dyrektor szkoły sprawuje opiekę nad uczniami oraz stwarza warunki harmonijnego rozwoju poprzez aktywne działania prozdrowotne. Opieka zdrowotna nad uczniami realizowana w szkole winna obejmować profilaktyczną opiekę zdrowotną i promocję zdrowia. Ma ona na celu ochronę zdrowia uczniów, a także wyrobienie w nich postaw prozdrowotnych oraz odpowiedzialności za własne zdrowie. Cele te są realizowane np. przez edukację zdrowotną i promocję zdrowia, w tym promocję aktywności fizycznej i sportu oraz prawidłowego żywienia.

W szkole powinna być prowadzona systematyczna edukacja, dotycząca profilaktyki wad postawy i ryzyka ich rozwoju, skierowana do wszystkich zainteresowanych grup (rodzice, uczniowie, nauczyciele), także we współpracy z innymi podmiotami.

We wszystkich skontrolowanych szkołach prowadzono edukację dotyczącą profilaktyki wad postawy uczniów, jednak w prawie połowie skontrolowanych szkół podejmowane działania nie były w pełni skuteczne, o czym świadczyły wyniki kontroli Inspekcji Sanitarnej dotyczącej obciążeń tornistrów szkolnych oraz wyniki badania ankietowego.

Zadania szkoły dotyczące informacji i edukacji

Zdjęcia nr 12 i 13

Przykładowe tablice z informacjami dla uczniów o profilaktyce wad postawy w skontrolowanych szkołach



Źródło: dokumentacja z kontroli NIK.

W szkołach były dostępne materiały informacyjne na temat profilaktyki wad postawy. Przedmiotem zajęć wychowawczych z uczniami była nauka przyjmowania właściwej postawy ciała oraz przekazywanie wiedzy na temat konsekwencji i ryzyka problemów zdrowotnych, związanego ze zniekształceniem kręgosłupa. Działania takie polegały m.in. na:

- wywieszaniu w gablocie przy gabinecie profilaktyki i pomocy przedlekarskiej ulotek informacyjnych z zakresu profilaktyki wad postawy,
- przeprowadzaniu pogadań z uczniami przez nauczycieli oraz pielęgniarki szkolne,
- organizacji wystawy plakatów na temat profilaktyki wad postawy,
- rozpowszechnianiu wśród rodziców i uczniów ulotek informacyjnych promujących prawidłową pozycję ciała,
- zachęcaniu uczniów do aktywności fizycznej.

Edukacja na rzecz eliminacji ryzyka rozwoju wad postawy uczniów skoncentrowana była na omawianiu profilaktyki wad postawy podczas niektórych godzin wychowawczych i zajęć przeprowadzonych w bibliotece, zorganizowano także wystawę plakatów oraz rozpowszechniano wśród rodziców i uczniów ulotki informacyjne promujące prawidłową pozycję ciała.

W prowadzeniu działań informacyjnych i edukacyjnych współpracowano również z rodzicami, co szczegółowo przedstawiono w pkt 5.1.2 Informacji.

Edukację zdrowotną w obszarze profilaktyki wad postawy realizowała pielęgniarka lub higienistka szkolna. Współpracę dyrektorów szkół z pielęgniarkami szczegółowo przedstawiono w pkt 5.1.2 Informacji.

Wyniki przeprowadzonego w każdej z 20 skontrolowanych szkół badania ankietowego, w którym udział wzięło łącznie 741 nauczycieli i 1956 rodziców uczniów, wskazują na niską skuteczność podejmowanych w szkołach działań informacyjnych i edukacyjnych.

Według 91,5% ankietowanych nauczycieli kwestia wad postawy dzieci w wieku szkolnym stanowi poważny problem, przy czym zaledwie 61,1% oceniło dobrze poziom swojej wiedzy na temat wad postawy ciała, a 63,2% miało wiedzę o schorzeniach swoich uczniów. Dane te wskazują, że poziom wiedzy kadry nauczycielskiej w tym obszarze nie koresponduje z diagnozą problemu.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Według ankietowanych ok. 22% rodziców u ich uczących się dzieci stwierdzono jakąś wadę postawy, przy czym zaledwie 14% zadeklarowało objęcie leczeniem dziecka w tym zakresie, a 9,6% uczestnictwo dziecka w zajęciach korekcyjnych w szkole.

Pierwszym i głównym źródłem informacji rodziców na temat wad postawy ciała był lekarz rodzinny (58,9%), z kolei z internetu wiedzę czerpało 46,3%, a w szkole na ten temat dowiedziało się 17,5% ankietowanych rodziców – co należy uznać za poziom niesatysfakcjonujący.

Zdecydowana większość nauczycieli (79,4%) oświadczyła, że w przypadku zaobserwowania podejrzenia wad postawy ucznia, spostrzeżenia te były przekazywane rodzicom, a według 8,1% ankietowanych nie było takiej potrzeby. Zadeklarowana w tym zakresie bierność pozostałej grupy nauczycieli (12,5%) jest zjawiskiem negatywnym i niepożądanym.

Zaledwie 38,1% ankietowanych rodziców potwierdziło badanie dziecka w szkole dotyczące wad postawy ciała, a 24,7% nie potrafiło odpowiedzieć jednoznacznie czy takie badanie miało miejsce. Wskazuje to na znaczny niedostatek wiedzy rodziców o rodzaju i zakresie badań wykonywanych dzieciom w szkołach.

Według 13% rodziców w szkole była możliwość dodatkowego odpłatnego diagnozowania u dziecka ewentualnych wad postawy ciała. Badania te realizowane były przez firmy zewnętrzne i obejmowały najczęściej konsultacje ortopedyczną kręgosłupa i stóp. Średni koszt badania wynosił pomiędzy 30 zł a 50 zł, przy czym w ankietach wystąpiły jednostkowe przypadki badań za 70 zł, 80 zł, 90 zł i 100 zł.

Zdaniem nauczycieli największe trudności w prowadzeniu profilaktyki wad postawy ciała uczniów wynikają z niepoprawnych nawyków wyniesionych z domu (83,2%). Wśród złych nawyków wymieniano najczęściej: brak ruchu, siedzący tryb życia, zbyt wiele czasu spędzanego przy komputerach i z telefonami komórkowymi. Spostrzeżenia nauczycieli stoją w opozycji do deklaracji ankietowanych rodziców, gdyż według 83,1% ich dziecko spędza aktywnie czas wolny.

Zwraca uwagę fakt, że mniej niż połowa ankietowanych nauczycieli (43%) mogła liczyć na wsparcie rodziców w prowadzeniu profilaktyki wad postawy ciała uczniów. Negatywnie na profilaktykę wpływa również brak lub mała aktywność fizyczna po zajęciach szkolnych (65%) oraz za duża waga tornistrów/plecaków szkolnych (48,8%). Zdaniem ponad 20% ankietowanych problem stanowi także nieobecność lub mała frekwencja uczniów na zajęciach wychowania fizycznego, czy brak odpowiedniego wyposażenia w klasach.

W ocenie większości ankietowanych rodziców (55,8%) szkoły dysponowały odpowiednim wyposażeniem, które było dostosowane do wzrostu dziecka i zapobiegało powstawaniu wad postawy ciała. Zastrzeżenia w tym zakresie miało natomiast 16,6% rodziców. Zdaniem blisko 80% rodziców plecaki/tornistry szkolne są zbyt ciężkie, a główną tego przyczyną był brak możliwości pozostawienia zbędnych podręczników, ćwiczeń i zeszytów w szkole (41,3%). Zwraca przy tym uwagę fakt, że zdaniem 66,8% rodziców szafki

szkolne służą głównie do pozostawiania w nich ubrań i obuwia, a dzieci 35,1% ankietowanych przechowuje w szafkach podręczniki, ćwiczenia i zeszyty. Świadczy to o niewykorzystaniu zgodnie z przeznaczeniem większości szafek szkolnych, zwłaszcza w konsekwencji likwidacji szkolnych szatni.

Według deklaracji ponad 90% rodziców dzieci uczestniczą w zajęciach wychowania fizycznego, a powodem ewentualnych absencji jest choroba bądź niedyspozycja zdrowotna (80,6%).

Zdecydowaną formą przekazywania przez nauczycieli wiedzy o czynnikach wpływających na wady postawy ciała były zajęcia dydaktyczne w szkole, które uważane były za najskuteczniejszą formę profilaktyki. Wysoko oceniona została również skuteczność udziału w zajęciach w ramach specjalnych programów.

Na wysoką ocenę skuteczności realizowanej w szkołach profilaktyki wad postawy wskazuje również poziom zadowolenia 64,3% respondentów. Za ledwie 7,7% nauczycieli negatywnie oceniło profilaktykę wad postawy ciała w swoich szkołach, a 27,9% nie miało na ten temat zdania.

Zupełnie inaczej skuteczność profilaktyki wad postawy ciała w szkole ocenili ankietowani rodzice. Zdaniem 25% respondentów profilaktyka szkolna była wystarczająca, 40,4% nie miało na ten temat zdania, a 34,6% ceniło profilaktykę szkolną negatywnie.

Z badań ankietowych przeprowadzonych w **ośmiu szkołach (40%), spośród 20 skontrolowanych, w których podejmowane działania informacyjne i edukacyjne uznano za nie w pełni skuteczne**, wynikało, że jedynie co czwarty, a nawet co dziesiąty rodzic oceniał podejmowaną w szkole profilaktykę wad postawy pozytywnie. Przykładowo:

- w SP nr 1 w Pawłowicach, co czwarty ankietowany rodzic ocenił pozytywnie prowadzoną w szkole profilaktykę wad postawy uczniów;
- w SP w Kleosinie i SP nr 10 w Suwałkach prowadzoną w szkole profilaktykę wad postawy pozytywnie ocenił jedynie co piąty rodzic;
- w SP w Księżynie i SP nr 5 w Suwałkach co dziesiąty ankietowany rodzic uznał podejmowane w szkole działania dotyczące profilaktyki wad postawy za wystarczające.

W SP w Kleosinie o niskiej skuteczności adresowanych do rodziców działań informacyjnych i edukacyjnych świadczyło nieskorzystanie z badań lekarskich połowy uczniów objętych badaniami przesiewowymi, jak również wyniki badania ankietowego, w którym ponad 70% respondentów nie znała wyników badań przesiewowych u dzieci, a 36,5% ankietowanych twierdziło, że nie wiedziało, czy takie badania zostały przeprowadzone.

W SP nr 1 w Nowej Soli działania edukacyjne i informacyjne nie były w pełni skuteczne, na co wskazały wyniki badania ankietowego, ale przede wszystkim wyniki przeprowadzonej kontroli przez Inspekcję Sanitarną dotyczące obciążenia tornistrów, w której przekroczenia norm wagi plecaka szkolnego stwierdzono u ponad połowy objętych badaniem uczniów, w tym ponad 16% uczniów miało plecak o wadze przekraczającej 15% masy ciała dziecka (w skrajnym przypadku było to 22,4% masy ciała dziecka).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W porównaniu do kontroli Inspekcji Sanitarnej przeprowadzonej pół roku wcześniej w tej szkole, pomimo podejmowania działań na rzecz lekkich tornistrów, odsetek uczniów z wagą plecaka szkolnego przekraczającą 10%, ale mniejszą niż 15% masy ciała, utrzymywał się na tym samym poziomie, natomiast wzrósł odsetek uczniów, których ciężar tornistrów przekraczał 15% masy ciała (o 3,5 punktu procentowego). W związku z tymi wynikami dyrektor szkoły dostrzegł konieczność zintensyfikowania działań informacyjnych i edukacyjnych wobec rodziców i uczniów.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli	Czy właściwe organy podejmują skuteczne działania na rzecz profilaktyki wad postawy dzieci i młodzieży w szkołach?
Cele szczegółowe	1. Czy problem rozwoju wad postawy uczniów jest należycie rozpoznany i monitorowany? 2. Czy warunki pobytu uczniów w szkołach są zorganizowane w sposób minimalizujący czynniki sprzyjające rozwojowi wad postawy? 3. Czy podejmowane są działania informacyjne i edukacyjne na rzecz eliminacji ryzyka rozwoju wad postawy?
Zakres podmiotowy	Kontrolę przeprowadzono w pięciu województwach: małopolskim, lubuskim, podlaskim, śląskim i zachodniopomorskim. Delegatury w Krakowie, Białymstoku, Katowicach, Szczecinie i Zielonej Górze przeprowadziły po sześć kontroli jednostkowych: dwie w wybranych urzędach miast i gmin oraz cztery w wybranych szkołach podstawowych. Przy doborze jednostek kierowano się tym, żeby kontrolą została objęta: jedna gmina miejska (duże/średnie miasto, w miarę możliwości miasto na prawach powiatu) i jedna gmina wiejska lub miejsko-wiejska oraz po dwie szkoły, dla których organem prowadzącym są te jednostki.
Kryteria kontroli	Kontrole prowadzono na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK. Działalność jednostek oceniano według kryteriów określonych w art. 5 ust. 2 ustawy o NIK, tj. legalności, gospodarności i rzetelności.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017–2019 (do czasu zakończenia czynności kontrolnych) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK	W trakcie kontroli, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, uzyskano informacje od podmiotów leczniczych, z którymi dyrektorzy szkół zawarli porozumienie na udzielanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnej w zakresie wykonanych badań bilansowych uczniów oraz liczby rozpoznanych u nich wad postawy. Ogółem wystąpiono o udzielenie informacji do 20 podmiotów.
Udział innych organów kontroli na podstawie art. 12 ustawy o NIK	W informacji wykorzystano wyniki kontroli przeprowadzonych w skontrolowanych szkołach przez Inspekcję Sanitarną (na zlecenie NIK oraz kontroli wcześniejszych) dotyczące przestrzegania obowiązku zapewnienia wyposażenia stanowisk nauki oraz obciążenia plecaków uczniów.
Badanie ankietowe	W każdej z 20 skontrolowanych szkół przeprowadzono badanie ankietowe wśród nauczycieli oraz rodziców dzieci. Zgodnie z przyjętą metodyką kontroli, badaniem należało objąć wszystkich nauczycieli (wychowawców) oraz rodziców co najmniej 100 uczniów, z tego po 30 z klas II–III i IV–VI oraz 40 z klas VII–VIII (grupa największego ryzyka). W przeprowadzonym badaniu ankietowym wzięło udział łącznie 741 nauczycieli i 1956 rodziców (640 z klas II–III, 665 z klas IV–VI oraz 651 z klas VII–VIII). Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem metody PAPI (<i>Pencil and Paper Interview</i>), tj. papierowych ankiet zawierających pytania o charakterze zamkniętym oraz półotwartym. Ankiety były przekazane przez kontrolerów do wychowawców klas, z prośbą o rozdanie ich rodi-

com za pośrednictwem uczniów. Wypełnione ankiety uczniowie zwracali w kopertach do wychowawcy, a ten przekazywał je kontrolerowi. W niektórych przypadkach rodzice wypełniali ankiety podczas zorganizowanych w trakcie kontroli spotkań z wychowawcami.

Czynności kontrolne prowadzone były od 16 września do 31 grudnia 2019 r. Wyniki kontroli przedstawiono w 30 wystąpieniach pokontrolnych, w których sformułowano ogółem 42 wnioski pokontrolne. Z informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych, według stanu na 31 marca 2020 r., wynika, że zrealizowano sześć wniosków pokontrolnych, w przypadku kolejnych 23 zostały podjęte działania w celu ich realizacji, a 13 pozostaje niezrealizowanych. Wysoki odsetek wniosków niezrealizowanych i w trakcie realizacji, wynika z konieczności podjęcia działań od nowego roku szkolnego 2020/2021; wówczas stan realizacji wniosków zostanie zweryfikowany.

Zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego złożył Burmistrz Miasta i Gminy Gryfino (Komisja Rozstrzygająca uwzględniła je w części, dokonując stosownej zmiany zakwestionowanego stanu nieprawidłowego i wniosku poprzez ich usunięcie).

Stan realizacji wniosków pokontrolnych

L.p.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Delegatura NIK w Białymstoku	Urząd Miejski w Suwałkach	Czesław Renkiewicz
2.		Szkoła Podstawowa nr 5 w Suwałkach	Adam Zdzisław Kowalski
3.		Szkoła Podstawowa nr 10 z Oddziałami Integracyjnymi w Suwałkach	Halina Walendzewicz
4.		Urząd Gminy Juchnowiec Kościelny	Krzysztof Marcinowicz
5.		Szkoła Podstawowa w Księżynie	Mirosław Adam Guzewicz
6.		Szkoła Podstawowa w Kleosinie	Marcin Hodun
7.	Delegatura NIK w Katowicach	Urząd Miejski w Będzinie	Łukasz Komoniewski
8.		Szkoła Podstawowa nr 1 w Będzinie	Ewa Maria Graca
9.		Szkoła Podstawowa nr 13 w Będzinie	Małgorzata Gajdka
10.		Urząd Gminy w Pawłowicach	Franciszek Dziendziel
11.		Szkoła Podstawowa nr 1 w Pawłowicach	Grzegorz Paszyna
12.		Szkoła Podstawowa w Pielgrzymowicach	Andrzej Pilis

Wykaz jednostek kontrolowanych⁷¹

⁷¹ W brzmieniu pisma okólnego nr 1/2019 Prezesa Najwyższej Izby Kontroli z dnia 19 lutego 2019 r. zmieniającego pismo okólnie w sprawie wzoru informacji o wynikach kontroli.

ZAŁĄCZNIKI

L.p.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
13.	Delegatura NIK w Krakowie	Urząd Miasta Tarnowa	Roman Ciepiela
14.		Szkoła Podstawowa nr 9 w Tarnowie	Jakub Patuła
15.		Szkoła Podstawowa nr 10 w Tarnowie	Maria Barczyk
16.		Urząd Miejski w Makowie Podhalańskim	Paweł Sala
17.		Zespół Szkół w Makowie Podhalańskim	Artur Piórkowski
18.		Szkoła Podstawowa w Żarnówce	Anna Bury
19.	Delegatura NIK w Szczecinie	Urząd Miejski w Koszalinie	Piotr Jedliński
20.		Szkoła Podstawowa nr 6 w Koszalinie	Marek Niesłuchowski
21.		Szkoła Podstawowa nr 9 Koszalinie	Wanda Wołontowicz
22.		Urząd Miasta i Gminy w Gryfinie	Mieczysław Sawaryn
23.		Szkoła Podstawowa w Radziszewie	Beata Wójcik
24.		Szkoła Podstawowa w Gardnie	Agnieszka Sudakow
25.	Delegatura NIK w Zielonej Górze	Urząd Miejski w Świebodzinie	Tomasz Sielicki
26.		Publiczna Szkoła Podstawowa nr 6 w Świebodzinie	Jolanta Ranoosz
27.		Publiczna Szkoła Podstawowa nr 7 w Świebodzinie	Roman Matyjaszczyk
28.		Urząd Miejski w Nowej Soli	Maciej Władysław Jankowski
29.		Szkoła Podstawowa nr 1 w Nowej Soli	Paweł Juckiewicz
30.		Szkoła Podstawowa nr 8 w Nowej Soli	Bogdan Mikulski

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych

Zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy. Zadania własne obejmują w szczególności sprawy ochrony zdrowia i kultury fizycznej (art. 7 ust. 1 pkt 5, 10).

Ustawa o samorządzie gminnym⁷²

Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu (art. 6 pkt 2 i 3). Do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy, inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami, podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy (art. 7 ust. 1).

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷³

Program polityki zdrowotnej jest to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego (art. 5 pkt 29a). Programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować jednostki samorządu terytorialnego (art. 48 ust. 1). Programy te dotyczą w szczególności ważnych zjawisk epidemiologicznych, innych istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów, wdrożenia przedsięwzięć profilaktycznych skierowanych do zdefiniowanej populacji docelowej o określonej chorobie lub o określonym problemie zdrowotnym (art. 48 ust. 3). Programy mogą być realizowane w okresie jednego roku albo wielu lat (art. 48 ust. 5). Jednostka samorządu terytorialnego opracowuje projekt programu polityki zdrowotnej na podstawie map potrzeb zdrowotnych oraz dostępnych danych epidemiologicznych (art. 48a ust. 1). Program polityki zdrowotnej powinien spełniać wymagania określone w art. 48a ust. 2, zostać opracowany według wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia⁷⁴, być przekazany do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu wydania przez Prezesa Agencji opinii w sprawie projektu programu polityki

⁷² Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2019 r. poz. 506, ze zm.).

⁷³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373, ze zm.).

⁷⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2476).

zdrowotnej⁷⁵. Rozpoczęcie wdrożenia, realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu pozytywnej albo warunkowo pozytywnej opinii Agencji (art. 48a ust. 11). Po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej jednostka samorządu terytorialnego sporządza raport końcowy z realizacji programu według wzoru określonego w rozporządzeniu (art. 48a ust. 13). Wymagania dla raportu końcowego zostały określone w art. 48a ust. 14. Raport sporządza się w terminie trzech miesięcy od dnia zakończenia realizacji programu polityki zdrowotnej i niezwłocznie przekazuje do Agencji oraz udostępnia w Biuletynie Informacji Publicznej (art. 48a ust. 15). Jednostka samorządu terytorialnego, w ramach realizacji zadań własnych, może dofinansowywać programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej inne, niż realizowane przez tę jednostkę, polegające na profilaktyce chorób (art. 48c ust. 1).

Gwarantowane świadczenia pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania zostały określone w załączniku nr 4 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej⁷⁶. W ramach testów przesiewowych należy m.in. przeprowadzić test układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa w klasie III, V szkoły podstawowej, klasa I gimnazjum⁷⁷.

Ustawa o zdrowiu publicznym⁷⁸

Zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmują m.in. monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa, edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży, promocję zdrowia, profilaktykę chorób, działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji (art. 2). Zadania w zakresie zdrowia publicznego realizują, współdziałając ze sobą, także jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia (art. 3 ust. 1).

Ustawa Prawo oświatowe⁷⁹

Organ prowadzący szkołę lub placówkę odpowiada za jej działalność. Do zadań organu prowadzącego szkołę lub placówkę należy m.in. zapewnienie warunków działania szkoły lub placówki, w tym bezpiecznych i higienicznych warunków nauki, wychowania i opieki (art. 10 pkt 1). Szkoła, realizując zadania statutowe, zapewnia uczniom możliwość korzystania m.in. z gabinetu profilaktyki zdrowotnej, zespołu urządzeń sportowych i rekreacyjnych, pomieszczeń sanitarno-higienicznych i szatni (art. 103 ust. 1 pkt 4–6). Nadzorowi organu prowadzącego szkołę podlega m.in. przestrzeganie obowiązujących przepisów dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy uczniów (art. 57 ust. 2 pkt 2).

⁷⁵ Artykuł 48a prezentowany jest w brzmieniu obowiązującym od 30 listopada 2017 r.

⁷⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 736, ze zm.).

⁷⁷ Rozporządzenie nie zostało dostosowane do zmian w systemie oświaty. Testy przesiewowe odnoszą się do wieku albo etapu edukacji. Testem powinni więc być objęci uczniowie klasy VII szkoły podstawowej.

⁷⁸ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 2365).

⁷⁹ Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2019 r. poz. 1148, ze zm.).

Szkoły realizują program wychowawczo-profilaktyczny obejmujący treści i działania o charakterze profilaktycznym dostosowane do potrzeb rozwojowych uczniów, przygotowane w oparciu o przeprowadzoną diagnozę potrzeb i problemów występujących w danej społeczności szkolnej, skierowane do uczniów, nauczycieli i rodziców (art. 26 ust. 1 pkt 2).

Szkoły są obowiązane do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego (art. 28 ust. 2). Dopuszczalne formy realizacji obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego zostały określone w rozporządzeniu w sprawie dopuszczalnych form realizacji obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego⁸⁰.

Dyrektor szkoły lub placówki stwarza warunki harmonijnego rozwoju psychofizycznego poprzez aktywne działania prozdrowotne, współpracuje z pielęgniarką albo higienistką szkolną i lekarzem, sprawującymi profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą (art. 68 ust. 1 pkt 3, 11).

Opieka zdrowotna nad uczniami jest realizowana w szkole i obejmuje profilaktyczną opiekę zdrowotną, promocję zdrowia oraz opiekę stomatologiczną (art. 2 ust. 1). Opieka zdrowotna nad uczniami ma na celu ochronę zdrowia uczniów, kształtowanie u uczniów postaw prozdrowotnych oraz odpowiedzialności za własne zdrowie (art. 2 ust. 4). Cele te realizowane są m.in. przez działania na rzecz zachowania zdrowia oraz zapobiegania powstawaniu lub rozwojowi chorób, wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych i czynników ryzyka, edukację zdrowotną i promocję zdrowia, w tym aktywności fizycznej i sportu oraz prawidłowego żywienia (art. 2 ust. 5 pkt 1–3). Profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w szkole sprawują pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna (art. 3 ust. 1). Opieka zdrowotna nad uczniami jest sprawowana we współpracy z rodzicami (art. 3 ust. 4). Podmiotami zapewniającymi warunki organizacyjne opieki zdrowotnej nad uczniami są dyrektor szkoły i organ prowadzący szkołę (art. 4). Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w gabinecie profilaktyki zdrowotnej zlokalizowanym w szkole, a w przypadku braku gabinetu profilaktyki zdrowotnej w szkole, w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 6 ust. 1). Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna integrują opiekę zdrowotną nad uczniami w celu wsparcia rodziców oraz pełnoletnich uczniów w realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych (art. 8 ust. 2). Dyrektor szkoły w celu zapewnienia warunków organizacyjnych opieki zdrowotnej nad uczniami współpracuje z podmiotami sprawującymi opiekę zdrowotną nad uczniami oraz rodzicami w przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych lub higienicznych, w oparciu o procedury organizacyjne postępowania (art. 11). Organ prowadzący szkołę zapewnia uczniom możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej (art. 12 ust. 1 pkt 1). Organ prowadzący szkołę

Ustawa o opiece
zdrowotnej nad
uczniami⁸¹

⁸⁰ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 29 czerwca 2017 r. w sprawie dopuszczalnych form realizacji obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego (Dz. U. poz. 1322).

⁸¹ Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. poz. 1078). Ustawa weszła w życie z dniem 12 września 2019 r.

na podstawie umowy nieodpłatnie udostępnia pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolnej gabinet profilaktyki zdrowotnej w szkole (art. 12 ust. 2). Integrację działań osób sprawujących opiekę zdrowotną nad uczniami zapewnia pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna (art. 13). Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna współpracuje z dyrektorem szkoły, nauczycielami i pedagogiem szkolnym (art. 18 ust. 1). Współpraca polega na podejmowaniu wspólnych działań dotyczących edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych oraz rozpoznanych czynników ryzyka dla zdrowia uczniów danej szkoły (art. 18 ust. 2). W ramach współpracy pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna doradza dyrektorowi szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole (art. 18 ust. 3).

Rozporządzenie
w sprawie organizacji
profilaktycznej opieki
zdrowotnej nad dziećmi
i młodzieżą⁸²

Profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem sprawują: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej sprawujący opiekę zdrowotną nad uczniem na podstawie deklaracji wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarka, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, lub odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, lub odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, lub ma tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, albo higienistka szkolna (§ 3 ust. 1 i 3). Pielęgniarka, higienistka szkolna albo położna sprawują profilaktyczną opiekę nad uczniami w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej (§ 8 ust. 1). Pielęgniarka, higienistka szkolna albo położna współpracują z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, opiekunami prawnymi lub faktycznymi ucznia, dyrektorem szkoły, radą pedagogiczną, organizacjami i instytucjami działającymi na rzecz dzieci i młodzieży (§ 6 pkt 1, 4–7). Lekarz sprawuje profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Lekarz współpracuje z pielęgniarką, higienistką szkolną albo położną, opiekunami prawnymi lub faktycznymi ucznia, dyrektorem szkoły, organizacjami i instytucjami działającymi na rzecz dzieci i młodzieży (§ 4 pkt 3–6).

⁸² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133). Przepis, na podstawie którego wydano rozporządzenie, został uchylony z dniem 12 września 2019 r.

Dyrektor zapewnia bezpieczne i higieniczne warunki pobytu w szkole (§ 2). Dyrektor zapewnia uczniom w szkole lub placówce miejsce na pozostawienie podręczników i przyborów szkolnych (§ 4a)⁸⁴. Sprzęty, z których korzystają osoby pozostające pod opieką szkoły lub placówki, dostosowuje się do wymagań ergonomii (§ 9 ust. 2). Szkoły i placówki nabywają wyposażenie z odpowiednimi atestami lub certyfikatami (§ 9 ust. 3). Stanowiska pracy dostosowuje się do warunków antropometrycznych uczniów (§ 24 ust. 1). Stopień trudności i intensywności ćwiczeń dostosowuje się do aktualnej sprawności fizycznej i wydolności ćwiczących (§ 31 ust. 1).

**Rozporządzenie
w sprawie
bezpieczeństwa
i higieny w publicznych
i niepublicznych szkołach
i placówkach⁸³**

⁸³ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz. U. z 2003 r. Nr 6, poz. 69, ze zm.).

⁸⁴ W brzmieniu obowiązującym od 29 listopada 2018 r. Poprzednie brzmienie tego przepisu: W pomieszczeniach szkoły lub placówki zapewnia się uczniom możliwość pozostawienia części podręczników i przyborów szkolnych.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. *o samorządzie gminnym* (Dz. U. z 2019 r. poz. 506, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. *o zdrowiu publicznym* (Dz. U. z 2019 r. poz. 2365).
4. Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. *Prawo oświatowe* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1148, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. *o opiece zdrowotnej nad uczniami* (Dz. U. poz. 1078).
6. Ustawa z dnia 15 września 2017 r. *o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. poz. 1774).
7. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. *o finansach publicznych* (Dz. U. z 2019 r. poz. 869, ze zm.).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. *w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej* (Dz. U. poz. 2476).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. *w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą* (Dz. U. Nr 139, poz. 1133).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2019 r. poz. 736, ze zm.).
11. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. *w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach* (Dz. U. z 2003 r. Nr 6 poz. 69, ze zm.).
12. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 29 czerwca 2017 r. *w sprawie dopuszczalnych form realizacji obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego* (Dz. U. poz. 1322).
13. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. *w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej* (Dz. U. poz. 356, ze zm.).
14. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 marca 2017 r. *w sprawie szczegółowej organizacji publicznych szkół i publicznych przedszkoli* (Dz. U. poz. 649, ze zm.).

ZAŁĄCZNIKI

15. Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 25 sierpnia 2017 r. w sprawie nadzoru pedagogicznego (Dz. U. poz. 1658, ze zm.).
16. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 sierpnia 2017 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. poz. 1534).

6.4. Wyniki badania ankietowego dotyczącego wad postawy uczniów

W każdej z 20 kontrolowanych szkół przeprowadzono badanie ankietowe, w którym udział wzięło 741 nauczycieli i 1956 rodziców uczniów (640 z klas II–III, 665 z klas IV–VI oraz 651 z klas VII–VIII).

A. Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród nauczycieli

Pytanie	Odpowiedź	Liczba	Procent
1. Jak ocenia Pani/Pan swój poziom wiedzy na temat wad postawy ciała? (udzielono 740 odpowiedzi)	dobrze	452	61,1
	średnio	278	37,6
	źle	10	1,3
2. Czy Pani/Pana zdaniem problem wad postawy dzieci w wieku szkolnym stanowi poważny problem? (udzielono 739 odpowiedzi)	zdecydowanie tak	337	45,6
	raczej tak	339	45,9
	trudno powiedzieć	58	7,8
	raczej nie	5	0,7
	zdecydowanie nie	0	-
3. Czy ma Pani/Pan wiedzę o schorzeniach i wadach postawy swoich uczniów? (udzielono 737 odpowiedzi)	tak	466	63,2
	nie	271	36,8
4. Czy problemy wad postawy ciała uczniów były przekazywane rodzicom? (była możliwość zakreślenia więcej niż jednej odpowiedzi, 738 respondentów udzieliło łącznie 866 odpowiedzi)	tak, na zebraniach klasowych	239	32,4
	tak, w toku indywidualnych rozmów z rodzicami	409	55,4
	tak, w innej formie	63	8,5
	nie, nie były przekazywane	92	12,5
	nie było takiej potrzeby	60	8,1
5. Czy Pani/Pana zdaniem rodzice wspierają szkołę w prowadzeniu profilaktyki wad postawy ciała uczniów? (udzielono 739 odpowiedzi)	zdecydowanie tak	52	7,0
	raczej tak	251	34,0
	trudno powiedzieć	273	36,9
	raczej nie	132	17,9
	zdecydowanie nie	31	4,2

Pytanie	Odpowiedź	Liczba	Procent
6. Jakie Pani/Pana zdaniem są największe trudności w prowadzeniu profilaktyki wad postawy ciała uczniów? (była możliwość zakreślenia więcej niż jednej odpowiedzi, 738 respondentów udzieliło łącznie 1831 odpowiedzi)	brak odpowiedniego wyposażenia w klasach (np. meble dostosowane do wzrostu uczniów, szafki)	153	20,7
	niepoprawne nawyki wyniesione z domu	614	83,2
	za duża waga tornistrów/plecaków szkolnych	360	48,8
	nieobecność lub mała frekwencja na zajęciach wychowania fizycznego	175	23,7
	brak lub mała aktywność fizyczna po zajęciach szkolnych	480	65,0
	inne	49	6,6
7. W jakich formach w szkole dzieci zapoznawane są z czynnikami wpływającymi na wady postawy ciała? (była możliwość zakreślenia więcej niż jednej odpowiedzi, 737 respondentów udzieliło łącznie 907 odpowiedzi)	zajęcia dydaktyczne w szkole	692	93,9
	zajęcia dydaktyczne poza terenem szkoły	137	18,6
	inne	74	10,0
8. Które z powyższych form profilaktyki wad postawy ciała uważa Pani/Pan za najskuteczniejsze? (była możliwość zakreślenia więcej niż jednej odpowiedzi, 739 respondentów udzieliło łącznie 1344 odpowiedzi)	zajęcia dydaktyczne w szkole	524	70,9
	zajęcia dydaktyczne poza terenem szkoły	235	31,8
	udział w zajęciach w ramach specjalnych programów	502	67,9
	inne	83	11,2
9. Czy jest Pani/Pan zadowolona/y z profilaktyki wad postawy ciała realizowanej w szkole? (udzielono 739 odpowiedzi)	zdecydowanie tak	131	17,7
	raczej tak	344	46,6
	trudno powiedzieć	206	27,9
	raczej nie	49	6,6
	zdecydowanie nie	9	1,2

* W pytaniach wielokrotnego wyboru odsetki nie podlegają sumowaniu.

B. Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród rodziców uczniów

Pytanie	Odpowiedź	Liczba	Procent
1. Czy u Pani/Pana dziecka uczącego się w tej szkole stwierdzono jakąś wadę postawy ciała? (udzielono 1953 odpowiedzi)	tak	426	21,8
	nie	1356	69,4
	trudno powiedzieć	171	8,8
2. Czy Pani/Pana dziecko jest objęte leczeniem jakiejś wady postawy ciała? (udzielono 1953 odpowiedzi)	tak	271	13,9
	nie	1682	86,1
3. Czy Pani/Pana dziecko było badane w szkole pod kątem wady postawy? (udzielono 1948 odpowiedzi)	tak	743	38,1
	nie	723	37,1
	nie wiem	482	24,7
4. Czy proponowano Pani/Panu w szkole odpłatne diagnozowanie u dziecka ewentualnych wad postawy ciała? (udzielono 1949 odpowiedzi)	tak	254	13,0
	nie	1518	77,9
	nie wiem	177	9,1
5. Czy otrzymała/ł Pani/Pan ze szkoły informację o wynikach badań przesiewowych dziecka? (udzielono 1931 odpowiedzi)	tak	491	25,4
	nie	1440	74,6
5. W jaki sposób Pani/Pana dziecko przebywa drogę do szkoły? (była możliwość zakreślenia więcej niż jednej odpowiedzi, 1952 respondentów udzieliło łącznie 2373 odpowiedzi)	komunikacja publiczną	389	19,9
	pieszo	1095	56,1
	rowerem	214	11,0
	hulajnogą	63	3,2
	w inny sposób	612	31,4
6. Czy Pani/Pana zdaniem wyposażenie szkolne, z którego korzysta dziecko jest dostosowane do jego wzrostu i zapobiega powstawaniu wad postawy ciała? (udzielono 1951 odpowiedzi)	zdecydowanie tak	167	8,6
	raczej tak	920	47,2
	trudno powiedzieć	541	27,7
	raczej nie	195	10,0
	zdecydowanie nie	128	6,6
7. W jakim zakresie Pani/Pana dziecko korzysta z szafek szkolnych? (była możliwość zakreślenia więcej niż jednej odpowiedzi, 1940 respondentów udzieliło łącznie 2381 odpowiedzi)	pozostawia tam ubrania i obuwie na zmianę	1306	66,8
	przechowuje tam podręczniki, ćwiczenia i zeszyty	687	35,1
	inne	388	19,8

Pytanie	Odpowiedź	Liczba	Procent
8. Czy tornister/plecak szkolny Pani/Pana dziecka, z którym chodzi do szkoły jest zbyt ciężki? (udzielono 1952 odpowiedzi)	zdecydowanie tak	1020	52,3
	raczej tak	524	26,8
	trudno powiedzieć	138	7,1
	raczej nie	251	12,9
	zdecydowanie nie	19	1,0
9. Jakie Pani/Pana zdaniem są przyczyny zbyt dużego ciężaru tornistra/plecaka szkolnego dziecka? (udzielono 1889 odpowiedzi)	brak możliwości pozostawienia zbędnych podręczników, ćwiczeń i zeszytów w szkole	781	41,3
	nieprzywiązywanie przez dziecko uwagi do tego co ma w tornistrze/plecaku	531	28,1
	inne	577	30,6
10. Czy Pani/Pana dziecko często korzysta ze zwolnień z zajęć wychowania fizycznego? (udzielono 1948 odpowiedzi)	zdecydowanie tak	42	2,2
	raczej tak	61	3,1
	trudno powiedzieć	32	1,6
	raczej nie	586	30,1
	zdecydowanie nie	1227	63,0
11. Jakie Pani/Pana zdaniem są przyczyny opuszczania przez dziecko zajęć wychowania fizycznego? (była możliwość zakreślenia więcej niż jednej odpowiedzi, 1865 respondentów udzieliło łącznie 1956 odpowiedzi)	choroba/niedyspozycja zdrowotna	1504	80,6
	nieatrakcyjna forma zajęć	113	6,1
	brak odpowiednich pomieszczeń bądź sprzętu do ćwiczeń	62	3,3
	brak możliwości skorzystania z prysznicy po zajęciach	63	3,4
	inne	214	11,5
12. Czy Pani/Pana dziecko korzysta z dodatkowych zajęć gimnastyki korekcyjnej? (udzielono 1943 odpowiedzi)	tak	186	9,6
	nie	1757	90,4
13. Czy Pani/Pana dziecko spędza aktywnie wolny czas poza szkołą? (udzielono 1942 odpowiedzi)	zdecydowanie tak	703	36,2
	raczej tak	910	46,9
	trudno powiedzieć	115	5,9
	raczej nie	189	9,7
	zdecydowanie nie	25	1,3

ZAŁĄCZNIKI

Pytanie	Odpowiedź	Liczba	Procent
14. W jaki sposób Pani/Pana dziecko spędza aktywnie czas wolny poza szkołą? (była możliwość zakreślenia więcej niż jednej odpowiedzi, 1944 respondentów udzieliło łącznie 3361 odpowiedzi)	pływanie	615	31,6
	spacer	1132	58,2
	zajęcia taneczne	291	15,0
	zajęcia sportowe/ gimnastyczne	703	36,2
	inne	620	31,9
15. Skąd czerpie Pani/Pan wiedzę na temat wad postawy ciała? (była możliwość zakreślenia więcej niż jednej odpowiedzi, 1948 respondentów udzieliło łącznie 3468 odpowiedzi)	ze szkoły/od wychowawcy	341	17,5
	z internetu	902	46,3
	z telewizji	448	23,0
	od lekarza rodzinnego	1147	58,9
	od lekarza specjalisty	483	24,8
	inne	87	4,5
	do tej pory nie interesowałam/ interesowałam się wadami postawy	60	3,1
16. Czy w Pani/Pana opinii podejmowana w szkole profilaktyka wad postawy ciała uczniów jest wystarczająca? (udzielono 1942 odpowiedzi)	zdecydowanie tak	68	3,5
	raczej tak	418	21,5
	trudno powiedzieć	784	40,4
	raczej nie	412	21,2
	zdecydowanie nie	260	13,4
17. Czy Pani/Pana dziecko uczestniczy w pozalekcyjnych zajęciach związanych z aktywnością fizyczną? (udzielono 1944 odpowiedzi)	tak	1118	57,5
	nie	826	42,5
18. Czy zwracała/ł Pani/Pan dziecku uwagę na konsekwencje niewłaściwych zachowań prowadzących do powstania wad postawy ciała? (udzielono 1947 odpowiedzi)	praktycznie codziennie	606	31,1
	czasami	529	27,2
	tylko w sytuacji zaobserwowania u dziecka zachowań, które mogą powodować wady postawy ciała	730	37,5
	rzadko	71	3,6
	pozostawiam kwestię edukacji zdrowotnej szkole	11	0,6

* W pytaniach wielokrotnego wyboru odsetki nie podlegają sumowaniu.

6.5. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Rzecznik Praw Dziecka
8. Minister Edukacji Narodowej
9. Minister Zdrowia
10. Główny Inspektor Sanitarny
11. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
12. Sejmowa Komisja Edukacji, Nauki i Młodzieży
13. Sejmowa Komisja Kultury Fizycznej, Sportu i Turystyki
14. Sejmowa Komisja Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej
15. Sejmowa Komisja Zdrowia
16. Senacka Komisja Nauki, Edukacji i Sportu
17. Senacka Komisja Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej
18. Senacka Komisja Zdrowia
19. Marszałkowie województw
20. Kuratorzy oświaty we wszystkich województwach
21. Związek Harcerstwa Polskiego
22. Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej
23. Prezydenci/burmistrzowie/wójtowie – wersja elektroniczna
24. Kierownicy kontrolowanych jednostek – wersja elektroniczna