



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 319/2017 z dnia 20 listopada 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
wad postawy i schorzeń narządu ruchu wśród uczniów klas I
szczecińskich szkół podstawowych”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki wad postawy i schorzeń narządu ruchu wśród uczniów klas I szczecińskich szkół podstawowych” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu polityki zdrowotnej zakłada wykonanie badań przesiewowych w kierunku wad postawy w populacji dzieci w wieku 6-7 lat oraz przeprowadzenie zajęć korekcyjnych. Przeprowadzenie kompleksowych działań z zakresu wykrywania wad postawy może stanowić wartość dodana do obecnie funkcjonujących świadczeń. Niemniej jednak warto uwzględnić zamieszczone poniżej uwagi.

Cele programowe wymagają przeformułowania, tak aby nie stanowiły możliwości do podjęcia działań. W przypadku modyfikacji celów, należy zweryfikować opracowane mierniki efektywności.

Populacja docelowa w projekcie została dobrana poprawnie pod względem wieku. Należy mieć jednak na uwadze, że w tej grupie dzieci wykrywanie wad postawy jest świadczeniem gwarantowanym, tak więc należy zaplanować działania mające na celu przeciwdziałanie podwójnemu finansowaniu tych samych świadczeń.

Zasadne jest zatem włączanie do części terapeutycznej do programu dzieci, ze zdiagnozowaną, ale nie leczoną wadą postawy oraz wykluczenie z udziału dzieci, korzystających już ze świadczeń rehabilitacyjnych.

W zakresie zaplanowanych interwencji należy mieć na uwadze, że rekomendacje, które pozytywnie odnoszą się do tego zagadnienia wskazują jako metody diagnostyczne test, które zaplanowano w projekcie. Niemniej jednak w zakresie zaplanowanych działań konieczne jest dokładne opisanie działań edukacyjnych. W ramach edukacji warto podkreślać istotną rolę aktywności fizycznej w prawidłowym rozwoju dziecka.

Warto także rozważyć przeprowadzenie szkoleń personelu medycznego, zaangażowanego w realizację programu z poprawnego wykonywania badań diagnostycznych oraz interpretacji wyników badań.

Monitorowanie i ewaluacja nie budzi zastrzeżeń.

Budżet nie budzi zastrzeżeń

Przedmiot opinii



Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 600 000 zł, zaś okres realizacji to lata 2017-2020.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu odnosi się do wad postawy wśród dzieci w wieku szkolnym i wpisuje się w następujące priorytety: „zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia” oraz „zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego”, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

W projekcie programu odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej przedstawiając dane europejskie (raport Health Behaviour in Schoolaged Children, 2012), w treści projektu odniesiono się także do danych krajowych oraz sytuacji lokalnej – wskazując wyniki programów realizowanych wcześniej na terenie miasta Szczecin (m.in. profilaktyka i korekcja wad postawy u uczniów klas IV-VI szkół podstawowych, działania z zakresu profilaktyki wad kończyn dolnych i kręgosłupa).

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych, w 2014 roku, w województwie zachodniopomorskim odnotowano 83 hospitalizacje z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako choroby kręgosłupa, co stanowiło 0,46% wszystkich hospitalizacji z powodu przeanalizowanych rozpoznań. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 27,69 i była to 7. najniższa wartość wśród województw.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „identyfikacja dzieci zagrożonych wadami postawy i schorzeniami narządu ruchu oraz podjęcie działań terapeutycznych i edukacyjnych w zakresie programu”. Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Główne założenie wymaga korekty, gdyż zostało przedstawione w postaci działania, a nie celu samego w sobie. Projekt programu zawiera również 9 celów szczegółowych, uzupełniających cel główny. Cele programowe powinny być tworzone zgodnie z zasadą SMART, zgodnie z którą cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i określony w czasie.

W treści projektu poprawnie przedstawiono mierniki efektywności, które są spójne z postawionymi w projekcie celami.

Populacja docelowa

Populację docelową ocenianego programu stanowią uczniowie klas I uczęszczających do szczecińskich szkół podstawowych, a także ich rodziców/opiekunów prawnych, pielęgniarki szkolne oraz nauczyciele. Zaznaczono, że w trakcie 3 lat realizacji programu planowanymi interwencjami objętych zostanie ok. 8 649 uczniów (powołując się na dane Wydziału Oświaty).

Zgodnie z danymi GUS, liczba dzieci będących w klasach I szkół podstawowych w czasie realizacji programu (urodzonych w latach 2010-2012) wyniesie 10 471. Mając na uwadze dane zamieszczone w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miasta Szczecin liczba ta wynosi natomiast 9 653. Warto zatem wyjaśnić ww. niespójności.

W projekcie odniesiono się do kryteriów włączenia do udziału w programie. Zasadne jest zatem włączanie do części terapeutycznej dzieci, ze zdiagnozowaną, ale nie leczoną wadą postawy oraz wykluczenie z udziału dzieci, korzystających już ze świadczeń rehabilitacyjnych. W odniesieniu do populacji do której mają być skierowane działania informacyjne, w projekcie nie oszacowano liczebności tej grupy, co należy uzupełnić.

Interwencja

W ramach realizacji programu przewidziano wdrożenie następujących działań:

- Ocena postawy ciała (prowadzona przez ortopedę lub fizjoterapeutę), oparta na teście zgięciowym Adamsa, ocenie kąta rotacji tułowia oraz ocenie fotogrametrycznej Moire'a;
- Zajęcia korekcyjne
- Wizyty kontrolne
- Spotkania informacyjne z rodzicami/opiekunami prawnymi, pielęgniarkami szkolnymi oraz nauczycielami

Warto podkreślić, że odnalezione wytyczne nie są zgodne co do zasadności prowadzenia przesiewu w kierunku wad postawy. Zgodnie z wytycznymi U.S. Preventive Services Task Force 2014 (USPSTF) skryning w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wśród młodzieży bez objawów choroby nie jest rekomendowany. USPSTF nie znalazło dobrych dowodów popierających tezę, że skryning młodzieży bez objawów choroby wykrywa skoliozę idiopatyczną na wcześniejszym stadium niż metody wykrywania choroby nieuwzględniające prowadzenia skryningu. Rekomendacje negatywne odnośnie prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wydało również UK National Screening Committee (UK NSC 2016).

Stanowisko przeciwne do rekomendacji przedstawionej powyżej prezentują: American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Research Society (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatrics (AAP). Choć AAOS, SRS, POSNA i AAP zgadzają się, że poparcie dla badań przesiewowych ma w omawianym przypadku ograniczenia, w swoim stanowisku twierdzą, że potencjalne korzyści dla pacjentów ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią ich deformacji, mogą być znaczące. AAOS, SRS, POSNA i AAP w swoim wspólnym stanowisku (2015 r.) dochodzą do konkluzji, że jeżeli skryning w kierunku wykrycia skoliozy jest przeprowadzany, dziewczęta powinny być poddane badaniom dwukrotnie – w wieku 10 i 12 lat, natomiast chłopcy jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat.

Zaplanowanie w projekcie badania diagnostyczne (test zgięciowy Adamsa, ocenie kąta rotacji tułowia, ocena fotogrametrycznej Moire'a) znajdują swoje odzwierciedlenie w pozytywnych rekomendacjach klinicznych. Warto także zaznaczyć, że kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad postawy, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia, znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Powinna być ona przeprowadzana u dzieci w ramach testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne m.in. w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w I klasie szkoły podstawowej), w III i V klasie szkoły podstawowej oraz w I klasie gimnazjum. Świadczenia realizowane w ramach przedmiotowego programu mają objąć dzieci i młodzież w wieku 6-7 roku życia, a więc roczniki, w których świadczenia te są realizowane. Istnieje zatem ryzyko podwójnego finansowania danych świadczeń.

W projekcie wskazano, że po wykonaniu oceny występowania wad postawy dzieci kierowane będą do 3 grup: dzieci nie wymagających dalszych interwencji, kierowanych do edukacji zdrowotnej, dzieci wymagających zajęć korekcyjnych oraz dzieci, którym przekazywane będą zalecenia do dalszego postępowania w ramach poradni specjalistycznej. Warto wskazać, że w projekcie nie wskazano wartości progowych, na podstawie których dany uczeń kierowany będzie do jednej z trzech wyróżnionych grup. Mając na uwadze ww. nieścisłości, zasadnym jest uszczegółowienie kwestii związanych z kwalifikacją do dalszych etapów programu.

W zakresie planowanych zajęć korekcyjnych w projekcie wskazano szczegóły ich dotyczące, w tym czas trwania, częstotliwość oraz liczebności grup ćwiczeniowych.

Należy podkreślić, że treść projektu w sposób niejasny odnosi się do kwestii planowanych działań edukacyjnych. W zadaniach, które ma realizować niniejszy projekt programu, odniesiono się do edukacji dzieci oraz ich rodziców/opiekunów prawnych. Natomiast harmonogram realizacji programu wskazuje natomiast, że spotkania informacyjne będą skierowane do rodziców/opiekunów prawnych, pielęgniarek szkolnych oraz nauczycieli. Należy zatem sprecyzować do kogo skierowane zostaną planowane działania o charakterze edukacyjnym. Uzupełnienia wymaga także poruszany zakres tematyczny.

Warto także w ramach programu zaplanować szkolenia personelu medycznego (szczególnie higienistek i pielęgniarek szkolnych) z zakresu wykonywania badań przesiewowych. Działanie takie może przyczynić się do podniesienia jakości wykonywanych badań w ramach szkolnych bilansów, również po zakończeniu programu.

Wytyczne kliniczne (AAOS, SRS, POSNA i AAP (2015)) podkreślają, że aby program profilaktyczny był skuteczny, musi być prowadzony przez dobrze wyszkolony personel, który odpowiednio przeprowadzi test Adamsa oraz wykona pomiary skoliometrem, co umożliwi poprawne zidentyfikowanie osób z młodzieńczą skoliozą idiopatyczną.

Monitorowanie i ewaluacja

W ramach monitorowania uwzględniono zarówno ocenę zgłaszalności i jakości udzielanych świadczeń. Zasadnym wydaje się, aby ocena zgłaszalności obejmowała także dokładną liczbę uczestników poszczególnych działań zaplanowanych w ramach programu, z uwzględnieniem wieku dzieci oraz rodzaju schorzenia, z którym się borykają. Warto także ocenić przyczyny rezygnacji uczestników z programu.

Ocena efektywności programu zawiera odpowiednio dobrane wskaźniki. Należy mieć na uwadze, że ewaluacja stanowi źródło danych o wpływie prowadzonych działań na zdrowie populacji i powinna być oceną długoterminową wykraczającą znacznie poza okres trwania programu. Ważne jest także późniejsze monitorowanie zdrowia uczestników po skierowaniu ich do dalszego leczenia w ramach NFZ.

Warunki realizacji

Realizatorem programu będzie podmiot wyłoniony w ramach otwartego konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Określono także warunki jakie powinien spełnić realizator programu. W projekcie opisano poszczególne etapy postępowania, wskazano sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji danych świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu.

Koszt całkowity realizacji programu został oszacowany na 600 000 zł. W projekcie określono także koszty jednostkowe poszczególnych działań, które nie budzą zastrzeżeń.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Do najczęstszych wad postawy należą: plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy wklęsło-okrągłe, plecy płaskie, boczne skrzywienia kręgosłupa – skoliozy, wady statyczne kończyn dolnych.

Plecy okrągłe to nadmierne wygięcie kręgosłupa ku tyłowi. Charakteryzują się osłabieniem mięśni, wysunięciem do przodu głowy i barków, przykurczem mięśni klatki piersiowej, upośledzeniem funkcji oddechowej klatki piersiowej.

Plecy wklęsłe to pogłębienie lordozy lędźwiowej, co często jest uwarunkowane wiekiem, ustawieniem miednicy, napięciem i długością mięśni stabilizujących stawy biodrowe.

Plecy wklęsło-okrągłe charakteryzują się zwiększoną lordozą lędźwiową i kifozą piersiową, co prowadzi do pochylecia głowy ku przodowi, spłaszczenia klatki piersiowej, rozciągnięcia prostownika grzbietu odcinka piersiowego oraz jego skrócenia w odcinku lędźwiowym, przykurczy

mięśni obręczy barkowej i klatki piersiowej, przesunięcia narządów jamy brzusznej ku przodowi i pod ich naporem rozciągnięcia mięśni brzucha.

Plecy płaskie charakteryzują się spłaszczeniem lub brakiem fizjologicznych wygięć kręgosłupa, co powoduje osłabienie funkcji amortyzacyjnej kręgosłupa, przeciążenia prowadzące do zmian zwyrodnieniowych, upośledzenie pojemności i ruchomości klatki piersiowej, większą skłonność do powstawania bocznych skrzywień kręgosłupa.

Skolioza idiopatyczna jest typem skoliozy strukturalnej (skolioza utrwalona), której cechami charakterystycznymi są: deformacja kręgosłupa w trzech płaszczyznach (czołowej, strzałkowej i poprzecznej), kąt skrzywienia mierzony sposobem Cobb'a na zdjęciu RTG wykonanym w pozycji stojącej w projekcji przednio-tylnej wynosi co najmniej 10°, powstaje w wieku rozwojowym, ma tendencję do pogłębiania się w okresach szybkiego wzrostu kręgosłupa, zaś progresja dotyczy głównie dziewcząt.

Alternatywne świadczenia

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdują się na wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne w środowisku nauczania i wychowania oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych, i powinny być rutynowo wykonywane u dzieci w wieku 6 albo 7 lat, 10 lat, 12 lat, 13 lat i 16 lat (Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – Dz.U z 2013 r. poz. 1248).

W ramach świadczeń gwarantowanych dostępne są także świadczenia rehabilitacyjne.

Ocena technologii medycznej

Podkreślić należy brak dobrych metodologicznie badań poświadczających efektywność skryningu. Odnalezione dane wskazują, że wartość predykcyjna wyniku dodatkiego standardowego badania przesiewowego jest wyjątkowo niska (5%), co oznacza, że 95% dzieci jest niepotrzebnie kierowanych w wyniku przesiewu na dalszą diagnostykę.

Zgodnie z wytycznymi U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF; stanowisko wydane w roku 2004, podtrzymane w latach 2009 oraz 2014) skryning w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wśród młodzieży bez objawów choroby nie jest rekomendowany. USPSTF nie znalazło dobrych dowodów popierających tezę, że skryning młodzieży bez objawów choroby wykrywa skoliozę idiopatyczną na wcześniejszym stadium niż metody wykrywania choroby nieuwzględniające prowadzenia skryningu. Precyzja najbardziej popularnego testu (testu Adamsa z użyciem lub bez użycia skoliometru) służącego wykryciu młodzieży ze skoliozą idiopatyczną, charakteryzuje się natomiast zmiennością, istnieją też dowody mówiące o niedostatecznej obserwacji młodzieży ze skoliozą idiopatyczną wykrytej przez populacyjne programy przesiewowe.

USPSTF znalazło dowody mówiące, że terapia skoliozy idiopatycznej podczas lat młodzieńczych prowadzi do korzyści zdrowotnych (zmniejszenie bólu, dysfunkcji) jedynie w przypadku małego odsetka osób. Większość przypadków wykrytych poprzez przeprowadzone testy przesiewowe nie rozwiną się do klinicznie istotnej formy skoliozy. Przypadki skoliozy wymagające agresywnej terapii, takiej jak operacja, prawdopodobnie zostaną wykryte bez konieczności przeprowadzenia skryningu.

Rekomendacje negatywne odnośnie prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wydało również UK National Screening Committee. Głównymi powodami prezentowanego przez UK NSC stanowiska jest brak wspólnego konsensusu odnośnie zgody lekarzy na zasadność dalszej terapii po przeprowadzeniu testu Adamsa (w wyniku powyższego część dzieci zostanie skierowana na dalsze badania, w momencie gdy nie wpłyną one na poprawę ich funkcjonowania, część natomiast nie zostanie skierowana na dalsze testy oraz terapię, która mogłaby okazać się dla nich korzystna). Kolejnym badaniem diagnostycznym w kierunku wykrycia skolioz jest badanie z wykorzystaniem promieniowania X, ekspozycja na wskazane promieniowanie może być natomiast szkodliwa. Niejasne jest również czy leczenie osób wykrytych podczas prowadzenia badań przesiewowych jest lepsze od oczekiwania na rozwinięcie symptomów.

Stanowisko przeciwne do rekomendacji przedstawionych powyżej prezentują Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Research Society (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatrics. Choć zgadzają się, że poparcie dla badań przesiewowych ma w omawianym przypadku ograniczenia, w swoim stanowisku twierdzą, że potencjalne korzyści dla pacjentów ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią ich deformacji, mogą być znaczące. Wytyczne te w swoim wspólnym stanowisku dochodzą do konkluzji, że jeżeli skryning w kierunku wykrycia skoliozy jest przeprowadzany, dziewczęta powinny być poddane badaniom dwukrotnie – w wieku 10 i 12 lat, natomiast chłopcy jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat. Powyżej sformułowane zalecenie poparte jest faktem, iż dziewczęta osiągają dojrzałość płciową ok. 2 lat wcześniej niż chłopcy oraz 3-4 razy częściej cierpią na skoliozę wymagającą leczenia. Rekomendacje podkreślają, że aby program profilaktyczny był skuteczny, musi być prowadzony przez dobrze wyszkolony personel, który odpowiednio przeprowadzi test Adamsa oraz wykona pomiary skoliometrem, co umożliwi poprawne zidentyfikowanie osób z młodzieńczą skoliozą idiopatyczną.

Istotne jest z punktu widzenia zasadności finansowania udzielanych aktualnie świadczeń gwarantowanych, aby badania przesiewowe nie powiełały świadczeń już finansowanych, a stanowiły ich uzupełnienie. Dodatkową wartością samorządowych programów zdrowotnych jest organizowanie dalszej diagnostyki lub ćwiczeń korekcyjnych i rehabilitacji, która może być udzielana w miejscach łatwo dostępnych dla uczestników oraz w dogodnym dla nich czasie.

Kolejnym ważnym elementem jest edukacja zdrowotna mająca na celu uświadomienie dzieciom i rodzicom znaczenia czynników sprzyjających wadom postawy oraz budowania i wzmacniania znaczenia zachowania prawidłowej postawy. Istotne jest też nieprzeciążanie dziecięcych plecaków i tornistrów oraz zachęcanie dzieci do większej aktywności fizycznej dzieci.

Warto także podkreślić istotną rolę społeczną sportu. Zgodnie z rekomendacjami, dzieci ze skoliozą idiopatyczną (SI) mogą aktywnie uczestniczyć zarówno w sporcie wyczynowym, jak i rekreacyjnym. Zaleca się podejmowanie ogólnej aktywności sportowej ze względu na specyficzne korzyści, jakie może ona zaoferować pacjentowi z punktu widzenia psychologicznego, funkcji neuromotorycznych oraz ogólnego samopoczucia. Rekomenduje się, aby aktywność fizyczna była zachowana także podczas leczenia gorsetowego, ze względu na fizyczne (wydolność tlenowa) oraz psychologiczne korzyści, jakie dzięki temu są zapewnione (SOSORT 2011).

Niezależnie od programów skierowanych na problem zdrowotny wad postawy u dzieci i młodzieży, należy zwrócić uwagę wszystkich, zarówno samorządów, jak i władz szkolnych i innych organizacji zajmujących się dziećmi i młodzieżą, na potrzebę działań skierowanych na zwiększenie aktywności fizycznej młodego pokolenia. Działania te mogą skutkować nie tylko zmniejszeniem problemu wad postawy, ale też wpływać na problemy takie jak otyłość, zaburzenia lipidowe, osteoporoza i inne, oraz na istotny wpływ aktywności fizycznej na sferę rozwoju psychicznego.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: „Program profilaktyki wad postawy i schorzeń narządu ruchu wśród uczniów klas I szczecińskich szkół podstawowych” realizowany przez: Miasto Szczecin, Warszawa, październik 2017 oraz Aneksów „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny” ze stycznia 2017 r., „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” sierpień 2016. Opinia Rady Przejrzystości nr 368/2017 z dnia 6 listopada 2017 roku o projekcie programu „Program profilaktyki wad postawy i schorzeń narządu ruchu wśród uczniów klas I szczecińskich szkół podstawowych”