



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 51/2017 z dnia 9 marca 2017 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Promocja zdrowia w**  
**zakresie medycyny szkolnej”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Promocja zdrowia w zakresie medycyny szkolnej”.

**Uzasadnienie**

Brak kluczowych elementów opisujących zaproponowaną w projekcie interwencję skierowaną do populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym uniemożliwia wydanie pozytywnej opinii prezesa Agencji. Projekt został przygotowany w sposób ogólny, co utrudnia pełne odniesienie się do poprawności jego przygotowania.

Cele programowe zostały opisane zbyt ogólnie i niemożliwa jest ich późniejsza ocena. Konieczne jest ich przeformułowanie, a co za tym idzie poprawne dopasowanie mierników efektywności.

Projekt zakłada objęcie działaniami wszystkich uczniów z terenu miasta. Należy jednak wziąć pod uwagę, że na terenie miasta znajdują się: zasadnicza szkoła zawodowa oraz technikum artystyczne, które nie zostały wzięte pod uwagę w projekcie. Ponadto warto wskazać liczbę rodziców/opiekunów prawnych oraz pracowników szkolnictwa, którzy również mają zostać objęci programem oraz w jakim zakresie program będzie tej grupy osób dotyczyć.

W zakresie interwencji brakuje szczegółowych informacji co do jej prowadzenia m.in.: nie wskazano szczegółowych zakresów tematycznych edukacji, brakuje czasu i miejsca jej prowadzenia, nie wskazano zasadności prowadzenia danych testów diagnostycznych oraz wartości umożliwiających interpretację wyników. Projekt nie wskazuje również osób odpowiedzialnych za poszczególne elementy programu.

Ponadto z projektu wynika, że program ma stanowić próbę zapewnienia dostępu do pielęgniarstwa szkolnego, jednak warto zaznaczyć, że zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach zdrowotnych, jednostki samorządu terytorialnego mają możliwość sfinansowania dodatkowych świadczeń zdrowotnych, które uzasadnione są sytuacją epidemiologiczną. Tym samym nie ma konieczności przygotowywania w tym zakresie programu polityki zdrowotnej.

Monitorowanie programu nie budzi zastrzeżeń. Ewaluacja natomiast wymaga poprawy.

Budżet nie zawiera kosztów poszczególnych składowych programu, przez co niemożliwe jest stwierdzenie, czy zaplanowane koszty są wystarczające dla objęcia działaniami całej populacji docelowej.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący edukacji zdrowotnej w szkole. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 171 997,20 PLN rocznie, zaś okres realizacji programu to lata 2017-2019.



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

Poddany ocenie projekt programu wpisuje się priorytety zdrowotne MZ, jakimi są: zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki.

W projekcie skoncentrowano się na opisie stylu życia jako jednego z determinantów zdrowia. W skrócony sposób przedstawiono dane epidemiologiczne w zakresie omawianych problemów zdrowotnych na podstawie ostatniej edycji badania HBSC.

### Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „ukształtowanie i utrwalenie zachowań sprzyjających zachowaniu zdrowia wśród uczniów sopockich szkół podstawowych, gimnazjalnych i licealnych”. Cel sformułowany został w sposób ogólny. Dodatkowo w projekcie nie zdefiniowano pojęcia „zachowań sprzyjających zdrowiu” - w związku z czym utrudniony będzie pomiar stopnia realizacji celu. Biorąc pod uwagę, że zmiana zachowań zdrowotnych to proces złożony i długotrwały, niemożliwe będzie osiągnięcie założonego celu w okresie realizacji programu. Dodatkowo wskazano 5 celów szczegółowych. Warto dostosować cele do zasady S.M.A.R.T, zgodnie z którą cele powinny być konkretne, szczegółowe, mierzalne, osiągalne, istotne oraz zaplanowane w czasie.

W projekcie jako mierniki efektywności wskazano poziom wiedzy i kompetencji zdrowotnych, zmierzony za pomocą ankiet przeprowadzanych przed i po uczestnictwie. Biorąc jednak pod uwagę, że cel główny nie został sformułowany poprawnie i jest on zbyt ogólny, określenie precyzyjnych wskaźników jest trudne do realizacji. Należy zatem po przerehabrowaniu celów prawidłowo dobrać mierniki efektywności.

### Populacja docelowa

Populację docelową w projekcie stanowią wszyscy uczniowie sopockich szkół (podstawowych, gimnazjalnych oraz licealnych). Zgodnie z szacunkami w projekcie bezpośrednimi adresatami działań edukacyjnych będą uczniowie ww. szkół, czyli ok. 3405 osób. W projekcie zaznacza się, że pośrednio w program zaangażowani będą rodzice oraz szeroko pojęte środowisko szkolne, jednak nie wskazano szacunków dot. tej populacji docelowej.

Na terenie miasta Sopot, zgodnie z danymi pochodzącymi z dokumentu Statystyczne Vademecum Samorządowca na 2016 r., w roku szkolnym 2015/16, znajdowało się 9 szkół podstawowych, 7 gimnazjów oraz 10 szkół ponadgimnazjalnych z łączną liczbą uczniów w wysokości 4302 osób.

Warto zaznaczyć, że oprócz szkół podstawowych, gimnazjalnych oraz licealnych na terenie Sopotu funkcjonuje również jedna zasadnicza szkoła zawodowa oraz jedno technikum artystyczne – warto byłoby rozważyć udział w programie również tych szkół. W związku z tym zmiana uległaby również liczebność populacji docelowej.

### Interwencja

W ramach planowanych interwencji w projekcie programu przewiduje się wdrożenie szeroko pojętej edukacji zdrowotnej składającej się z 6 bloków tematycznych (zdrowy styl życia – higiena życia codziennego, profilaktyka chorób układu krążenia, profilaktyka chorób nowotworowych, zapobieganie chorobom zakaźnym, profilaktyka i walka z uzależnieniami, higiena okresu

dojrzewania). Do poszczególnych bloków zaproponowane zostały tematy i zagadnienia jakie zostaną poruszone w trakcie zajęć.

W projekcie brakuje informacji czy wszystkie tematy będą poruszane we wszystkich grupach wiekowych, brakuje informacji o tym kto będzie prowadził zajęcia edukacyjne, nie wiadomo nic o częstotliwości tych zajęć ani o liczebności grup. Biorąc pod uwagę 3 letni okres realizacji programu nie wiadomo czy w kolejnym roku do programu przystępować będą nowi uczniowie oraz czy zajęcia będą miały charakter cykliczny. Warto zwrócić uwagę, że zaproponowana populacja docelowa obejmuje dzieci w różnym wieku, zaś zajęcia dostosowane powinny być do potrzeb i możliwości grupy odbiorców.

W projekcie wymieniono katalog potencjalnych metod jakie będą mogły być zastosowane w programie (pogadanki, rozmowy indywidualne, projekcje filmów, plansze edukacyjne, plakaty, ulotki, broszury, udział w zebraniach rodziców, wywiady środowiskowe, punkt konsultacyjny dla rodziców w godzinach popołudniowych) – nie precyzując przy tym jakie narzędzia skierowane będą do potencjalnych grup wiekowych. Nie wiadomo na czym polegać ma punkt konsultacyjny i kto ma go prowadzić.

W ramach programu prowadzone mają być pomiary i badania diagnostyczne (pomiar fałdu skórniego, pomiary ciśnienia tętniczego, pomiary antropometryczne oraz kontrola wzroku uczniów nie objętych badaniami profilaktycznymi). Odnośnie tej części wspomnieć należy, że nie wiadomo kto będzie odpowiadał za poszczególne badania. Nie wskazano żadnych norm do jakich odnoszone będą otrzymane wyniki. Nie wiadomo na czym ma polegać kontrola wzroku i za pomocą jakich narzędzi (testów) będzie przeprowadzana. Nie wskazano również co oznacza pojęcie „uczniów nie objętych badaniami profilaktycznymi”.

W przypadku pomiaru fałdu skórniego zaznacza się, że badanie będzie przeprowadzane w celu „realizacji programu promującego zdrowe odżywianie — walka z otyłością”. Nie wskazuje się jednak żadnych wartości granicznych, które powodować będą możliwość udziału w ww. programie, a także brak szczegółowych informacji o samym programie. Z kolei w przypadku pomiaru ciśnienia krwi oraz pomiaru tętna nie wskazano celowości takiego działania.

Pomiary antropometryczne (waga, wzrost, wskaźnik BMI), pomiar ciśnienia tętniczego krwi oraz wykrywanie zęza (Cover test, test Hirschberga), sprawdzenie ostrości wzroku znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania. Ponadto do obowiązków pielęgniarki lub higienistki szkolnej należy również udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej. Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, że wszystkie działania zawarte w opiniowanym projekcie programu należą do obowiązków pielęgniarki szkolnej.

Biorąc pod uwagę zapisy programu sugerujące, że ma on na celu sfinansowanie usług pielęgniarki szkolnej to należy zaznaczyć, że zgodnie z art. 9a i 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, przy uwzględnieniu regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stanu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane na podstawie umowy ze świadczeniodawcą.

### Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie programu nie budzi zastrzeżeń, zawiera wskaźniki możliwe do wykorzystania w zakresie oceny zgłaszalności i jakości udzielanych świadczeń.

Ocena efektywności programu przygotowana została w sposób nieprawidłowy, ponieważ nie określono wskaźników do jej pomiaru. Należy zaznaczyć, że ocena efektywności powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu. Należy podkreślić, że w projekcie zaznaczono, że przeprowadzona zostanie analiza ankiet dotycząca zachowań prozdrowotnych. Tak jak wspomniano wcześniej, zmiana zachowań zdrowotnych to proces złożony i długotrwały, co za tym idzie ograniczone są możliwości pomiaru

rezultatów podjętych działań (w tym przypadku działań edukacyjnych), szczególnie biorąc pod uwagę 3 letni okres trwania programu Rzeczywiste efekty edukacji są odroczone i można je sprawdzić dopiero w codziennych sytuacjach życiowych. Projekt nie uwzględnia analizy codziennych sytuacji życiowych, a program skierowany jest do bardzo różnorodnej pod względem wieku populacji. Inne oczekiwania będą w stosunku zachowań zdrowotnych u uczniów 18-letnich oraz zupełnie inne w stosunku do uczniów 6-7 letnich. Ewaluacja powinna uwzględniać wymienioną wyżej problematykę.

#### Warunki realizacji

W treści projektu programu przedstawiono jego części składowe, etapy oraz działania organizacyjne oraz odniesiono się do kompetencji/warunków niezbędnych do jego realizacji. Realizator programu wybrany zostanie w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

Przedstawiono także kryteria kwalifikacji uczestników do programu, sposób udzielania świadczeń oraz sposób zakończenia udziału w programie.

W projekcie przedstawiono koszty jednostkowe (50 zł/os.) i całkowite (171 997,20 zł rocznie), zostały one jednak przygotowane w sposób zbyt ogólny. Nie wyceniona została praca osób prowadzących edukację oraz badania diagnostyczne, brakuje także informacji o liczbie osób niezbędnych do przeprowadzenia programu. Istnieją nieścisłości także co do liczby uczestników, co może rzutować na koszty planowanych działań.

#### **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

##### Aspekt zdrowotny

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia zdrowie jest stanem pełnego, dobrego samopoczucia/dobrostanu (wellbeing) fizycznego, psychicznego i społecznego, a jednostki lub grupy muszą mieć możliwość określania i realizowania swoich dążeń, zaspokajania potrzeb, a także zmiany środowiska bądź radzenia sobie z nim. Dlatego zdrowie jest postrzegane jako zasób życiowy, a nie cel życia. Zdrowie jest pojęciem pozytywnym, obejmującym zasoby osobiste i społeczne oraz możliwości fizyczne, a nie tylko brakiem-objektywnie istniejącej-choroby, czy niepełnosprawności.

W celu zachowania pełnego zdrowia oraz przeciwdziałaniu chorobom i niepełnosprawności podkreśla się zasadność prowadzenia edukacji zdrowotnej. Ma ona na celu kształtowanie u uczniów nawyku dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu.

Edukacja zdrowotna to proces dydaktyczno-wychowawczy, w którym dzieci i młodzież uczą się jak żyć, aby zachować i doskonalić zdrowie własne i innych ludzi oraz tworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu, w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu lub rehabilitacji, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki. Edukacja zdrowotna jest podstawą szkolnego programu profilaktyki.

##### Alternatywne świadczenia

W środowisku szkolnym działania z zakresu edukacji zdrowotnej leżą w gestii pielęgniarki lub higienistki szkolnej. Przepisy nie określają jednak szczegółowego zakresu tematycznego edukacji.

Ponadto w ramach podstawy programowej powiązано edukację zdrowotną z wychowaniem fizycznym:

- na I etapie edukacyjnym wyodrębniono obszar „wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna”,
- na II, III i IV etapie edukacyjnym zapisano, że wychowanie fizyczne „pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej”,
- w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych wyodrębniono blok tematyczny „edukacja zdrowotna”,
- rozszerzono zakres edukacji zdrowotnej o aspekty zdrowia psychospołecznego, ze szczególnym uwzględnieniem umiejętności życiowych (osobistych i społecznych).

W zakresie wskazanych w projekcie badań diagnostycznych, wszystkich dostępne są w ramach świadczeń gwarantowanych.

### Ocena technologii medycznej

#### *Edukacja zdrowotna*

Wytyczne Ośrodka Rozwoju Edukacji (2011) podkreślają, że celem edukacji zdrowotnej w szkole jest pomoc uczniom w:

- poznawaniu siebie, śledzeniu przebiegu swojego rozwoju, identyfikowaniu i rozwiązywaniu własnych problemów zdrowotnych („uczenie się o sobie”).
- zrozumieniu, czym jest zdrowie, od czego zależy, dlaczego i jak należy o nie dbać.
- rozwijaniu poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi.
- wzmacnianiu poczucia własnej wartości i wiary w swoje możliwości.
- rozwijaniu umiejętności osobistych i społecznych, sprzyjających dobremu samopoczuciu i pozytywnej adaptacji do zadań i wyzwań codziennego życia.
- przygotowaniu się do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia i tworzenia zdrowego środowiska w domu, szkole, miejscu pracy, społeczności lokalnej.

Istotne jest aby zaplanowane działania z zakresu edukacji były dostosowane do potrzeb oraz możliwości poznawczych danej grupy dzieci. W odnalezionym dokumencie wskazuje się możliwość wprowadzenia edukacji zdrowotnej na poszczególnych etapach kształcenia dziecka, w zakresie obowiązującej podstawy programowej (m.in. dotyczące dbałości o ciało, bezpieczeństwa, zdrowego odżywiania).

Biorąc pod uwagę środowisko szkolne, prowadzona w nim edukacja zdrowotna wymaga udziału w jej realizacji wszystkich nauczycieli, koordynacji na poziomie szkoły lub poszczególnych oddziałów, zaangażowania i twórczego podejścia ze strony nauczycieli. Niezbędne jest także wsparcie ze strony doradców metodycznych oraz ekspertów.

Główne obszary tematyczne edukacji zdrowotnej w środowisku szkolnej powinny dotyczyć: higieny osobistej i otoczenia, zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej, pracy i wypoczynku, zdrowia psychospołecznego, edukacji zdrowotnej, zapobieganiu używaniu substancji psychoaktywnych, przeciwdziałaniu agresji i przemocy wśród uczniów.

W wytycznych podkreśla się także aspekty sprzyjające uzyskaniu pożądanych efektów edukacji zdrowotnej.

- Inwestowanie w rozwój osobisty, społeczny i zawodowy nauczycieli.
- Pozyskanie pracowników szkoły niebędących nauczycielami.
- Współdziałanie z pielęgniarką lub higienistką szkolną.
- Współdziałanie z rodzicami uczniów.
- Współdziałanie ze społecznością lokalną.

#### *Badania diagnostyczne*

Poniżej przedstawiono podsumowanie wytycznych klinicznych odnoszących się do profilaktyki otyłości, cukrzycy, wad postawy i autyzmu: European Association for the Study of Obesity (EASO 2015), Obesity Committee within The Danish Paediatric Society (OC/DPS 2015), Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD 2016), German Diabetes Association (GDA 2014), American Diabetes Association (ADA 2015), U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), UK National Screening Committee (UK NSC 2016), Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Research Society (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatrics (AAP), American Occupational Therapy Association (AOTA 2009), National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2016)

Osoby otyłe powinny mieć zapewnioną długookresową opiekę prowadzoną przez wykwalifikowany multidyscyplinarny zespół w skład którego wchodzić będzie: dietetyk, specjalista aktywności fizycznej, specjalista promocji zdrowia (np. psycholog sportowy), psycholog kliniczny, psychiatra, pediatra, pielęgniarka pediatryczna. Najbardziej skuteczne są multikomponentowe interwencje obejmujące aktywność fizyczną, zmianę nawyków żywieniowych i interwencje behawioralne/wparcie psychologiczne. Powinny one obejmować kilka sesji trwających od kilku tygodni do kilku miesięcy.

Należy informować osoby z nadwagą i otyłością, że nawet niewielka zmiana w diecie, aktywności fizycznej może przynieść wymierne korzyści zdrowotnej (np. zredukować ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2, nadciśnienia, udaru). Skuteczne leczenie nadwagi i otyłości jest ściśle zależne od zaangażowania całej rodziny pacjenta. Rodzina jako całość powinna wspierać inicjatywę i brać udział w leczeniu, w tym czynnie uczestniczyć w zmianach nawyków żywieniowych i zmianie diety. Istotnym jest opracowanie indywidualnego planu dietetycznego dla każdego pacjenta. Główną zasadą leczenia jest redukcja przyjmowanych kalorii (niekoniecznie mniejszych porcji posiłków, ale zawierających więcej błonnika i „zielonych” produktów) wraz ze wzrostem aktywności fizycznej.

Zgodnie z zaleceniami PFP, pomiar ciśnienia tętniczego należy wykonać u wszystkich osób bez rozpoznanego nadciśnienia tętniczego, począwszy od 3. roku życia przynajmniej raz w roku, a u dzieci z wartością ciśnienia pomiędzy 90. a 95. percentylem, pomiar ten należy przeprowadzać częściej (ESH 201626). Ponadto zgodnie z wytycznymi ESH 2016 prawidłowy pomiar ciśnienia tętniczego wymaga zapewnienia właściwych warunków pomiaru. Przed badaniem dziecko powinno spokojnie siedzieć przez 5–10 minut. Pomiaru należy dokonywać u dziecka siedzącego z podpartymi na oparciu krzesła plecami, stopami opartymi podszwami na podłodze, prawym ramieniem podpartym na blacie stołu. Zaleca się pomiar na prawym ramieniu. Zgodnie z ESH 2016 wynik pomiaru ciśnienia tętniczego należy porównać z odpowiednimi tabelami norm. Klasyfikacja ciśnienia tętniczego zależy od płci, wieku i wzrostu dziecka wyrażonych w centylach.

**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: OT.441.28.2017 „Promocja zdrowia w zakresie medycyny szkolnej” realizowany przez: Miasto Sopot, Warszawa, luty 2017 oraz Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki próchnicy i poprawy stanu zdrowia jamy ustnej u dzieci przedszkolnych i szkolnych – wspólne podstawy oceny” lipiec 2012 r., „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny” kwiecień 2016 r. oraz „Programy profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi – wspólne podstawy oceny” czerwiec 2015 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 58/2017 z dnia 6 marca 2017 roku o projekcie programu „Promocja zdrowia w zakresie medycyny szkolnej” m. Sopot