



**Opinia**  
**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych**  
**nr 4/2014 z dnia 7 stycznia 2014 r.**  
**o projekcie programu „Profilaktyczne badania przesiewowe u dzieci**  
**– uczniów II klas szkół podstawowych na terenie Mysłowic”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję negatywną opinię o projekcie programu „Profilaktyczne badania przesiewowe u dzieci – uczniów II klas szkół podstawowych na terenie Mysłowic”.

**Uzasadnienie**

Projekt programu zdrowotnego dotyczy ważnego problemu zdrowotnego, jakim są wady postawy, wzroku i słuchu oraz problem nadwagi i otyłości wśród dzieci. Programem są objęte dzieci 8-letnie, zatem te, które nie są objęte badaniami przesiewowymi, ale która zostanie nimi objęta za dwa lata.

Autorzy projektu zamiast celów szczegółowych podali planowane działania (interwencje). Cel główny programu również powinien zostać zmodyfikowany. Niepoprawnie podano również oczekiwane efekty programu. Autorzy programu planują przeprowadzenie konsultacji lekarskich przez lekarza specjalistę, jednak nie precyzują, jakiej specjalizacji będzie to lekarz. Autorzy w ramach organizacji programu powinni zwrócić się z prośbą o uzyskanie od opiekunów dzieci zgody na udział uczniów w programie. Autorzy projektu powinni założyć przekazanie wyników badań rodzicom przebadanych dzieci, np. podczas tzw. wywiadówek w szkole. W zakresie zapobiegania otyłości autorzy zaplanowali jedynie pomiar wskaźnika BMI. Nie zaplanowano żadnych innych działań służących realizacji tego celu. Ocena jakości świadczeń mogłaby zostać przeprowadzona na podstawie badania ankietowego skierowanego do rodziców, dyrektorów szkół.

**Przedmiot wniosku**

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny miasta Mysłowice z zakresu wykrywania wad postawy, wzroku, słuchu oraz otyłości. Celem głównym programu jest kontynuacja programu badań przesiewowych w kierunku poprawy jakości i skuteczności zapobiegania otyłości, wadom postawy, wzroku i słuchu. Program kierowany jest do uczniów klas II szkół podstawowych (dzieci w wieku 8 lat), nieobjętych badaniami przesiewowymi (bilanse zdrowia wykonywane są w 1, 2, 4, 6, 10, 14 i 16 roku życia dziecka). Program ma być realizowany od 01.01.2014 do 31.12.2016. Planowane koszty całkowite realizacji programu (30 000 zł). Program w całości finansowany ze środków budżetu Miasta Mysłowice.

**Problem zdrowotny**

Wady postawy: Do najczęstszych wad postawy należą: plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy wklęsło-okrągłe, plecy płaskie, boczne skrzywienie kręgosłupa – skoliozy, wady statyczne kończyn dolnych. W zależności od wielkości oraz lokalizacji, skrzywienie kręgosłupa wpływa na funkcjonowanie układu oddechowego oraz zmiany w układzie sercowo-naczyniowym.



Chorzy ze skoliozą w życiu dorosłym cierpią na dolegliwości bólowe kręgosłupa, ponadto istotny wpływ na jakość życia mają odczucia estetyczne oraz akceptacja własnego wyglądu.

Wady wzroku: Prawidłowe widzenie stanowi niezbędny element poprawnego rozwoju dziecka, dlatego bardzo istotne jest wykrycie zaburzeń widzenia jak najwcześniej. Podjęcie leczenia i poprawa ostrości wzroku pozwala na poprawny rozwój wszystkich funkcji wzrokowych i wpływa na zapobieganie niedowidzenia. W przypadku nadwzroczności, zwiększona akomodacja oka może prowadzić do szybkiego męczenia się przy czytaniu, pisaniu, a także prowadzić do rozwoju zezów. Przy dużej krótkowzroczności może dojść do zwyrodnienia siatkówki. W przypadku wad refrakcji konieczne jest wczesne wykrycie oraz korekcja za pomocą właściwych szkieł okularowych.

Zaburzenia słuchu: Do znanych przyczyn nabytego ubytku słuchu typu odbiorczego w dzieciństwie należą infekcje wirusowe i bakteryjne, ototoksyczność i zaburzenia spowodowane urazami głowy lub nadmierną ekspozycją na hałas. Ubytek słuchu spowodowany hałasem może powstać we wczesnym dzieciństwie oraz w późniejszych okresach rozwoju i często jest poważny. Wrodzony niedosłuch, może się objawiać już w momencie narodzin, ale również może ulec pogorszeniu po badaniu przesiewowym u noworodków. Obserwowane u dzieci zaburzenia przetwarzania słuchowego mogą być rezultatem nieprawidłowości w budowie morfologicznej neuronów, zaburzeń funkcjonowania ośrodkowej części układu słuchowego lub zaburzeń neurologicznych. Zaburzenia te z reguły pojawiają się we wczesnym okresie dzieciństwa i nie są wykrywane w badaniach przesiewowych noworodków.

### **Alternatywne świadczenia**

Wady postawy – kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad postawy, powinna być wykonywana u dzieci w momencie rozpoczynania nauki szkolnej (6-7 lat), a następnie w wieku 10 lat, 12, 13 i 16 lat. Zadanie to wpisane jest w obowiązki pielęgniarki lub higienistki szkolnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Wady wzroku – brak świadczeń alternatywnych.

Zaburzenia słuchu – brak świadczeń alternatywnych

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

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego- wady postawy:

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy, mające na celu wczesne wykrywanie tych wad i kierowanie dzieci do leczenia, zanim się one utrwalą, znajdują się w zestawie rutynowych badań wykonywanych tradycyjnie w wieku szkolnym. Badania takie zawsze wspierane były przez ortopedów i pediatrów. Także eksperci proszeni o opinię wyrazili gorące poparcie dla tego typu programów zdrowotnych, a jeden zadeklarował nawet „zbieżność interesów” (przez analogię do „konfliktu interesów”) z celami programów, których celem jest poprawa wydolności ruchowej i zdrowotności najmłodszej części społeczeństwa.

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdują się w 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. Efektywność tych rutynowych badań, jak również praktyczna możliwość skorzystania z dalszej diagnostyki i ćwiczeń korekcyjnych dzieci z dodatnim wynikiem badania przesiewowego, nie są znane.

Choć badaniom przesiewowym w kierunku wad postawy, zwłaszcza skolioz, poświęcono tysiące publikacji, brak dobrych metodologicznie badań poświadczających efektywność skriningu. Odnalezione dane wskazują, że wartość predykcyjna wyniku dodatniego standardowego badania przesiewowego jest wyjątkowo niska (5%), co oznacza, że 95% dzieci kierowanych jest w wyniku przesiewu na dalszą diagnostykę niepotrzebnie. Z badania Montgomery 1990 wynika, że częstsze badania przesiewowe (protokół konwencjonalny vs. nieswoisty) zwiększają o ok. 30% liczbę skierowań na dalszą diagnostykę, nie zmieniając liczby ostatecznych rozpoznań. Poprawę efektywności poprzez zmniejszenie liczby rozpoznań fałszywie dodatnich można osiągnąć, dobierając bardziej efektywne narzędzia przesiewowe, takie jak badanie fotogrametryczne Moire'a (Montgomery 1990). Z badania Fong 2010 wynika, że wykonywanie samego testu zgięciowego jest niewystarczające, jest to metoda raczej subiektywna i zależna od doświadczenia i kompetencji badającego. Za względu na niewielki koszt i prostotę autorzy sugerują nie wykluczać tego badania lecz stosować razem z dodatkowymi testami. Stosowanie oceny wartości kąta rotacji tułowia, oceny fotogrametrycznej Moire'a oraz rentgena w niskich dawkach lub kombinacji tych metod dowodzi trafności skierowań do specjalisty lecz brak jest wystarczających dowodów, że badania te wykazują dodatkowe korzyści.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że programy przesiewowego wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci przed spodziewanym skokiem pokwitaniowym, stanowiącym dodatkowy czynnik ryzyka, prawidłowo zaprojektowane i wspomagające, a nie dublujące świadczenia gwarantowane leżące w obowiązkach pielęgniarki lub higienistki szkolnej i lekarzy POZ, są powszechnie zalecane przez ekspertów, mimo braku twardych dowodów ich efektywności. Podobnie ma się sprawa z programami ćwiczeń korekcyjnych, które mogą być skuteczne pod warunkiem indywidualnego doboru zestawu ćwiczeń oraz systematycznego ich nadzorowania i dostosowywania. Niezależnie od programów skierowanych na problem zdrowotny wad postawy u dzieci i młodzieży, należy zwrócić uwagę zarówno samorządów, jak i władz szkolnych i innych organizacji zajmujących się dziećmi i młodzieżą na potrzebę działań skierowanych na zwiększenie aktywności fizycznej młodego pokolenia, które mogą skutkować nie tylko zmniejszeniem problemu wad postawy, ale też wpływać na problemy takie jak otyłość i jej powikłania, a w późniejszym życiu: problemy kardiologiczne, zaburzenia lipidowe, osteoporoza i inne, oraz na sferę rozwoju psychicznego.

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego – wady wzroku:

- Prawidłowe widzenie stanowi niezbędny element poprawnego rozwoju dziecka, dlatego bardzo istotne jest wykrycie zaburzeń widzenia jak najwcześniej. Podjęcie leczenia i poprawa ostrości wzroku pozwala na poprawny rozwój wszystkich funkcji wzrokowych i wpływa na zapobieganie niedowidzenia. W przypadku nadwzroczności, zwiększona akomodacja oka może prowadzić do szybkiego męczenia się przy czytaniu, pisaniu, a także prowadzić do rozwoju zezów. Przy dużej krótkowzroczności może dojść do zwyrodnienia siatkówki. W przypadku wad refrakcji konieczne jest wczesne wykrycie oraz korekcja za pomocą właściwych szkielek okularowych.
- Czynniki powodującymi błędy refrakcji są m.in. czynniki genetyczne, środowiskowe oraz są bardziej rozpowszechnione w niektórych grupach etnicznych. Nieprawidłowe widzenie może wpłynąć na wyniki w nauce, wybór zawodu i socjoekonomiczny status w dorosłym życiu.
- Zaburzenia narządu wzroku są jednymi z najczęstszych zaburzeń występujących u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Rodzaj tych nieprawidłowości oraz ich częstość zależy od wieku dziecka. Najczęstszymi zaburzeniami są: wady refrakcji (krótkowzroczność,

- nadwzroczność, astygmatyzm), zez, zaburzenia widzenia barw, amblyopia. Zaburzenia w ostrości widzenia występują często i dotykają około 10–40% dzieci w wieku szkolnym.
- Eksperci zauważyli, że skutki zaniechania działań zaproponowanych w programach mogą być znaczne, ponieważ brak precyzyjnego widzenia stwarza trudności w nauce dzieci i młodzieży oraz może wpłynąć na brak możliwości wykonywania zawodów, które tego wymagają.
  - Nie odnaleziono polskich zaleceń dotyczących rodzajów testów przesiewowych w kierunku wykrywania wad refrakcji, wieku dziecka i częstości ich przeprowadzania. W publikacji wydanej przez Instytut Matki i Dziecka, Zakład Medycyny Szkolnej, w ramach programu polityki zdrowotnej „Wdrażanie standardów w opiece zdrowotnej nad populacją w wieku szkolnym” ze środków Ministerstwa Zdrowia opisano testy przesiewowe, które zostały zaakceptowane przez Konsultantów Krajowych w dziedzinie pediatrii oraz okulistyki. Są to: badanie obecności widocznego zez – ustawienie gałek ocznych, badanie odbicia światła na rogówkach (test Hirschberga), ocena ruchów gałek ocznych, cover test – naprzemienne zasłanianie oczu – testy te należy wykonać w 6 r.ż. dziecka lub w klasie Szkoły Podstawowej; badanie ostrości wzroku do dali za pomocą tablic z optotypami – test należy wykonać w wieku 6 lat, 7 lat (I klasa szkoły podstawowej), 10 lat (III klasa), 12 lat (V klasa), 13 lat (I klasa gimnazjum), 15 lat (III klasa), 16 lat (I klasa szkoły ponadgimnazjalnej), 18/19 lat (ostatnia klasa); badanie widzenia barw za pomocą tablic pseudoizochromatycznych Ishihary – dzieci w wieku 10 lat (III klasa szkoły podstawowej).
  - W rekomendacjach zagranicznych nie ma zgodności co do wieku dzieci, częstości, rodzajów testów przesiewowych jakie powinny być wykonywane w kierunku wykrywania zaburzeń wzroku oraz kto te testy powinien przeprowadzać. Według CPS – Kanadyjskiego Towarzystwa Pediatrycznego między 3 a 5 r.ż. powinno się wykonać badanie ostrości wzroku za pomocą tablic z optotypami HOTV lub obrazkowymi, badanie ustawienia gałek ocznych oraz test naprzemiennego zasłaniania oczu w celu wykrycia zez. Według The Royal College of Ophthalmologists badanie przesiewowe wzroku – ocena wzroku – powinno być wykonane u wszystkich 4–5-latków za pomocą tablic Snellena. AAO – Amerykańska Akademia Okulistyczna w porozumieniu z Amerykańskim Towarzystwem Okulistyki Dziecięcej i Zeza – AAPOS rekomenduje wykonywanie badań okulistycznych u dzieci w każdym wieku, gdy wystąpi jakiegokolwiek podejrzenie związane z wystąpieniem zaburzeń widzenia; badania przesiewowe wzroku powinny być wykonane w wieku 3 i 3,5 r.ż. – badania powinny być oparte głównie na badaniu ostrości wzroku; niezbędnym jest aby badanie ostrości wzroku było przeprowadzone przed 5 r.ż. dziecka; Dalsze badania przesiewowe powinny być wykonywane w ramach rutynowych szkolnych badań lub po pojawieniu się niepokojących symptomów. USPSTF rekomenduje prowadzenie badań przesiewowych w celu wykrycia amblyopii, zez i zaburzeń ostrości widzenia wśród dzieci młodszych niż 5 lat. Opierając się na przeglądzie aktualnych dowodów, USPSTF nie było w stanie określić poszczególnych optymalnych testów przesiewowych, częstości ich przeprowadzania. W 1 r.ż. zez może zostać oceniony testem naprzemiennego zasłaniania oczu i testem Hirschberga, u dzieci starszych niż 3 lata można ocenić widzenie stereoskopowe, ostrość widzenia za pomocą tablic z optotypami HOTV lub obrazkowymi. AAP – Amerykańska Akademia Pediatryczna we współpracy z APPOS oraz AAO rekomenduje badanie ostrości wzroku za pomocą tablic Snellena lub tablic z optotypami HOTV lub obrazkowymi, test naprzemiennego zasłaniania oczu u dzieci w wieku 3–5 i 6 lat i starszych; badania ostrości wzroku powinno być wykonywane z odległości ok 3 m. AAPOS rekomenduje powtarzanie badań przesiewowych wzroku co 1–2 lata. COS – Kanadyjskie Towarzystwo Okulistyczne

rekomenduje badanie ostrości wzroku za pomocą tablic Snellena oraz test naprzemiennego zasłaniania oczu u dzieci 3-letnich; badanie ostrości wzroku za pomocą tablic Snellena u dzieci w wieku 4,5–6 r.ż.

- Wszystkie badania należy wykonywać w przyjaznej dziecku atmosferze, wyjaśniając na czym dane badanie będzie polegać i jaka jest w nim rola dziecka.
- Autorzy przeglądów są zgodni, że brak jest dowodów dotyczących prowadzenia przesiewowych badań wzroku. Mimo tego, że badania przesiewowe wzroku są szeroko prowadzone w szkołach w krajach o wysokich dochodach i w wielu krajach o średnich dochodach, efektywność tych programów nie została dotąd ustalona. Badania przesiewowe wzroku w szkołach są generalnie postrzegane jako korzystne, jednak brak jest prowadzonych badań RCT, które mogłyby potwierdzić lub odrzucić tą tezę. Brak zgodności co do wieku dzieci, w którym powinny być poddane przesiewowi i jakie testy powinny być stosowane oraz jakie punkty końcowe powinny być oceniane.
- Różne organizacje rekomendują różnorodne testy do oceny wzroku w różnych grupach wiekowych. Mimo, że zostało opublikowanych wiele badań oceniających różne testy do wykrywania zaburzeń wzroku, dla żadnego pojedynczego testu lub grupy testów nie wykazano wyższości nad innymi.
- Prawidłowe widzenie najczęściej może zostać przywrócone przez noszenie szkieł korekcyjnych. Jednakże istnieją dowody na to, że nadmierna lub nieadekwatna korekcja może spowodować wadę, która będzie się utrzymywać, w sytuacji gdy mogłaby zostać skorygowana w inny sposób lub ustąpić naturalnie (emmetropizacja). Jeden z ekspertów zwrócił uwagę na to, aby doboru szkieł okularowych dokonywał lekarz okulista po zaaplikowaniu badanemu dziecku kropli porażających akomodację.

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego – wady słuchu:

W większości państw Europy ugruntowaną pozycję mają programy wykrywania wad słuchu u noworodków. Należy jednak zwrócić uwagę, że nie wszystkie zaburzenia słuchu są możliwe do wykrycia w momencie narodzin dziecka. Badania przesiewowe słuchu u noworodków pozwalają na wykrycie trwałych uszkodzeń słuchu, z czego większość stanowi niedosłuch typu odbiorczego w porównaniu do rzadko wykrywanego niedosłuch typu przewodzeniowego. Przesiewowe badania słuchu powinny być integralną częścią szkolnych programów zdrowotnych. Europejska Federacja Towarzystw Audiologicznych jako podstawową populację docelową do wykonywania badań przesiewowych w wieku szkolnym i przedszkolnym wskazuje dzieci w wieku od 4 do 7 lat. ASHA rekomenduje wykonywanie badań przesiewowych dzieciom rozpoczynającym naukę w szkole, dzieciom od przedszkola do 3 klasy, oraz dzieciom w klasach 7 i 11. AAP wskazało jako grupę, w której rekomendowane jest przeprowadzanie badań przesiewowych dzieci w wieku 4, 5, 6, 8 i 10 lat.

Rekomenduje się również wykonywanie badań dzieciom rozpoczynającym specjalny tok nauczania, powtarzającym klasę lub dzieciom nowoprzyjętym do szkoły, w przypadku kiedy brakuje dowodów na wcześniej realizowane badania. Dodatkowo uczniowie mogą być poddawani badaniom okresowym będąc w późniejszych klasach, kiedy pojawiają się obawy rodziców/ opiekunów, nauczycieli (lub innego personelu szkolnego) dotyczące występowania zaburzeń słuchu, mowy, języka oraz zdolności uczenia się. Do innych elementów sugerujących potrzebę przeprowadzania badań słuchu należą ekspozycja na potencjalnie szkodliwe poziomy hałasu, stosowanie leków ototoksycznych, urazy głowy z utratą świadomości, stwierdzenie w wywiadzie rodzinnym dziedzicznych ubytków słuchu, nawracające lub trwające dłużej niż 3 miesiące wysiękowe zapalenie ucha środkowego, anomalie w budowie twarzoczaszki (w tym nieprawidłowości morfologiczne w budowie

małżowiny i przewodów słuchowych). Dzieci regularnie poddawane ocenie audiologicznej nie muszą uczestniczyć w badaniu przesiewowym.

Rekomendowaną metodą stosowaną w badaniach przesiewowych słuchu jest audiometria tonalna. AAA rekomenduje stosowanie audiometrii tonalnej w populacji dzieci w wieku 3 lat i starszych, natomiast AAP u dzieci w wieku 4. lat i starszych. Badanie powinno być wykonywane dla obydwu uszu dla tonów o częstotliwości: 1000, 2000 i 4000 Hz przy 20 dB. Pozytywny wynik badania to taki, gdzie dla obydwu uszu następuje prawidłowa odpowiedź przy każdej z zastosowanych częstotliwości. W przypadku, gdy wynik badania jest nieprawidłowy dla którejkolwiek z zastosowanych częstotliwości należy ponownie poinstruować dziecko odnośnie sposobu przeprowadzania badania i wykonać badanie ponownie tam gdzie uprzednio wystąpił błąd. Negatywny wynik testu optymalnie powinien zostać zweryfikowany w przeciągu jednego miesiąca, ale nie później niż w ciągu trzech miesięcy od przeprowadzenia badania.

ASHA jako wymagania względem personelu realizującego program podaje obecność lekarza audiologa, patologa mowy i języka oraz personelu pomocniczego, który będzie nadzorowany przed audiologiem.

Każdy program powinien zawierać część edukacyjną skierowaną do rodziców, gdzie zostaną poruszone kwestie dotyczące realizacji przesiewowego badania słuchu, prawdopodobieństwa wystąpienia ubytku słuchu u dzieci oraz realizacji dalszych badań, jeżeli zaistnieje taka potrzeba. Rodzice lub opiekunowie dziecka, poddanego badaniu przesiewowemu, powinni otrzymać powiadomienie o wynikach uzyskanych przez dziecko. Jeżeli którykolwiek z wyników testów wskazuje na potencjalny problem rodzice/opiekunowie powinni zostać poinformowani o konieczności zgłoszenia się do lekarza pierwszego kontaktu, laryngologa bądź audiologa oraz otrzymać odpowiednie skierowanie. Nieprawidłowości rozwojowe, problemy behawioralne (np. autyzm, opóźnienia w rozwoju) mogą uniemożliwiać otrzymanie dokładnych wyników w audiometrycznym badaniu przesiewowym. W tej sytuacji konieczne jest skierowanie dziecka do otolaryngologa lub audiologa dziecięcego, którzy posiadają odpowiednie kompetencje oraz aparaturę umożliwiającą właściwe przeprowadzenie badania.

### **Wnioski z oceny programu Miasta Mysłowice**

Projekt programu zdrowotnego dotyczy ważnego problemu zdrowotnego, jakim są wady postawy, wzroku i słuchu oraz problem nadwagi i otyłości wśród dzieci. Celem głównym programu jest kontynuacja programu badań przesiewowych w kierunku poprawy jakości i skuteczności zapobiegania otyłości, wadom postawy, wzroku i słuchu.

Autorzy projektu zamiast celów szczegółowych podali planowane działania (interwencje). Cel główny programu również powinien zostać zmodyfikowany, w taki sposób, aby określał jakich zmian oczekują autorzy programu po jego przeprowadzeniu. Cel powinien być mierzalny, umożliwiając tym samym późniejsze sprawdzenie czy i w jakim stopniu został osiągnięty w odniesieniu do przyjętego kryterium sukcesu.

Niepoprawnie podano również oczekiwane efekty programu. Oczekiwany efekt nie powinno być wykonanie badań przesiewowych, lecz np. zwiększenie liczby dzieci objętych programami badań przesiewowych, zmniejszenie odsetka dzieci z nieleczonymi wadami postawy, wzroku, słuchu.

Autorzy programu planują przeprowadzenie konsultacji lekarskich przez lekarza specjalistę, jednak nie precyzują jakiej specjalizacji będzie to lekarz.

Autorzy w ramach organizacji programu powinni zwrócić się z prośbą o uzyskanie od opiekunów dzieci zgodny na udział uczniów w programie.

Z informacji zawartych w projekcie programu zdrowotnego wynika, że po zakończeniu programu lekarz specjalista dokona analizy danych oraz przekaże uzyskane wyniki pacjentom. Wydaje się to niezasadne, ponieważ oznacza to, iż wyniki zostaną przekazane dzieciom w wieku 8 lat. Autorzy projektu powinni założyć przekazanie wyników badań rodzicom przebadanych dzieci np. podczas tzw. wywiadówek w szkole.

W zakresie zapobiegania otyłości autorzy zaplanowali jedynie pomiar wskaźnika BMI. Nie zaplanowano żadnych innych działań służących realizacji tego celu.

Zalecanym wskaźnikiem nadwagi i otyłości u dzieci jest pomiar BMI skorygowany o wiek i płeć w postaci centylów, a nie jedynie samo obliczenie indeksu masy ciała (jak podają autorzy). Ponadto w zapobieganiu otyłości wśród dzieci ma znaczenie szereg innych interwencji (m.in. edukacja z zakresu zdrowego odżywiania, która powinna obejmować także rodziców i opiekunów oraz całe rodziny, psychologiczne terapie behawioralno-poznawcze, zachęcanie dzieci do aktywności fizycznej), o których nie wspomniano w projekcie.

Programem są objęte dzieci 8-letnie, zatem te, które nie są objęte badaniami przesiewowymi.

Przedmiotowy program uzupełnia działania dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych, jednak tylko w odniesieniu do badań przesiewowych. Autorzy programu podają, że osoby z nieprawidłowymi wynikami zostaną skierowane na dalszą konsultację i leczenie.

Projekt programu nie przewiduje przeprowadzenia kampanii informacyjnej. W projekcie programu zaznaczono jednak, że Realizator uzyska od Dyrektorów szkół listy uczniów, aby objąć działaniami 100% populacji. Promowanie programu w środowisku zewnętrznym (pozaszkolnym) nie ma w takim przypadku dużego znaczenia.

Jakość i efektywność świadczeń ma zostać oceniona na podstawie dokumentów potwierdzających odbycie konsultacji medycznej. Na podstawie ww. dokumentów może być możliwa, co najwyżej ocena zgłaszalności do programu - może służyć porównaniu zgłaszalności założonej przez autorów projektu i zgłaszalności faktycznej związanej z faktem, że nie wszyscy rodzice wyrażą zgodę na udział ich dziecka w programie.

Autorzy projektu nie podali dokładnych wskaźników, które mogłyby służyć ocenie efektywności programu. Z pewnością takie dane jak: pieczęć świadczeniodawcy, nazwa programu, nr kolejny przeprowadzonej konsultacji, nazwisko i imię, nr szkoły i klasa oraz dokumentacja realizacji przeprowadzenia badań, nie są odpowiednie, aby móc na ich podstawie określić, jakie są efekty podjętych działań oraz czy osiągnięto cel programu. Trudno jednak wskazywać konkretne wskaźniki skoro autorzy projektu nie podali konkretnego celu głównego programu i w ogóle nie wskazali celów szczegółowych oraz oczekiwanych efektów.

Ocena jakości świadczeń mogłaby zostać przeprowadzona na podstawie badania ankietowego skierowanego do rodziców, dyrektorów szkół.

Przedstawiono koszty jednostkowe (przeprowadzenia kompletu badań i konsultacji - 50 zł) oraz planowane koszty całkowite realizacji programu (30 000 zł). Nie określono kosztów poszczególnych działań planowanych w ramach programu (badania w kierunku wad postawy, statycznego badania miejscowego kończyn dolnych, orientacyjnych pomiarów linijnych kończyn dolnych, badanie w kierunku wad wzroku, badanie słuchu). Ze względu na szeroki zakres planowanych interwencji budżet 50zł wydaje się być zdecydowanie za niski.

Program w całości finansowany ze środków budżetu Miasta Mysłowice. Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez American Public Health Association) można stwierdzić, że:

I. Program odnosi się do ważnych problemów zdrowotnych.

II. Dostępność działań Programu dla beneficjentów: projekt programu nie przewiduje przeprowadzenia kampanii informacyjnej. W projekcie programu zaznaczono jednak, że Realizator uzyska od Dyrektorów szkół listy uczniów, aby objąć działaniami 100% populacji. Promowanie programu w środowisku zewnętrznym (pozaszkolnym) nie ma w takim przypadku dużego znaczenia.

III. Skuteczność działań: autorzy nie przedstawili informacji dotyczących skuteczności oraz bezpieczeństwa planowanych interwencji, jednak można je uznać za skuteczne oraz bezpieczne.

IV. Przedstawiono koszty jednostkowe (50 zł) oraz planowane koszty całkowite realizacji programu (30 000 zł). Program w całości finansowany ze środków budżetu Miasta Mysłowice.

V. Jakość i efektywność świadczeń ma zostać oceniona na podstawie dokumentów potwierdzających odbycie konsultacji medycznej. Na podstawie ww. dokumentów może być możliwa, co najwyżej ocena zgłaszalności do programu - może służyć porównaniu zgłaszalności założonej przez autorów projektu i zgłaszalności faktycznej związanej z faktem, że nie wszyscy rodzice wyrażą zgodę na udział ich dziecka w programie.

Autorzy projektu nie podali dokładnych wskaźników, które mogłyby służyć ocenie efektywności programu. Z pewnością takie dane jak: pieczęć świadczeniodawcy, nazwa programu, nr kolejny przeprowadzonej konsultacji, nazwisko i imię, nr szkoły i klasa oraz dokumentacja realizacji przeprowadzenia badań, nie są odpowiednie, aby móc na ich podstawie określić, jakie są efekty podjętych działań oraz czy osiągnięto cel programu. Trudno jednak wskazywać konkretne wskaźniki skoro autorzy projektu nie podali konkretnego celu głównego programu i w ogóle nie wskazali celów szczegółowych oraz oczekiwanych efektów.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, wydaję opinię jak na wstępie.

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem „Profilaktyczne badania przesiewowe u dzieci – uczniów II klas szkół podstawowych na terenie Mysłowic” realizowany przez Miasto Mysłowice, AOTM-OT-441-87/2013, Warszawa, listopad 2013 i aneksów: „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, maj 2012, „Programy z zakresu profilaktyki i korekcji wad wzroku oraz chorób oczu u dzieci – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, styczeń 2012, „Badania przesiewowe słuchu u dzieci w wieku szkolnym – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, listopad 2012.

Inne wykorzystane źródła danych, oprócz wskazanych w ww. raporcie:

1. Nie dotyczy.