



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 175/2016 z dnia 19 września 2016 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program edukacji
zdrowotnej dla dzieci w wieku przedszkolnym oraz ich rodziców na
terenie miasta Będzina na lata 2017-2019”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program edukacji zdrowotnej dla dzieci w wieku przedszkolnym oraz ich rodziców na terenie miasta Będzina na lata 2017-2019”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedmiotowy projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy problemów zdrowotnych, jakimi są występowanie otyłości, próchnicy, wszawicy oraz tzw. „choroby brudnych rąk” w populacji dzieci w wieku przedszkolnym.

W projekcie nie odniesiono się do danych epidemiologicznych w zakresie omawianych problemów zdrowotnych, co wymaga uzupełnienia.

Zasadne jest precyzyjne określenie celu głównego oraz celów pobocznych, które byłyby zgodne z regułą SMART. Konieczne jest również określenie mierników efektywności, które powinny być adekwatne do zamierzonych celów.

Proponowane interwencje we wskazanej populacji są zgodne z zaleceniami z wytycznych.

Należy szczegółowo określić kryteria kwalifikacji do programu oraz wskazać sposób wyboru przedszkoli objętych programem.

W sposób precyzyjny należy również opisać schemat organizacyjny programu oraz zakres tematyczny prowadzonych zajęć. Doprecyzowania wymagają również takie kwestie organizacyjne, jak sposób wyboru realizatora programu oraz określenie dokładnych warunków realizacji oraz kompetencji personelu.

Przed rozpoczęciem realizacji programu konieczne byłoby uzupełnienie zaplanowanych działań w zakresie monitorowania i ewaluacji programu. Należy mieć na uwadze, że monitorowanie i ewaluacja jest elementem, który pozwala nie tylko na kontrolę przebiegu programu, ale również umożliwia ocenę wpływu podjętych działań na zdrowie populacji oraz podjęcie decyzji o kontynuacji programu.

Przedstawiony budżet nie wzbudza zastrzeżeń.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący promocji zdrowia w populacji dzieci przedszkolnych i ich rodziców. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 19 025 zł, zaś okres realizacji 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

Projekt odnosi się do problemów zdrowotnych, jakimi są występowanie otyłości, próchnicy, wszawicy oraz tzw. „choroby brudnych rąk” w populacji dzieci w wieku przedszkolnym. Skrótkowo przedstawiono problematykę powyższych problemów zdrowotnych. Nie przedstawiono obecnego postępowania w Polsce, w zakresie powyższych chorób. Nie odniesiono się również do danych epidemiologicznych. Opis problemu zdrowotnego powinien zostać uzupełniony o powyższe aspekty.

Otyłość jest jedną z najważniejszych przewlekłych chorób niezakaźnych, która przybrała charakter epidemii. W skali światowej liczba chorych z otyłością podwoiła się od roku 1980. W 2010 r. prawie 43 mln dzieci poniżej 5. r. ż. miało nadwagę, a co najmniej 2 mln 800 tys. dorosłych rocznie umiera z powodu nadwagi i otyłości. Według danych PZH obecnie odsetek ludzi z nadwagą i otyłych stanowi 43% populacji Polski.

Próchnica uzębienia mlecznego stanowi w Polsce poważny problem. 60–90% dzieci w wieku szkolnym ma ubytki w zębach. W krajach wysoko rozwiniętych obserwuje się zmniejszenie częstości próchnicy zębów, ale mimo to, zarówno w Polsce, jak i na świecie, uważa się próchnicę za chorobę społeczną.

Najczęściej wszawica dotyczy owłosionej skóry głowy. Do typowych objawów należy świąd skóry głowy, obecność gnid na włosach lub żywych wszy wędrujących po skórze. Wszawica jest jedną z najczęstszych chorób pasożytniczych występujących u ludzi. W samych Stanach Zjednoczonych liczba zachorowań szacowana jest na 10–12 mln rocznie. W badaniach przeprowadzonych w Belgii u dzieci w wieku od 2,5 roku do 12 lat określono średnią ilość zainfekowanych dzieci na 8,9% populacji, w Walii na ok. 10%, a Czechach nawet 20%.

Wirusowe zapalenie wątroby typu A (WZW A) jest chorobą zakaźną (tzw. „chorobą brudnych rąk”). Do zakażenia w ok. 95% dochodzi drogą pokarmową (droga fekalno-oralna), przez spożycie skażonego wirusem pożywienia lub wody, rzadziej przez bezpośredni kontakt z osobą zakażoną. U dzieci poniżej 6 lat zakażenie HAV jest zazwyczaj bezobjawowe lub skąpoobjawowe. U dzieci starszych i u dorosłych prawie w 70–80% przypadków ma przebieg objawowy. Najcięższym zagrażającym życiu powikłaniem jest nadostre zapalenie wątroby.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem projektu programu jest „kształtowanie czynnych postaw dzieci wobec zdrowia oraz własnego bezpieczeństwa”. Cel ten jest bardzo ogólny, wymagający wdrożenia szerokiej gamy działań do jego osiągnięcia i jest niemierzalny. Zasadne byłoby określenie celu głównego, który w sposób precyzyjny mógłby definiować oczekiwaną zmianę. Biorąc pod uwagę treść projektu programu, takim celem mogłoby być: „zwiększenie poziomu wiedzy i umiejętności przedszkolaków oraz ich rodziców w zakresie profilaktyki chorób wieku przedszkolnego, ze szczególnym uwzględnieniem próchnicy, wszawicy, WZW A oraz problemu otyłości”.

Wskazano 5 celów szczegółowych, które w większości nie są celami, a podejmowanymi działaniami i wymagają przeformułowania. Należy zwrócić uwagę, aby cele programowe były tworzone zgodnie z zasadą SMART, według której cel powinien być m. in. szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

Nie wskazano mierników efektywności, które byłyby adekwatne do założonych celów programu. Mierniki te powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym miejscu/otoczeniu/programie w odpowiednich jednostkach miary. Wartości wskaźników powinny być określone przed i po realizacji programu. Zasadnym byłoby uwzględnienie pomiaru poziomu

wiedzy uczestników przed i po realizacji programu np. poprzez metodę interaktywnych quizów w populacji dzieci, a wśród rodziców poprzez stosowne ankiety ewaluacyjne.

Populacja docelowa

Populację docelową stanowią dzieci w wieku przedszkolnym, uczęszczające do wskazanych w projekcie programu przedszkoli lub oddziałów przedszkolnych na terenie Będzina oraz ich rodzice.

Na podstawie danych Wydziału Oświaty Urzędu Miasta w Będzinie oszacowano, że liczba potencjalnych uczestników programu, tj. dzieci w wieku przedszkolnym, wyniesie 1 142 w 2017 r. oraz 561 i 528 w latach kolejnych. Nie wskazano jaki procent populacji docelowej zostanie objęty programem. Według GUS w Będzinie w roku 2015 mieszkało 2 258 dzieci w wieku od 3 do 7 lat, ale trudno jest odnieść tę liczbę do oszacowań w projekcie programu z powodu braku danych dotyczących odsetka dzieci uczęszczających do przedszkola.

W projekcie nie określono w sposób jasny i klarowny do kryteriów kwalifikacji do programu. Konieczne wydaje się być uzasadnienie metodologii wyboru wspomnianych w projekcie przedszkoli. Zgodnie z danymi GUS, w roku szkolnym 2014/15, w Będzinie znajdowało się 25 placówek wychowania przedszkolnego, w tym 20 przedszkoli z łączną liczbą 1 720 miejsc. Nie jest jasne, czy programem będą objęte placówki wychowania przedszkolnego na terenie gminy, czy też jednostki, których organem założycielskim jest miasto Będzin.

Wskazano, że programem mają być objęci również rodzice, ale nie oszacowano liczebności tej populacji. Warto również rozważyć przeprowadzenie szkoleń dla kadry pedagogicznej, w których zwrócono by uwagę opiekunów na aspekty związane z kontrolą higieny u ich podopiecznych oraz sposobie współpracy z rodzicami w kwestii profilaktyki omawianych chorób.

Interwencja

W ramach planowanych interwencji w projekcie programu zaplanowano wdrożenie edukacji zdrowotnej w zakresie profilaktyki otyłości, próchnicy, wirusowego zapalenia wątroby typu A oraz wszawicy wśród dzieci przedszkolnych oraz ich rodziców. Przewidziano realizację dwóch wykładów: dla każdej z grup dzieci (pierwszy dot. problematyki otyłości i wszawicy, a drugi – choroby brudnych rąk i próchnicy), oraz jednego wykładu nt. ww. chorób dla grup rodziców. Każde z działań edukacyjnych ma trwać 45 minut.

Wśród form i metod pracy w projekcie wskazano: zabawy tematyczne, filmy edukacyjne, spacer i wycieczki, krótkie formy sceniczne, przedstawienia teatralne, zajęcia sprzyjające ekspresji i percepcji twórczej (tj. muzyka, taniec, plastyka) oraz metody słowne (tj. opowiadania, wiersze, zagadki), ale nie wiadomo czy ww. wspomniane formy działań edukacyjnych zostaną wykorzystane w ramach zaplanowanych działań, co należałoby doprecyzować. Nie wskazano sposobu realizacji zajęć, prowadzonych z rodzicami, co warto uzupełnić.

Nie wskazano dokładnego zakresu tematycznego prowadzonych zajęć, a schemat organizacyjny programu został opisany w sposób mało precyzyjny. Jako element promocji programu przewidziano realizację akcji plakatowej oraz rozdanie gadżetów dla dzieci w postaci opasek odblaskowych. Nie odniesiono się do szczegółów wspomnianej promocji działań w projekcie. Należy podkreślić, że dobrze zorganizowana akcja informacyjno-promocyjna jest jednym z wyznaczników równego dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Proponowane interwencje są zgodne z wytycznymi.

Edukacja w kierunku zdrowego odżywiania oraz profilaktyki nadwagi i otyłości powinna być realizowana przez jednostki samorządu terytorialnego ze względu na bliski kontakt z pacjentami oraz znajomość potrzeb społeczności lokalnej. Eksperti kliniczni uznają za zasadne objęcie edukacją ww. populacji, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Szkolne programy prewencji nadwagi i otyłości mogą być potencjalnie efektywne, jednak placówki je wdrażające powinny zapewnić odpowiednie zaplecze opieki dla dzieci z każdej grupy wagowej oraz wprowadzić skuteczne strategie promocji aktywności fizycznej oraz zdrowego odżywiania.

Jako niezbędny element profilaktyki próchnicy wymienia się zdrową dietę w zakresie spożywania cukrów oraz prowadzenie w szkole zajęć edukacyjnych w zakresie higieny jamy ustnej, w tym dot. związku między spożywaniem cukrów i rozwojem próchnicy.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) podkreśla, że aby odpowiednio kontrolować i zapobiegać występowaniu wszawicy w społeczności szkolnej, kolonialnej, dzieci powinny być edukowane nt. stosowanych działań prewencyjnych. W wytycznych wskazuje się na istotny aspekt, jakim jest edukacja rodziców/dzieci w zakresie unikania bezpośrednich kontaktów z osobą chorą, jak również dzielenia się przedmiotami osobistymi, jak np. grzebień, szczotki do włosów czy nakrycia głowy (*Public Health Services – New Scotland 2008*).

Wirusowemu zapaleniu wątroby typu A można zapobiec poprzez przestrzeganie zasad higieny. Jak wszystkie choroby przenoszone drogą fekalno–oralną należy szczególną uwagę zwrócić na regularne mycie rąk – szczególnie po wyjściu z toalety, a także przed przygotowaniem jedzenia. Edukacja dzieci w tym zakresie może mieć pozytywny wpływ na ich higienę, ograniczając w ten sposób zachorowanie na WZW typu A.

Monitorowanie i ewaluacja

Poddany ocenie projekt programu nie odnosi się do kwestii jego monitorowania i ewaluacji, co jest jego poważnym ograniczeniem. Zaznaczono jedynie, że wykonywane w ramach programu świadczenia i działania będą odnotowane przez jego realizatorów w przeznaczonych do tego celu dziennikach. Nie przedstawiono szczegółów dotyczących ww. działania. Nie wiadomo czy dane gromadzone przez realizatorów będą poddane jakiegokolwiek analizie.

Warto podkreślić, że monitorowanie, które jest procesem zbierania danych o realizacji PPZ, służącym kontrolowaniu ich przebiegu i postępów programu oraz ewaluacja, będąca analizą zebranych danych są istotnymi są bardzo istotnymi punktami programu. Umożliwiają one ocenę wpływu na zdrowie populacji, pomagają w racjonalnym planowaniu przyszłych programów polityki zdrowotnej.

W zakresie monitorowania należy określić wskaźniki, które będą odnosić się do m.in. zgłaszalności oraz jakości świadczeń, a w zakresie ewaluacji programu należy odnieść się do efektów zdrowotnych uzyskanych i utrzymujących się po zakończeniu programu, tj. np. stanu wiedzy dzieci i ich rodziców przed i po realizacji programu. Istotne jest szczegółowe określenie rodzaju danych, niezbędnych do obliczenia wskaźników oraz sposobu ich zbierania. Przed rozpoczęciem realizacji programu konieczne byłoby uzupełnienie zaplanowanych działań w zakresie prawidłowej monitorowania i ewaluacji programu.

Warto podkreślić, że w przypadku działań edukacyjnych i populacji dzieci, dla osiągnięcia swego rodzaju trwałości efektów, tj. utrzymania korzyści dla zdrowia po zakończeniu realizacji programu, zasadnym jest rozplanowanie cyklicznych działań i zachowanie swego rodzaju ciągłości.

Warunki realizacji

Nie określono sposobu wyboru realizatora programu, co jest ważne w kontekście wymogów ustawowych. Wybór realizatora programu powinien zostać dokonany w drodze konkursu ofert. Nie odniesiono się również do dokładnych warunków i kompetencji personelu niezbędnych do wykonywania świadczeń w ramach programu.

Okres realizacji programu został przewidziany na lata 2017-2019. Nie odniesiono się do ewentualnej kontynuacji działań w kolejnych latach. Warto podkreślić, że dla osiągnięcia trwałości efektów zdrowotnych należałoby rozważyć działania długofalowe. Zasadne byłoby doprecyzowanie sposobu zapraszania do programu.

Nie odniesiono się do sposobów zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją takie wskazania.

Koszt wykładu skierowanego do dzieci oszacowano na 50 zł, a do rodziców na 55 zł. Uwzględniono również koszt akcji informacyjnej. Koszt całkowity programu został oszacowany na kwotę 19 025 zł, tj. 9 145 zł w 2017 r., 5 075 zł w 2018 r. oraz 4 805 zł w 2019 r. Program ma być w całości sfinansowany z budżetu miasta Będzin.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) próchnica to umiejscowiony proces patologiczny, pochodzenia zewnątrz ustrojowego, który prowadzi do odwapnienia i proteolitycznego rozpadu twardych tkanek zęba. Głównym czynnikiem odpowiedzialnym za jej rozwój są bakterie wytwarzające kwasy niszczące szkliwo, w procesie rozkładu cukrów obecnych w produktach żywnościowych. Ze względu na kształt anatomiczny zębów, miejscem predysponowanym do powstawania ognisk choroby próchnicowej jest powierzchnia żująca zębów bocznych. Próchnica zębów jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą w populacji dzieci i młodzieży. Szacuje się, że 60-90% dzieci w wieku szkolnym ma ubytki w zębach. Zarówno w Polsce jak i na świecie próchnica uważana jest za chorobę społeczną.

Według WHO nadwaga i otyłość są definiowane jako nieprawidłowa lub nadmierna akumulacja tłuszczu, która stanowi zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Najczęstszą przyczyną otyłości są zaburzenia popędu żywieniowego prowadzące do zwiększenia się ilości tkanki tłuszczowej w organizmie, która powoduje patologie i dysfunkcje we wszystkich układach i narządach. Nadwaga i otyłość są głównymi czynnikami ryzyka dla wielu chorób przewlekłych, m.in. chorób układu naczyniowo-kръżeniowego, choroby zwyrodnieniowej stawów, kamicy nerkowej, zespołu snu z bezdechem i innych. Złe nawyki żywieniowe nabyte w dzieciństwie utralają się i mają wpływ na rozwój otyłości w społeczeństwie. W skali światowej liczba chorych z otyłością podwoiła się od roku 1980. W 2008 roku 1,5 mld dorosłych powyżej 20. r. ż miało nadwagę. Według danych Państwowego Zakładu Higieny obecnie odsetek ludzi z nadwagą i otyłych stanowi 43% populacji Polski.

Wszawica wywoływana jest przez wesz głowową, łonową czy odzieżową. Najczęściej występuje wszawica owłosionej skóry głowy. Prawie zawsze wszy przenoszą się przez bezpośredni kontakt z owłosioną skórą głowy osoby zarażonej. Objawy to świąd skóry głowy, obecność gnid na włosach lub żywych wszy wędrujących po skórze. Rozpoznanie nie jest trudne, a leczenie może być prowadzone bez udziału lekarza. Dostępne są bez recepty bezpieczne preparaty stosowane miejscowo. Gęstym grzebieniem należy wycesać zabite wszy i gnidy. Zaleca się równoczesne leczenie osób z bliskiego kontaktu.

Wirusowe zapalenie wątroby typu A (WZW A) jest chorobą zakaźną. Do zakażenia w ok. 95% dochodzi drogą pokarmową (droga fekalno-oralna), przez spożycie skażonego wirusem pożywienia lub wody, rzadziej przez bezpośredni kontakt z osobą zakażoną. Obraz kliniczny wirusowego zapalenia wątroby typu A zależy od wieku pacjenta. U dzieci poniżej 6 lat zakażenie HAV jest zazwyczaj bezobjawowe lub skąpoobjawowe. U dzieci starszych i u dorosłych prawie w 70–80 proc. przypadków ma przebieg objawowy. W okresie wylegania często występują takie objawy, jak: utrata łaknienia, nudności, wymioty, bóle brzucha, biegunka, stany podgorączkowe lub gorączka. Profilaktyka nieswoista polega na przecięciu dróg zakażenia przez poprawę stanu sanitarno-higienicznego, przestrzeganie zasad higieny. Jak wszystkie choroby przenoszone drogą fekalno-oralną należy szczególną uwagę zwrócić na regularne mycie rąk – szczególnie po wyjściu z toalety, a także przed przygotowaniem jedzenia oraz dbanie o wysokie standardy higieniczne w źródłach publicznego zaopatrzenia w wodę, prawidłowego unieszkodliwiania odpadów sanitarnych. Polska zaliczana jest do krajów o niskiej endemiczności.

Alternatywne świadczenia

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. 2009 nr 139 poz. 1133) wskazuje, że przeciwdziałanie chorobom dzieci i młodzieży jest jednym z zadań pielęgniarki szkolnej lub higienistki, co oznacza, że edukowanie uczniów na temat profilaktyki wszawicy może być przez nie przeprowadzane. Kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca pomiar BMI, powinna być wykonywana u dzieci rozpoczynających naukę w szkole, tj. w wieku 6-7 lat, a następnie w wieku 10, 13 i 16 lat. Zadanie to wpisane jest w obowiązki pielęgniarki lub higienistki szkolnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. 2013 poz. 1462) w ramach świadczeń gwarantowanych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia wymienia się badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej (kod ICD-9 CM 23.08). Świadczenie to jest udzielane 1 raz w roku kalendarzowym.

Ponadto, zgodnie z załącznikiem nr 1 do Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2012 poz. 977 z późn. zm.), w ramach wychowania przedszkolnego występują treści edukacji zdrowotnej, dotyczące kształtowania nawyków higienicznych, takich jak np. mycie się, mycie zębów, korzystanie z toalety itp.

Ocena technologii medycznej

W celu zachowania pełnego zdrowia oraz przeciwdziałaniu chorobom podkreśla się zasadność prowadzenia edukacji zdrowotnej, która ma ona na celu kształtowanie nawyku dbałości o zdrowie.

Wytyczne Ośrodka Rozwoju Edukacji (2011) podkreślają, że systematyczna edukacja zdrowotna jest uważana za najbardziej opłacalną, długofalową inwestycję w zdrowie społeczeństwa. 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).

Główne obszary tematyczne edukacji zdrowotnej w środowisku szkolnym 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.

W działaniach edukacyjnych w populacji dzieci istotny jest właściwy dobór narzędzi i formy ich realizacji. Wskazuje się na zasadność stosowania różnych metod aktywizujących, które stwarzają okazję do samodzielnej eksploracji, myślenia dziecka. Wymienia m.in. metody tworzenia i definiowania pojęć (np. burza mózgów), metody projektu, integracyjne, piramidy priorytetów itp. Ponadto, ważne jest aby zajęcia z zakresu edukacji zdrowotnej prowadzone były w oparciu

o doświadczenie specjalisty z zakresu zdrowia publicznego, pielęgniarstwa czy higienistki. Sugeruje się jednak, że to opiekun/wychowawca dziecka powinien posiadać stosowne kompetencje do wdrażania działań edukacyjnych

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: AOTMiT-OT-441-164/2016 „Program edukacji zdrowotnej dla dzieci w wieku przedszkolnym oraz ich rodziców na terenie miasta Będzina na lata 2017-2019” realizowany przez: Miasto Będzin, Warszawa, wrzesień 2016, Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki próchnicy i poprawy stanu zdrowia jamy ustnej u dzieci przedszkolnych i szkolnych – wspólne podstawy oceny”, lipiec 2012 r. i „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny”, kwiecień 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 265/2016 z dnia 12 września 2016 roku o projekcie programu „Program edukacji zdrowotnej dla dzieci w wieku przedszkolnym oraz ich rodziców na terenie miasta Będzina na lata 2017-2019”.