

**Opinia**  
**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych**  
**nr 224/2012 z dnia 19 listopada 2012**  
**o projekcie programu „Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszemu problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży” miasta Gdyni**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję pozytywną opinię o programie „Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszemu problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży” miasta Gdyni.

**Uzasadnienie**

Opiniowany program dotyczy ważnego zagadnienia. Ponadto został dobrze zaplanowany i przekonywująco uzasadniony.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem niniejszej opinii jest projekt programu zdrowotnego, którego głównym celem jest: wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszemu problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży. Program podzielony jest na dwie części:

- część edukacji zdrowotnej - dotyczącej w głównej mierze zdrowego odżywiania, ale także profilaktyki stosowania niedozwolonych środków dopingujących;
- część dotyczącą orzecznictwa i badań okresowych wykonywanych przez lekarza medycyny sportowej.

Program adresowany jest do:

- w działaniach edukacyjnych – do dzieci, młodzieży i dorosłych (około 2000-2200 osób rocznie);
- w działaniach lekarsko-orzeczniczych – do osób uprawiających sport (coroczne przeprowadzanie około 1200-1700 świadczeń z zakresu medycyny sportowej: badania wstępne i okresowe).

Trzyletni koszt realizacji programu to ok. 870 000 zł (210 000 zł część edukacyjna i 660 000 zł część orzeczniczo – lekarska).

**Problem zdrowotny**

Program zawiera w sobie dwa zasadnicze problemy zdrowotne profilaktykę nadwagi i otyłości, a także profilaktykę stosowania sterydów. Sport definiowany jest jako wszelkie formy aktywności fizycznej, które przez uczestnictwo doraźne lub zorganizowane wpływają na wypracowanie lub poprawienie kondycji fizycznej i psychicznej, rozwój stosunków społecznych lub osiągnięcie wyników sportowych na wszelkich poziomach.

WADA definiuje doping jako wystąpienie jednego lub więcej naruszeń regulaminu antydopingowego, który składa się z ośmiu odrębnych punktów. Określają one okoliczności i zachowania, które stanowią naruszenie przepisów antydopingowych. Przesłuchania w sprawach o doping przeprowadzane są w oparciu o stwierdzenie, że jeden lub kilka tych konkretnych przepisów zostało naruszonych. Stosowanie niedozwolonych środków dopingujących nie dotyczy tylko elity sportowej. W głównej mierze po doping sięgają osoby młode rekreacyjnie uprawiające sport. Najczęściej problem dotyczy młodych osób uczęszczających na siłownię. Szacuje się, że co drugi kulturysta i co dziesiąta kulturystka mają za sobą stosowanie sterydów anabolicznych. Skala rozpowszechnienia stosowania SAA wśród młodych osób rekreacyjnie uprawiających sport waha się od 0,9% do 7,1%. Zdecydowanie częściej sięgają po SAA nastolatki płci męskiej u których dodatkowo w wywiadzie stwierdzono stosowanie nielegalnych narkotyków, alkoholu i tytoniu. Większe prawdopodobieństwo sięgania po SAA występuje u studentów wychowania fizycznego. Osoby uprawiające piłkę nożną, zapasy, podnoszenie ciężarów i kulturystykę odznaczają się większym ryzykiem sięgania po SAA w stosunku do młodzieży nie uprawiającej tych dyscyplin sportu. We wnioskach końcowych z przeglądu odnaleźć można także informację, że wpływ rasy, grupy etnicznej i wieku nie jest do końca jasny. Warto także poddać kolejnym badaniom wpływ takich czynników jak rodzaj wykształcenia, czy status socjoekonomiczny.

Z kolei według definicji WHO nadwaga i otyłość są definiowane jako nieprawidłowa lub nadmierna akumulacja tłuszczu, która stanowi zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Jest to przewlekła choroba metaboliczna wynikająca z zaburzeń homeostazy energii. Pierwotną przyczyną otyłości alimentacyjnej są zaburzenia popędu żywieniowego prowadzące do zwiększenia się ilości tkanki tłuszczowej w organizmie, która powoduje patologie i dysfunkcje we wszystkich układach i narządach. Jest jedną z głównych przyczyn chorobowości i umieralności w krajach o średnim i wysokim rozwoju cywilizacyjnym. Warto zaznaczyć, że otyłość jest chorobą, której można uniknąć. 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 2008 roku 1,5 mld dorosłych powyżej 20. r.ż. miało nadwagę. W tym ponad 200 mln mężczyzn oraz ponad 300 mln kobiet było otyłych.

W 2010 r. prawie 43 mln dzieci poniżej 5. r.ż. miało nadwagę. 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. Dostępne są dane epidemiologiczne dla różnych grup wiekowych z uwzględnieniem podziału na województwa.

Nadwaga i otyłość są głównymi czynnikami ryzyka dla wielu chorób przewlekłych. Między innymi można wymienić cukrzycę, choroby układu naczyniowo-kръżeniowego, chorobę zwyrodnieniową stawów, kamicę nerkową, zespół snu z bezdechem oraz raka. Nadwaga i otyłość niesie także za sobą szereg negatywnych konsekwencji dla funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego otyłego człowieka. Otyłość ma wpływ na samoocenę pacjenta, niezadowolenie z kształtów i masy swojego ciała, poczucie winy i bezradności, depresji, nadużywania alkoholu, leków lub narkotyków. Złe nawyki żywieniowe nabyte w dzieciństwie utralają się i mają wpływ na rozwój otyłości w społeczeństwie. Otyłość przyczynia się do problemów społecznych, np. bezrobocia. Głównymi miernikami służącymi do diagnozy nadwagi i otyłości jest BMI – Body Mass Index, pomiar obwodu talii oraz WHR – waist/hip ratio. Obowiązujące normy BMI zostały ustalone przez WHO.

### **Alternatywne świadczenia**

Nie dotyczy.

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

- **Wnioski z oceny problemu zdrowotnego**

### **Profilaktyka nadwagi.**

Ogólne wnioski i zalecenia wynikające z opinii ekspertów, odnalezionych rekomendacji oraz dowodów naukowych dotyczących skuteczności i efektywności kosztowej programów dotyczących edukacji z zakresu zdrowego odżywiania oraz profilaktyki i leczenia otyłości:

- Programy dotyczące edukacji z zakresu zdrowego odżywiania oraz profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości powinny być realizowane przez jst ze względu na bliski kontakt z pacjentami oraz znajomość potrzeb społeczności lokalnej.
- Programy profilaktyki powinny obejmować zarówno populację zdrową (profilaktyka pierwotna), jak i populacje cierpiące na nadwagę i otyłość (profilaktyka wtórna).
- Edukacja jest podstawą wszelkich interwencji medycznych. Edukacją zdrowotną powinny zajmować się osoby wykwalifikowane w tym kierunku.
- Programy zdrowotne dotyczące nadwagi i otyłości powinny być prowadzone począwszy od dzieci przedszkolnych i szkolnych ze szczególnym uwzględnieniem tych grup wiekowych. Prowadzenie programów wśród młodzieży i dorosłych również jest zalecane, jednak może przynieść mniejsze korzyści z perspektywy służby zdrowia.
- Programy polegające na edukacji dzieci powinny obejmować także rodziców i opiekunów oraz całe rodziny.
- Najskuteczniejsze są programy wieloletnie oraz programy wielokomponentowe. Należy włączać w nie dietę, aktywność fizyczną oraz psychologiczne terapie behawioralno-poznawcze.
- Należy także wprowadzać zmiany środowiskowe sprzyjające utrzymaniu zdrowego stylu życia.
- Interwencje edukacyjne powinny aktywnie włączać uczestników w zajęcia.
- Badania przesiewowe w szkołach powinny odbywać się z zachowaniem prawa do intymności.
- Zalecany wskaźnikiem nadwagi i otyłości u dzieci jest pomiar BMI skorygowany o wiek i płeć w postaci centyli. Normy w populacji polskiej to: dla nadwagi pomiędzy 90 a 97 centylem, dla otyłości powyżej 97 centyli.
- Zalecany wskaźnikiem nadwagi i otyłości u dorosłych jest pomiar BMI, obwodu talii oraz WHR. Otyłość stwierdza się dla wartości powyżej 80 cm u kobiet i 94 cm u mężczyzn.
- W przypadku potwierdzonej nadwagi i otyłości zaleca się wykonać podstawowe badania laboratoryjne w celu wykluczenia chorób towarzyszących: nadanie ciśnienia krwi, badanie poziomu glukozy we krwi, lipidogram.
- Programy obejmujące zmianę diety u dorosłych powinny polegać na ograniczeniu kaloryczności dziennej racji żywieniowej o 500-1000 kcal/dzień. Zaleca się redukcję wagi o 5-10% w ciągu 6 miesięcy lub 0,5-1/tydz.
- Nieliczne dostępne dane na temat efektywności kosztowej wskazują na potencjalną efektywność kosztową programów profilaktyki otyłości.

- Otyłość jest jednym z podstawowych czynników etiologicznych choroby zwyrodnieniowej kolan, bioder oraz kręgosłupa. Zasadnym jest łączenie diagnostyki i terapii choroby zwyrodnieniowej stawów z profilaktyką i leczeniem otyłości.
- Odnalezione dane oraz opinie ekspertów potwierdzają bezpieczeństwo interwencji profilaktyki otyłości oraz edukacji w zakresie zdrowego żywienia.

### **Profilaktyka i przeciwdziałanie stosowaniu sterydów i środków dopingujących w sporcie.**

Sport definiowany jest jako wszelkie formy aktywności fizycznej, które przez uczestnictwo doraźne lub zorganizowane wpływają na wypracowanie lub poprawienie kondycji fizycznej i psychicznej, rozwój stosunków społecznych lub osiągnięcie wyników sportowych na wszelkich poziomach.

Obecnie substancje i metody zabronione klasyfikuje się w następujący sposób:

- Substancje i metody zabronione w każdym czasie (na zawodach i poza zawodami): środki anaboliczne, hormony i pokrewne substancje, beta-2 agoniści, środki anty-estrogenowe, diuretyki i inne środki maskujące, metody poprawiające transport tlenu, manipulacje chemiczne i fizyczne, doping genetyczny.
- Substancje i metody zabronione na zawodach: stymulanty, narkotyki, kanabinoidy, glukokortykosteroidy,
- Substancje zabronione w niektórych sportach: alkohol, beta-blokery
- Substancje określone w innych dokumentach technicznych

Warto wspomnieć, że na liście nie są zawarte pełne informacje dotyczące zabronionych substancji. Brak jest, w przypadku niektórych związków, dopuszczalnych limitów stężeń (np. dla morfiny czy karboksytetrahydrokanabinolu), poniżej których wykrycie substancji z listy nie powoduje pozytywnego wyniku badań antydopingowych. Informacje takie znajdują się w Dokumentach Technicznych, które są częścią Międzynarodowego Standardu dla Laboratoriów i które stanowią dla laboratoriów wskazówki w konkretnych sprawach technicznych.

Według danych zawartych w raporcie Komisji do Zwalczenia Dopingu w 2011 roku przeprowadzono 446 akcji kontrolnych o charakterze wewnętrznym i zewnętrznym (wykonywane na zlecenie związków sportowych, federacji międzynarodowych oraz organizatorów imprez międzynarodowych) podczas których pobrano 3020 próbek moczu i krwi. Program ten zakładał pobranie 2750 próbek (2700 standardowych próbek i 50 próbek krwi) od zawodników reprezentujących polskie związki sportowe i kluby startujące w rozgrywkach ligowych. W 2011 roku odnotowano 40 przypadków naruszenia przepisów antydopingowych (39 przypadków stosowania niedozwolonych substancji 1 przypadek stosowania metody zabronionej).

Ogólne wnioski i zalecenia wynikające z opinii ekspertów, odnalezionych rekomendacji oraz dowodów naukowych dotyczących skuteczności i programów dotyczących edukacji z zakresu profilaktyka i przeciwdziałania stosowaniu sterydów i środków dopingujących w sporcie:

- programy z zakresu niedozwolonego wspomagania wśród młodzieży powinny być prowadzone i finansowane, ponieważ: przyjmowanie substancji uznanych za dopingujące dotyczy nie tylko sportowców, ale przede wszystkim dorastającej młodzieży. W sporcie istnieje dobrze wypracowany system kontroli i penalizacji, natomiast w środowisku młodzieży szkolnej jedynym narzędziem przeciwdziałania jest szeroko zakrojona edukacja,

- wszystkie projekty programów dotyczących profilaktyki (przede wszystkim działań edukacyjnych) stosowania dopingu przez sportowców amatorów, młodzież o osoby rekreacyjnie ćwiczące powinny być konsultowane z Komisją Zwalczania Dopingu w Sporcie, która jest odpowiedzialna za prowadzenie polityki antydopingowej w Polsce,
- programy powinny obejmować swoim działaniem przede wszystkim populację młodzieży, gdyż w tym okresie pojawia się zainteresowanie budową swojego ciała i wtedy często rodzi się pokusa sięgania po sterydy w celu zmiany jego kształtu i zwiększenia rzeźby mięśniowej,
- powierzenie prowadzenia spotkań edukacyjnych i komentowania prezentacji multimedialnych osobom posiadającym dostateczną wiedzę medyczną i pedagogiczną.
- programy z zakresu niedozwolonego wspomagania wśród młodzieży powinny być prowadzone i finansowane z powodu dużej częstości występowania wspomagania w grupie osób młodych, a także z powodu powikłań dla zdrowia jakie nosi ze sobą stosowanie niedozwolonego wspomagania. Działania te powinny być wspomagane przez lekarza medycyny sportowej,
- dzięki wprowadzaniu programów profilaktyki stosowania dopingu zmniejszyć powinna się krótkim okresie czasu liczba nagłych zgonów wywołanych stosowaniem środków zabronionych, a w odległym przedziale czasu poprawi się jakość i długość życia.
- należy dołożyć starań, aby edukować sportowców, trenerów, rodziców, lekarzy i trenerów sportowych, a także ogół społeczeństwa dotyczących stosowania SAA i hGH,
- programy edukacyjne powinny skupić się na potencjalnych zagrożeniach medycznych wynikających ze stosowania androgenów i hGH, optymalizacji programów szkoleniowych oraz żywieniowych strategii zwiększających fizjologiczną adaptację i wydajność organizmu.
- Wg WADA programy edukacyjne z zakresu stosowania sterydów i środków dopingujących w sporcie powinny zawierać co najmniej następujące tematy:
  - substancje i metody na liście WADA,
  - naruszenia przepisów antydopingowych,
  - konsekwencje dopingu, w tym kary, konsekwencje zdrowotne i społeczne,
  - procedury kontroli dopingowej,
  - prawa i obowiązki sportowców oraz personelu pomocniczego sportowca,
  - wyłączenia dla celów terapeutycznych,
  - ryzyko stosowania suplementy (zanieczyszczenia w nich zawarte),
- działania edukacyjno – prewencyjne powinny być stosowane przede wszystkim w populacji dzieci i młodzieży, aniżeli w stosunku do grup sportowców wyczynowych,
- Szkoleniami powinny być objęte grupy lekarzy ogólnych, którzy mają niewystarczającą wiedzę na temat zakazanych środków dopingujących, a jednocześnie mają najczęstszy kontakt z osobami rekreacyjnie uprawiającymi sport i uczęszczającymi na siłownię.

- **Wnioski z oceny programu miasta Gdyni**

Program w dużej części przygotowany został zgodnie z szablonem zaproponowanym przez Agencję.

Program podzielony został na dwie części: część edukacji zdrowotnej, a także część orzeczniczą. Obydwie części skierowane są głównie do młodych sportowców z terenu miasta Gdynia. Wydaje się, że jest to pewne zawężenie populacji, wnioskodawca zakłada objęcie programem 1200 młodych sportowców jeżeli chodzi o orzecznictwo, oraz 2000 osób jeżeli chodzi o część edukacyjną. Stwierdzić należy jednak fakt, że wnioskodawca zamierza połączyć dwie części we wspólną całość, dzięki czemu uzyskany zostanie efekt kumulujący działalność edukacji zdrowotnej wraz z wysiłkiem fizycznym. Takie postępowanie zgodne jest z aktualnymi wytycznymi i rekomendacjami.

Programy polegające na edukacji dzieci powinny obejmować także rodziców i opiekunów oraz całe rodziny. Programy profilaktyki nadwagi i otyłości powinny łączyć w sobie działania edukacyjne, jak i aktywności fizycznej - zatem program w tym zakresie zgodny jest z wytycznymi.

Zgodnie z wytycznymi, działania z zakresu edukacji i profilaktyki dopingów powinny być prowadzone i finansowane z powodu dużej częstości występowania wspomagania w grupie osób młodych, a także z powodu powikłań dla zdrowia jakie nosi ze sobą stosowanie niedozwolonego wspomagania. Działania te powinny być wspomagane przez lekarza medycyny sportowej. Jak wynika z treści programu lekarz medycyny sportowej lub posiadający odpowiedni certyfikat PTMS będzie brał udział w programie.

Część edukacyjna poświęcona profilaktyce dopingowi zgodna jest z wytycznymi WADA w tym zakresie.

Wydaje się, że program w części orzeczniczej polegać ma w głównej mierze na zwiększeniu dostępności do lekarza medycyny sportowej dla dzieci, oraz osób do 23 roku życia amatorsko uprawiających sport.

W projekcie pojawiają się także informacje o tym, że przeprowadzona ma być edukacja zdrowotna. Są to jednak tylko informacje szczątkowe i nie sposób odnieść się do nich. Nie wiadomo czego dotyczyć ma edukacja, nie wiadomo gdzie ma się odbywać, ani kto ma przeprowadzać działania edukacyjne. Warto zaznaczyć, że na podstawie art. 27 ust 8 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej obejmujących dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia, którzy nie otrzymują wynagrodzenia w związku z uprawianiem sportu jest świadczeniem gwarantowanym. Skierowanie na badania wstępne do uprawiania danej dyscypliny sportu wydaje lekarz POZ. Wnioskodawca wskazuje także, że na terenie miasta Gdyni funkcjonują trzy niepubliczne poradnie medycyny sportowej. Poradnie udzielają ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia świadczeń medycznych w zakresie: orzekania lekarskiego o zdolności i orzekania o niezdolności do uprawiania różnych dyscyplin sportu. Oprócz badań wstępnych w poradniach przeprowadza się badania okresowe i kontrolne. Łącznie trzy poradnie pracują tylko 15 godzin tygodniowo. Tym samym wnioskodawca wskazuje na zbyt małą liczbę godzin pracy poradni sportowej. Wydaje się, że dzięki programowi zwiększy się dostępność do lekarza medycyny sportowej.

Informacje zawarte w części poświęconej epidemiologii sugerują, że część edukacyjna skierowana ma być do wszystkich mieszkańców Gdyni: dzieci ich rodziców, a nawet dziadków. Jednak już w rozdziale poświęconym sprawom związanym z finansami mowa jest tylko o 2000–2200 dzieci rocznie. Nie są to informacje do końca spójne.

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 raportu „*Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży*” nr: AOTM-OT-441-179/2011, Warszawa, listopad 2012 i aneksów: „Profilaktyka i przeciwdziałanie stosowaniu sterydów i środków dopingujących w sporcie – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, czerwiec 2012 oraz „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych; Warszawa, lipiec 2012.