



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 69/2015 z dnia 30 marca 2015 r.  
o projekcie programu powiatu ostrowskiego „Jestem zdrowy  
bo zdrowo jem”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu powiatu ostrowskiego „Jestem zdrowy bo zdrowo jem”.

**Uzasadnienie**

Projekt nie został przygotowany zgodnie z zaleceniami AOTMiT i wymaga gruntownych zmian jego założeń.

Program jest adresowany do ograniczonej grupy młodzieży szkół ponadgimnazjalnych, bez żadnego jednocześnie odniesienia do wielkości tej populacji w powiecie ostrowskim. Stawia to pod znakiem zapytania możliwość oceny efektywności Programu, której miernikiem ma być spadek odsetka młodzieży z niedożywieniem, nadwagą i otyłością.

Cele są zredagowane na znacznym poziomie ogólności i są nie do osiągnięcia w krótkiej perspektywie realizacji Programu określonej na czas od września do października 2015. Osiągnięcie tych celów wymagałoby nie tylko realizacji dodatkowych świadczeń medycznych, o czym w Programie nie ma mowy, ale także zastosowania złożonych analiz zdrowotnych i ekonomicznych w perspektywie wieloletniej. W części są to cele nierealne jeśli oceniać możliwość osiągnięcia dzięki Programowi celu polegającego np. „zmniejszeniu ...przedwczesnej umieralności”.

Edukacja zdrowotna powinna być adresowana do szerszej populacji, obejmującej więcej roczników, zwłaszcza młodszych w stosunku do założonego w Programie, gdyż złe nawyki żywieniowe i ich skutki fizyczne utrwalają się w okresie znacznie wcześniejszego życia dzieci i młodzieży. W programie brak jest informacji o adresowaniu akcji edukacyjnej także do rodziców młodzieży. Oczekiwane efekty polegające m. in. na istotnych modyfikacjach codziennej diety są całkowicie nierealistyczne. Czas przeznaczony dla każdej 30 osobowej grupy szkolnej nie pozwoli na rzeczywistą identyfikację czynników odpowiadających za cechy somatyczne badanej młodzieży, nawet jeśli ograniczyć je wyłącznie do parametrów niezbędnych do prawidłowego wyliczenia BMI. Program nie zawiera również żadnej informacji dotyczącej analizy dystrybucji niezdrowej żywności w szkołach objętych Programem i planu ewentualnych działań naprawczych w tym zakresie

Zapisany w czterech liniach sposób monitorowania i ewaluacji Programu powinien być określony a priori i szczegółowo, a ankieta adresowana do młodzieży powinna być załączona do Programu celem umożliwienia oceny jej konstrukcji. W Programie brak jest informacji dotyczącej zgody rodziców na uczestniczenie młodzieży w Programie. Budżet Programu poza kwotą ogólną przeznaczoną jego realizację nie zawiera żadnej kalkulacji kosztów. Podawanie



kosztu jednostkowego wobec realizacji Programu w grupach mija się z celem.

### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny na rok szkolny 2014/2015 z zakresu profilaktyki pierwotnej. Głównym celem omawianego projektu jest upowszechnienie wiedzy na temat zdrowego, racjonalnego odżywiania oraz zmniejszenie występowania problemu nadwagi i niedożywienia u młodzieży szkół ponadgimnazjalnych prowadzonych przez powiat ostrowski.

AOTMiT oceniała w 2013 r. projekt programu powiatu ostrowskiego dotyczący prawidłowego odżywiania (Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 89/2014 z dnia 5 maja 2014 r.). Autorzy z projektu odnieśli się częściowo do uwag zamieszczonych w opinii Prezesa. Poprzedni projekt programu nie zawierał: kosztu jednostkowego, wskaźników zgłaszalności, mierniki efektywności zostały nieprawidłowo określone, program powinien mieć charakter długofalowy, termin rozpoczęcia programu został określony na wrzesień (poprzedza wakacje także akcja promocyjna trafiłaby do małej liczby osób). Projekt programu został oceniony negatywnie

Program adresowany jest do młodzieży I klas 10 szkół ponadgimnazjalnych, ok. 1600 osób. Budżet projektu wynosi 70 000 zł. Koszt jednostkowy został oszacowany na 43 zł.

Oczekiwany efektem programu jest zminimalizowanie zagrożeń wynikających z nieprawidłowego stylu odżywiania, zmniejszenie udziału cukrów, tłuszczów, soli kuchennej oraz zwiększenie spożycia ryb, owoców warzyw oraz produktów pełnoziarnistych w codziennej diecie.

### **Ocena projektu programu polityki zdrowotnej powiatu ostrowskiego**

#### Znaczenie problemu zdrowotnego

Przedmiotowy program można zaliczyć do programów z zakresu profilaktyki pierwszorzędowej, której działania kierowane są przede wszystkim do ludzi zdrowych.

Przedmiotowy Program dotyczy określonego problemu zdrowotnego. Zakres programu jest zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych oraz Narodowym Programem Zdrowia na lata 2007-2015—cel strategiczny: poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej oraz zmniejszenie występowania otyłości.

#### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest upowszechnienie wiedzy na temat zdrowego, racjonalnego odżywiania oraz zmniejszenie występowania problemu nadwagi i niedożywienia. Wnioskodawca określił również 7 celów szczegółowych: zwiększenie świadomości żywieniowej społeczeństwa, modyfikacja modelu spożywania żywności, zmniejszenie częstości występowania czynników ryzyka chorób dieto zależnych, zmniejszenie częstości występowania hipercholesterolemii, hipertriglicydemii, zmniejszenie częstości występowania przedwczesnej niepełnosprawności fizycznej, zmniejszenie kosztów leczenia przewlekłych chorób niezakaźnych oraz skutków ekonomicznych niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności, wydłużenie przeciętnego trwania życia mężczyzn oraz kobiet.

#### Populacja docelowa

Program obejmie młodzież I klas 10 szkół ponadgimnazjalnych prowadzonych przez powiat ostrowski w roku szkolnym 2015/2016. Łącznie 48 oddziały. Czas trwania Programu dla 1 oddziału wynosić będzie 3 godz. Populacja wynosić będzie ok. 1600 osób w wieku 16 lat.

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 zdrowia publicznego. Należy zauważyć, iż młodzież w wieku 16 lat, ma swoje nawyki żywieniowe, które mogą stanowić dodatkowe utrudnienie w osiągnięciu założonych celów programu zdrowotnego. Warto byłoby takimi działaniami objąć jeszcze młodsze grupy dzieci.

Zakłada się że w programie wezmą udział wszystkie dzieci z 1600 osób. Należy mieć na uwadze fakt, że w przypadku osób niepełnoletnich wymagana powinna być zgoda rodziców/opiekunów prawnych na udział dziecka w programie. Wnioskodawca nie wspomina o takiej zgodzie jak również nie przedstawia żadnego wzoru ewentualnej zgody na udział dziecka w programie.

W projekcie Programu brakuje informacji na temat liczby dzieci zamieszkujących powiat ostrowski. Według danych GUS za 2013 r. ich liczba wyniosła 1 930 dzieci w wieku 16 lat.

Grupa młodych uczestników może okazać się grupą, która wymagać będzie większego nakładu narzędzi dydaktycznych. Ważnym jest by globalny problem prawidłowego odżywiania został przedstawiony w sposób interesujący. Młodzi ludzie nie zdają sobie sprawy z powagi prawidłowego odżywiania. A ich wiedza na ten temat nie rzadko ogranicza się do znajomości pojęcia anoreksji i bulimii.

### Interwencja

Wnioskodawca w sposób prawidłowy przygotował punkt związany z interwencjami stosowanymi w programie. Wydaje się, że są one opisane w sposób wyczerpujący oraz można zauważyć, że są ze sobą powiązane.

Wg opinii eksperckich zalecane jest przeprowadzanie działań wieloletnich, natomiast okres realizacji omawianego programu to okres od września do października 2015 r.

Poniżej przedstawiono elementy przedmiotowego programu, które są zgodne i niezgodne z opiniami eksperckimi oraz wnioskami z dowodów naukowych.

Elementy przedmiotowego programu zdrowotnego zgodne z opiniami eksperckimi oraz wnioskami z dowodów naukowych:

- Program przedstawia interwencję w zakresie profilaktyki pierwotnej.
- Program opiera się na edukacji, która jest podstawą wszelkich interwencji medycznych.
- Edukacją zdrowotną będą zajmować się osoby wykwalifikowane w tym kierunku.
- Program zakłada monitorowanie wskaźnika BMI.

Elementy przedmiotowego programu zdrowotnego niezgodne z opiniami eksperckimi oraz wnioskami z dowodów naukowych:

- Program będzie realizowany w terminie od września do października 2015 r. (rekomendowane jest prowadzenie działań wieloletnich).
- Program nie obejmuje swoim zakresem edukacji rodziców.
- Według ekspertów programy mające na celu modyfikowanie stylu życia powinny być projektowane przy współudziale psychologów zdrowia i uwzględniać psychologiczne metody oddziaływania – w projekcie brak informacji o tego typu interwencjach.

Ponadto eksperci kliniczni sugerują, aby na czas trwania takiego programu zdrowotnego usunąć ze szkół wszystkie automaty, w których dzieci (w tym przypadku młodzież) mogą się zaopatrzyć w niezdrową żywność. Zalecane jest zwiększenie dostępu do zdrowego żywienia w szkole.

W Projekcie programu zawarto sposób zapraszania do udziału w programie. Informacje o programie będą przekazywane do dyrekcji szkół. Warto byłoby również przygotować plakaty oraz przeprowadzić kampanie w Internecie wykorzystując w tym celu popularne wśród młodych ludzi portale społecznościowe.

Etapy organizacyjne zostały dokładnie opisane. Olejne etapy zazębiają się ze sobą tworząc jednolitą całość projektu

Brakuje określenia formy zakończenia udziału w programie. Wnioskodawca również nie określił czy konkurs ofert będzie prowadzony w trybie otwartym.

W projekcie określono jakie wymagania są stawiane osobom prowadzącym pogadanki w szkołach oraz np. weryfikujące wyniki poziomów BMI.

Okres realizacji programu został określony na wrzesień- październik 2015 r. Wydaje się, zasadnym wprowadzenie kontynuacji takiego programu w latach następnych.

Autorzy projektu programu nie definiują sposobu powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.

### Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja odnoszą się do oceny jakości i efektywności przeprowadzonych świadczeń. Mierniki efektywności zostały sformułowane nieprawidłowo. Miernikiem efektywności nie może być sam wynik badania stanu odżywiania młodzieży. Należałoby w tym przypadku określić raczej spadek tego odsetka, a nawet jego wartość, np. spadek odsetka młodzieży z nadwagą o 50%.

W projekcie programu autorzy nie przedstawili wskaźników odpowiedzialnych za ocenę zgłaszalności do programu. Należy pamiętać o zgodzie rodzica/opiekuna dziecka. Nie można wykluczyć braku zgody lub chociażby choroby dziecka w trakcie trwania programu, co w konsekwencji może wpływać na ten wskaźnik.

### Warunki realizacji

Autorzy projektu programu przedstawili koszty jednostkowe wynoszące 43 zł. Łącznie koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 70 000 zł. Właściwie kosztem jednostkowym w tym przypadku powinien być koszt 1 godziny zajęć edukacyjnych, który wyniesie ok. 437 zł. Raczej wiadomym jest, że edukacja nie będzie prowadzona dla każdego beneficjenta oddzielnie, ale dla grupy beneficjentów. Z tego względu koszt ten wydaje się być dość wysoki z uwagi

na krótki czas programu (2 miesiące), łącznie 160 godziny, organizację oraz zastosowane narzędzia dydaktyczne – pogadanka, prezentacja multimedialna i pomiar BMI. Jednakże nie można definitywnie tego stwierdzić, gdyż jak już wspomniano powyżej, nie przedstawiono szczegółowego kosztorysu. Zdecydowanie transparentniej wyglądałoby przedstawienie poszczególnych elementów wchodzących w skład kosztu jednostkowego. Z uwagi na brak takiego kosztorysu, analityk AOTMiT nie był w stanie zweryfikować w pełni poprawności założeń związanych z kosztem jednostkowym.

### **Problem zdrowotny**

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. Wskaźnik BMI jest równy lub przekracza 30 kg/m<sup>2</sup>. Otyłość jest jedną z najważniejszych przewlekłych chorób niezakaźnych, która przybrała charakter epidemii. Nadwaga i otyłość są głównymi czynnikami ryzyka dla wielu chorób przewlekłych i według ekspertów niosą 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 utrwalają się i mają wpływ na rozwój otyłości w społeczeństwie, która z kolei przyczynia się do problemów społecznych, np. bezrobocia.

### **Alternatywne świadczenia**

Świadczenia gwarantowane w zakresie POZ ukierunkowane są na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, leczenie, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności oraz usprawnianie i pielęgnację świadczeniobiorcy w chorobie. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ocena rozwoju fizycznego dziecka należy do zadań lekarza POZ oraz pielęgniarki lub higienistki szkolnej i jest prowadzona w ramach porad patronażowych w następujących latach życia: 6 lub 7, 10, 12, 13, 16 i 18. Ponadto w latach 2007-2011 był prowadzony Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości, który opierał się na prewencji pierwotnej. W chwili obecnej program nie jest już kontynuowany.

### **Ocena technologii medycznej**

#### Podsumowanie opinii ekspertów klinicznych dotyczących programów edukacji w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży:

Programy dotyczące edukacji z zakresu zdrowego odżywiania oraz profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości powinny być realizowane przez jest 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.

W programy należy włączać w nie dietę, aktywność fizyczną oraz psychologiczne terapie behawioralno-poznawcze.

Badania przesiewowe w szkołach powinny odbywać się z zachowaniem prawa do intymności. Badania dzieci i młodzieży powinny odbywać się na osobności w gabinetach pielęgniarskich.

Konieczna jest ewaluacja wyników programu profilaktyki poprzez kontrolę BMI lub obwodu talii beneficjentów przez, w trakcie i po przeprowadzeniu programu, przygotowanie ankiety oceniającej odbiór programu przez beneficjentów oraz przeprowadzenia ankiety monitorującej zachowania zdrowotne uczestników programu.

Programy nieprofesjonalnie przygotowane i nieewaluowane nie powinny być realizowane. Niemożliwa jest bowiem ocena propozycji uzyskanych efektów w stosunku do poniesionych kosztów.

W czasie realizacji szkolnych programów dotyczących edukacji w zakresie zdrowego odżywiania należy uniemożliwić dzieciom dostęp do „niezdrowej żywności” poprzez usunięcie automatów ze słodyczami lub zaopatrzenie ich w produkty zgodne z założeniami programu. Możliwe jest wystąpienie konfliktu interesów pomiędzy przedstawicielami jst, a właścicielami sklepików szkolnych oraz innych punktów gastronomicznych oferujących „niezdrową żywność”.

Modyfikacja stylu życia jest jednym z najtrudniejszych zadań planowanych w ramach programów zdrowotnych jst. Kształtowanie określonych postaw zdrowotnych jest bardzo trudne wśród osób chorych, a jeszcze trudniejsze jako działanie prewencyjne w populacji zdrowej. Interwencje w tym kierunku powinny wymuszać interaktywność beneficjentów. Preferowaną formą takiej edukacji są np. warsztaty.

W programach powinny zostać uwzględnione psychologiczne metody oddziaływania takie jak pomoc w przezwyciężaniu barier stojących na drodze do zmiany, pomoc w precyzowaniu własnych celów zdrowotnych. Przy projektowaniu programów powinni brać udział psychologowie zdrowia.

Konsultacje z dietetykiem powinny polegać na ułożeniu indywidualnego jadłospisu dla każdego pacjenta.

#### Podsumowanie rekomendacji klinicznych i wniosków naukowych:

W praktyce klinicznej otyłość jest oceniana na podstawie BMI (kategorie wg WHO 2007) oraz obwodu talii. Zalecanym 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.

Diagnostyka i skrining nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży powinny polegać na pomiarze BMI percentyli.

Do diagnostyki dziecięcej nie powinno używać się obwodu talii oraz międzynarodowych tabel

otyłości.

Dziecko, u którego zdiagnozowano nadwagę lub otyłość powinno być kierowane do lekarza specjalisty.

Kurację odchudzającą zaleca się u dzieci z BMI powyżej 95 centyla.

Najlepszą formą profilaktyki otyłości jest połączenie edukacji w zakresie zdrowego odżywiania z aktywnością fizyczną.

Władze lokalne powinny współpracować z lokalnymi partnerami (przedsiębiorcami czy organizacjami pożytku publicznego), aby budować bardziej przyjazne i bezpieczne środowisko dla incydentalnej lub planowanej aktywności fizycznej poprzez poprawę bezpieczeństwa otoczenia.

Interwencje powinny być prowadzone z udziałem rodziców i rodziny oraz uwzględnieniem środowiska społecznego.

Rekomenduje się prowadzenie ciągłych programów profilaktycznych przeciwko nadwadze i otyłości.

Należy edukować zarówno dzieci jak i rodziców i nauczycieli w zakresie zdrowego odżywiania.

Szkolne programy prewencji nadwagi i otyłości mogą być potencjalnie efektywne.

Dziewczęta bardziej reagują na interwencje edukacyjne, natomiast chłopcy na interwencje promujące aktywność fizyczną.

Multikomponentowe interwencje promujące spożywanie owoców i warzyw stosowane w ramach szkolnych programów prewencyjnych są skuteczne.

W badaniach nie wykazano skuteczności interwencji polegających na degustacjach czy nauce gotowania.

W badaniach dowiedziono umiarkowanej efektywności behawioralnych interwencji edukacyjnych.

Interwencje złożone z większej ilości komponentów są bardziej efektywne niż te mniej złożone.

Programy długotrwałe są skuteczniejsze niż krótkotrwałe.

Interwencje profilaktyczne są kosztowo efektywne.

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

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: AOTMiT-OT-441-47/2015, „Jestem zdrowy bo zdrowo jem” realizowany przez: Powiat Ostrowski, Warszawa, marzec 2015 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, lipiec 2012.