



Opinia Prezesa

Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

nr 26/2020 z dnia 5 maja 2020 r.

o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program zapobiegania nadwadze i otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym pn. „Zdrowy Przedszkolak” na lata 2020-2025” realizowany przez gminę Pawłowice

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program zapobiegania nadwadze i otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym pn. „Zdrowy Przedszkolak” na lata 2020-2025” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości, dostępne dowody naukowe oraz znaczenie problemu zdrowotnego należy uznać za zasadne wdrożenie w regionie opiniowanego programu polityki zdrowotnej.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że problem zdrowotny, którego dotyczy projekt programu, jest istotny z perspektywy globalnej, ogólnokrajowej oraz z perspektywy regionalnej. Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych, w województwie śląskim w 2016 r. odnotowano 0,20 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznanych zakwalifikowanych jako otyłość dzieci.

W przypadku programów z zakresu przeciwdziałania nadwagi i otyłości ich planowanie powinno uwzględniać realne cele i oczekiwane efekty zdrowotne, adekwatne do posiadanych zasobów. Ponadto istotne jest, aby uzyskany efekt przeprowadzonych działań utrzymywał się również po zakończeniu programu.

Przeprowadzona analiza kliniczna wskazuje, że do redukcji występowania otyłości w populacji pediatrycznej, skutecznie przyczynia się prowadzenie interwencji multikomponentowej. Wyniki odnalezionych metaanaliz pokazują, że wdrożenie ww. działania, przyczynia się do redukcji wartości BMI w populacji pediatrycznej. Odnalezione wytyczne kliniczne zgodnie rekomendują realizację interwencji multikomponentowej w celu obniżenia masy ciała u dzieci i zmniejszenia częstości występowania otyłości w ww. populacji.

Wobec powyższego, wdrażanie interwencji multikomponentowej jest działaniem prawidłowym i stanowi jeden z najważniejszych elementów programów polityki zdrowotnych odnoszących się do nadwagi i otyłości.

Jednocześnie, biorąc pod uwagę dostępne środki finansowe oraz sytuację epidemiologiczną należy rozważyć i w miarę możliwości uzupełnić działania dotyczące aktywności fizycznej o grupowe zajęcia aktywności fizycznej, w których uczestniczyłyby dzieci. Działanie to pozwoliłoby na utrwalanie nawyków wypracowywanych w trakcie programu. Warto wskazać, że zgodnie z rekomendacjami, aktywność fizyczna w ramach prewencji nadwagi i otyłości jest zalecana w minimalnym zakresie wynoszącym 20 min, 5 razy w tygodniu, natomiast optymalny czas poświęcany na aktywność fizyczną



wynosi 60 minut i aktywność ta powinna być podejmowana codziennie lub niemal codziennie (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, ES 2017, MoH NZ 2016).

U dzieci ze zdiagnozowaną nadwagą lub otyłością, powinny być wykonywane ćwiczenia co najmniej 3 razy w tygodniu, adekwatnie do ich fizycznych możliwości. Przykłady aerobowych i oporowych aktywności dla otyłych dzieci to: ćwiczenia na bieżni, na rowerku treningowym, na trenażerze eliptycznym, zajęcia wodne (pływanie, aerobik wodny); pompki, przysiady, brzuszki, podnoszenie ciężarów, ćwiczenia z wykorzystaniem maszyn do ćwiczeń siłowych i elastycznych taśm oporowych, trening obwodowy. Ćwiczenia powinny być wykonywane pod nadzorem wykwalifikowanej osoby (ISPED, ISP 2018).

Działania w ramach programu zostały zaplanowane z zachowaniem spójności wewnętrznej, co również jest istotnym elementem przemawiającym za pozytywną opinią.

Jednakże, w celu zachowania najwyższej jakości podejmowanych w ramach programu działań, należy uwzględnić poniższe uwagi:

- Cel główny oraz część celów szczegółowych należy uzupełnić o wartości docelowe, do których mają dążyć podejmowane w ramach programu działania. W odniesieniu do celu głównego, należy wskazać o ile punktów procentowych zmniejszy się odsetek dzieci z nadwagą i otyłością w stosunku do odsetka zidentyfikowanego w trakcie badań przesiewowych wskutek podjętych działań.
- Część z interwencji zaplanowanych do realizacji w ramach programu, jest obecnie finansowana ze środków publicznych, zatem należy mieć na uwadze ryzyko podwójnego finansowania świadczeń, należy też to ryzyko właściwie opisać w programie oraz podjąć działania zmierzające do jego wyeliminowania.
- W budżecie programu należy uwzględnić wszystkie elementy składowe programu, które mają wpływ na koszty realizacji programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości. Budżet programu wynosi 153 005 zł, a jego realizacja jest zaplanowana na lata 2020-2025.

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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.), 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

Problem zdrowotny opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej wpisuje się w priorytet zdrowotny zgodny z §1 ust. 3) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 469): „przeciwdziałanie występowaniu otyłości”.

W ramach projektu programu opisano problem zdrowotny. Wzięto także pod uwagę sytuację epidemiologiczną przedstawiając europejskie dane dot. występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci. Natomiast na podstawie map potrzeb zdrowotnych oraz wyników badań przeanalizowano sytuację epidemiologiczną w kraju, wskazując, że ok. 10% dzieci w wieku 1-3 lat ma nadwagę lub otyłość, a dodatkowe 18,4% dzieci z ww. grupy wiekowej jest zagrożone nadmierną masą ciała.

W projekcie nie przedstawiono danych epidemiologicznych z obszaru, na którym realizowany ma być program. Dane te w miarę ich dostępności należy uzupełnić.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem projektu programu jest „zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku 3-6 lat uczęszczających do przedszkoli na terenie gminy Pawłowice poprzez regularne wykonywanie pomiarów antropogenicznych, zmianę nawyków żywieniowych dzieci i rodziców oraz poszerzenie wiedzy i świadomości zdrowotnej na temat zasad zdrowego odżywiania się”.

W treści projektu wskazano również 8 celów szczegółowych:

- przeszkolenie rodziców lub opiekunów prawnych wszystkich dzieci uczęszczających do przedszkoli w zakresie zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej,
- podniesienie świadomości wszystkich dzieci w wieku 3-6 lat uczęszczających do przedszkoli na terenie gminy Pawłowice na temat zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej
- wyłonienie grupy dzieci z nadwagą i otyłością spośród dzieci uczęszczających do przedszkoli w wieku 3-6 lat poprzez wykonanie badań przesiewowych,
- objęcie opieką specjalistyczną (pielęgniarską, lekarską, dietetyczną, psychologiczną) dzieci mających nieprawidłową wagę ciała,
- włączenie rodziców lub opiekunów prawnych w działania polegające na zmianie stylu życia dziecka i rodziny ,
- zmniejszenie masy ciała u dzieci z nieprawidłową wagą ciała poprzez wykonywanie systematycznych pomiarów antropogenicznych i porównywanie ich z normami (co najmniej raz na kwartał)
- zapewnienie wsparcia rodzicom i dzieciom, które mają nieprawidłową wagę ciała przez wykwalifikowany zespół składający się z pielęgniarki, lekarza pediatry, dietetyka, psychologa
- zmotywowanie rodziców lub opiekunów prawnych dzieci, które mają nieprawidłową wagę ciała do zmiany nawyków żywieniowych i wdrożenia aktywności fizycznej.

Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu oraz wielkości oczekiwanych wartości zmian) zdefiniowany, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Nie wskazano wartości docelowej, do której mają dążyć podejmowane w ramach programu działania. Należy te elementy celu głównego uzupełnić. W odniesieniu do celu głównego, należy wskazać o ile punktów procentowych zmniejszy się odsetek dzieci z nadwagą i otyłością w stosunku do odsetka zidentyfikowanego w trakcie badań przesiewowych.

W odniesieniu do celów szczegółowych, również należy określić oczekiwane zmiany wartości, analogicznie do postępowania przyjętego względem celu głównego.

Ponadto należy zaznaczyć, że większość celów szczegółowych (nr 1, 3, 4, 5, 7, 8) została sformułowana w postaci działania i opisuje zaplanowane w projekcie interwencje. Cel nr 2 dotyczący wzrostu świadomości wszystkich dzieci w wieku 3-6 lat w zakresie zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej w przyjętym opisie może być trudny do zmierzenia, gdyż nie wskazano narzędzia pomiarowego. Z opisu projektu wynika, że w wyniku prowadzonych działań edukacyjnych będzie natomiast możliwe sprawdzenie wzrostu wiedzy u uczestników PPZ. Cel nr 6 wydaje się być wewnętrznie niespójny i wymaga weryfikacji, ponieważ wykonanie pomiarów antropogenicznych i porównanie go normami nie wpływa bezpośrednio na zmniejszenie masy ciała u dzieci. Cel 7 sugeruje, że programem zostaną objęci również rodzice z nieprawidłową masą ciała, należy zatem zweryfikować zaproponowany zapis. Ponadto zarówno w celach programowych, jak i pozostałych elementach wskazuje się „nieprawidłowa waga ciała”, przy czym należy wskazać, że głównym wyznacznikiem nadwagi lub otyłości jest wskaźnik BMI. Należy zatem skorygować ten zapis w projekcie.

W projekcie programu zaproponowano 6 mierników efektywności, tj.

- liczba przeprowadzonych szkoleń dla rodziców lub opiekunów prawnych na temat zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej,

- liczba przeprowadzonych pogadanek dla dzieci na temat zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej,
- liczba uczestników badań przesiewowych w ramach kompleksowej analizy zdrowotnej,
- liczba uczestników z nieprawidłową wagą ciała zakwalifikowanych do dalszej interwencji specjalistycznej,
- liczba dzieci, u których nastąpiło obniżenie wartości wskaźnika BMI na zakończenie programu w stosunku do wyników na początku programu (ocena dokonywana w porównaniu do wyniku na początku programu, po pół roku i po roku)
- liczba dorosłych uczestników, u których nastąpiła zmiana zachowań zdrowotnych i żywieniowych (badanie ankietowe).

Zgodnie z definicją mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Wskaźniki 1, 2, 3, 4 nie spełniają funkcji mierników efektywności, natomiast mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania przebiegu programu. Pozostałe przedstawione w projekcie mierniki odnoszą się bezpośrednio do celów programu. Należy mieć na względzie, że wymagane jest, aby każdy z celów szczegółowych miał określony odpowiadający mu miernik. W związku z czym, w przypadku celów szczegółowych, które nie miały dotychczas określonego miernika, wymaga się, aby ten miernik określić i opisać w projekcie programu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowić będą dzieci w wieku 3-6 lat objęte wychowaniem przedszkolnym.

Wskazano, że liczba dzieci w ww. wieku w gminie Pawłowice wynosi ok. 900 osób rocznie. Przedstawione informacje są zbliżone do danych zamieszczonych na stronie internetowej GUS.

W projekcie założono, że ok. 70% populacji dzieci uczęszcza do przedszkoli, co stanowi jedno z kryteriów włączenia. Do programu interwencyjnego zakwalifikowanych zostanie 20% dzieci poddanych badaniom przesiewowym.

W projekcie przedstawiono liczbę dzieci, które będą mogły skorzystać z programu wraz z podziałem na interwencje, wiek dzieci oraz poszczególne lata trwania programu.

W 2020 r. programem zostanie objęte 620 dzieci, w 2021 – 623, w 2022 – 637, w 2023 – 651, w 2024 – 641, a w 2025 – 651 dzieci. W pierwszym roku realizacji programu wszystkimi elementami programu zostaną objęte dzieci w wieku 3-6 lat, natomiast w kolejnych latach tylko dzieci 3 letnie, a te w wieku 4-6 lat będą miały wykonywane pomiary wagi oraz BMI oraz będzie prowadzona edukacja wśród dzieci i rodziców. W projekcie wskazano również liczbę uczestników części edukacyjnej programu w poszczególnych latach.

W projekcie opisano kryteria kwalifikacji, które nie budzą zastrzeżeń.

Z programu wyłączone zostaną dzieci objęte już specjalistyczną opieką lekarską na skutek występujących zaburzeń układu endokrynologicznego oraz chorób metabolicznych, a także dzieci, których rodzice nie wyrazili zgody na udział w programie.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano: przeprowadzenie zajęć edukacyjnych (dzieci/rodzice) z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej; badania antropometryczne (ocena masy ciała dzieci na podstawie BMI); przeprowadzenie wywiadu rodzinnego w kierunku nadwagi, otyłości i chorób towarzyszących; wizyta u lekarza POZ (dla dzieci z BMI \geq 91 centyla); konsultacja dietetyczna (dla uczestników z nieprawidłową wagą ciała i rodziców dzieci).

Planowane do realizacji działania edukacyjne z zakresu zdrowego żywienia i aktywności fizycznej dla rodziców będą odbywać się w przedszkolach na początku każdego roku szkolnego. W projekcie opisano sposób realizacji zajęć oraz zakres tematyczny.

W wytycznych NICE podkreśla się, że działania o charakterze informacyjnym oraz interwencje ukierunkowane na podnoszenie świadomości, powinny być realizowane jako część długoterminowej, multikomponentowej interwencji, a nie w formie jednorazowych działań (powinna im towarzyszyć ukierunkowana na różne grupy obserwacja) (NICE 2015a). Wszystkie działania ukierunkowane na zapobieganie nadmiernemu przyrostowi masy ciała, poprawę diety oraz poziomu aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży powinny aktywnie angażować ich rodziców oraz opiekunów (ES 2017, MoH NZ 2016, NICE 2015a, NICE 2015b). Edukacja kierowana do rodziców powinna podkreślać znaczenie roli modelowania przez nich zachowań zdrowotnych (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej (MQIC 2018a). Aspekty te uwzględniono w programie.

W programie zaplanowano kontrolę masy ciała dzieci w oparciu o badania antropometryczne. Nadwaga lub otyłość będzie diagnozowana na podstawie wskaźnika masy ciała w oparciu o siatki centylowe BMI. W projekcie opisano szczegółowo sposób realizacji badań oraz interwały czasowe pomiędzy pomiarami, które nie budzą zastrzeżeń.

Dzieci, u których stwierdzono BMI \geq 91 centyla zostaną skierowane do dalszej diagnostyki na wizytę u lekarza POZ. Podczas konsultacji zostanie skontrolowane u dziecka ciśnienie tętnicze oraz raz na dwa lata oznaczenie stężenia glukozy w surowicy, profilu lipidowego, a także aktywności aminotransferaz. Zalecenia do takiej kontroli otrzymają rodzice od pielęgniarki wraz z prośbą o informację zwrotną w celu monitorowania sytuacji zdrowotnej dziecka.

Dla wyłonionych w pierwszym etapie uczestników z nieprawidłową wagą ciała zaplanowano przeprowadzenie konsultacji dietetycznej. Spotkanie odbywać się będzie w gabinetach dietetycznych lub przedszkolu. W spotkaniu będą uczestniczyć również rodzice dzieci.

Podczas spotkania przeprowadzony zostanie wywiad żywieniowy, poruszone zostaną kwestie troski rodzica o masę ciała dziecka, wzorce żywieniowe, poziom aktywności fizycznej, kondycja psychiczna dziecka, sen oraz zażywanie leków w tym suplementów oraz dokonany zostanie pomiar masy ciała. Do dwóch tygodni od wizyty rodzice otrzymają jadłospis. Po 4 miesiącach od pierwszej wizyty przeprowadzona zostanie wizyta kontrolna i wydane zostaną dalsze zalecenia co do dalszego postępowania w zakresie żywienia. Po 10 miesiącach odbędzie się wizyta podsumowująca program i rodzic otrzyma dalsze zalecenia dotyczące żywienia i informacje czy dziecko będzie potrzebowało dalszej opieki dietetycznej.

Zaplanowane działania pozostają spójne z zaleceniami odnalezionymi w wytycznych klinicznych. W rekomendacjach podkreśla się, że pomiary antropometryczne stanowią integralną część oceny rozwoju somatycznego dzieci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018). Ponadto, zaleca się przeprowadzenie wywiadu poprzedzającego badania fizykalne, który powinien uwzględniać takie aspekty, jak: historia rodziny, troska rodziców o masę ciała dziecka, wzorce żywieniowe (częstość spożywania posiłków poza domem, jedzenie śniadań, dobór odpowiednich warzyw i owoców, nadmierne porcje jedzenia, itp.), poziom aktywności fizycznej, aktualna kondycja psychiczna, sen, zażywanie leków, w tym suplementów diety (MQIC 2018b, MoH NZ 2016).

BMI jest uznane za stosunkowo dobry oraz prosty test diagnostyczny w kierunku wykrywania dziecięcej otyłości oraz otyłości (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, MQIC 2018b, ISPED, ISP 2018, USPSTF 2017, AAFP 2017, ES 2017, MoH NZ 2016, CTFPHC 2015).

W odniesieniu do populacji dzieci, u których zdiagnozowano nadwagę lub otyłość w rekomendacjach lub wytycznych zaleca się wdrożenie zintensyfikowanych, kompleksowych, multikomponentowych interwencji behawioralnych, mających na celu redukcję masy ciała (APA 2018, USPSTF 2017, AAFP 2017). Na podstawie wyników metaanaliz RCT (Al-Khudairy 2017, Elvsaaas 2017, Mead 2017) można wnioskować, że multikomponentowe interwencje, obejmujące terapię behawioralną, komponent żywieniowy i/lub aktywności fizycznej wpływają na redukcję wskaźników związanych z masą ciała (waga, BMI, BMI z-score) w populacji dzieci i młodzieży (powyżej 2 r.ż.). W metaanalizie Elvaas 2017 wykazano, że wielkość efektu w odniesieniu do wartości BMI w 24 miesiącu okresu obserwacji, była

istotnie wyższa w populacji ≥ 12 r.ż. w porównaniu z populacją między 2 a 12 r.ż. W przypadku wartości BMI z-score, nie wykazano statystycznie istotnych różnic między ww. grupami.

W odniesieniu do aktywności ruchowej bardzo ważną rolę odgrywa kształtowanie właściwych nawyków. Optymalny czas poświęcany na aktywność fizyczną wynosi 60 minut i powinna być ona podejmowana codziennie lub niemal codziennie (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, ES 2017, MoH NZ 2016). Szczególnie zalecane formy ruchu to: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie. (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, ISPED, ISP 2018). Zwiększenie poziomu aktywności fizycznej można osiągnąć od 2-3 roku życia poprzez aktywną zabawę, spacer, korzystanie z roweru trójkołowego i po 5-6 r.ż., promując także udział w zajęciach sportowych 2/3 razy w tygodniu (ISPED, ISP 2018). Interwencje ukierunkowane na zwiększenie poziomu aktywności fizycznej powinny skupiać się na działaniach, które łatwo wdrożyć w codziennym życiu (np. poruszanie się pieszo). Rekomenduje się również zbilansowanie związanego z rozwojem technologicznym wydłużającego się czasu spędzanego przed ekranami przez dzieci i młodzież, zwiększoną aktywnością fizyczną (ES 2017). Czas spędzany przed ekranami nie powinien przekraczać 2 godzin dziennie w odniesieniu do dzieci >2 . r.ż. (MQIC 2018a, MQIC 2018b, ISPED, ISP 2018, ES 2017, NICE 2015b).

U dzieci ze zidentyfikowaną nadwagą lub otyłością sugeruje się wykonywanie ćwiczeń oporowych co najmniej 3 razy w tygodniu, adekwatnych do fizycznych możliwości otyłego dziecka. Przykłady aerobowych i oporowych aktywności dla otyłych dzieci to odpowiednio: ćwiczenia na bieżni, rowerku treningowym, na trenażerze eliptycznym, zajęcia wodne (pływanie, aerobik wodny); pompki, przysiady, brzuski, podnoszenie ciężarów, ćwiczenia z wykorzystaniem maszyn do ćwiczeń siłowych i elastycznych taśm oporowych, trening obwodowy. Ćwiczenia powinny być wykonywane pod nadzorem wykwalifikowanej osoby (ISPED, ISP 2018).

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

Należy pamiętać, że monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja natomiast jest analizą danych zebranych z PPZ, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Monitorowanie programu zostało zaplanowane poprawnie i uwzględnia wskaźniki niezbędne do oceny zgłaszalności i jakości przeprowadzonych działań.

W punkcie dotyczącym monitorowania wskazano również kilka innych elementów, które są zasadne w ocenie efektywności, natomiast nie w ocenie zgłaszalności do programu. W punkcie dot. mierników efektywności wnioskodawca przedstawia również kilka wskaźników mających zastosowanie podczas procesu monitorowania, np. „liczba uczestników badań przesiewowych w ramach kompleksowej analizy zdrowotnej”, „liczba uczestników z nieprawidłową wagą ciała zakwalifikowanych do dalszej interwencji specjalistycznej”. Warto te elementy programu uporządkować.

W ramach oceny efektywności programu wskazano szereg wskaźników, które planuje się przeanalizować. Należy uznać je za poprawne. W projekcie zaplanowano również porównanie stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu względem stanu po jego zakończeniu, co jest działaniem prawidłowym.

Warunki realizacji

Projekt zawiera ogólny opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawy o świadczeniach. W projekcie przedstawiono również informacje o warunkach dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Organizator dopuszcza możliwość zakończenia programu na każdym etapie na życzenie rodzica dziecka.

Akcja informacyjna ma być prowadzona w lokalnej prasie, na stronie internetowej gminy oraz przedszkoli. Nie przytoczono większej liczby szczegółów w tym zakresie.

Całkowity koszt PPZ oszacowano na 153 005 zł. W projekcie programu przedstawiono koszty jednostkowe poszczególnych interwencji. Oszacowano również koszt przygotowania materiałów edukacyjnych (1000 zł/rok), jednak nie został on uwzględniony w kosztach całkowitych. Biorąc pod uwagę ceny rynkowe, koszty konsultacji dietetycznej wydają się być zaniżone. Należy zweryfikować zaplanowane koszty oraz uwzględnić w kosztach całkowitych wszystkie składowe programu.

Program ma być sfinansowany ze środków gminy Pawłowice. Zaznaczono, że gmina będzie ubiegała się o dofinansowanie części działań realizowanych w programie na podstawie art. 48d ust. 1 Ustawy.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

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/m². 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.

Alternatywne świadczenia

W ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie jest dostępny kompleksowy, interdyscyplinarny system leczenia otyłości, w tym brak jest zwłaszcza finansowania działań związanych z profilaktyką i edukacją prozdrowotną.

Zaplanowane w projekcie badania diagnostyczne są dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych.

Ocena technologii medycznej

W ramach wyszukiwania wytycznych dotyczących problemu zdrowotnego jakim jest nadwaga i otyłość u dzieci odnaleziono następujące dokumenty:

- Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością - KLRwP/ PTMR/ PTBO 2018 (Polska);
- American Psychological Association – APA 2018 (Stany Zjednoczone);
- Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetology, Italian Society of Pediatrics – ISPED, ISP 2018 (Włochy);
- Michigan Quality Improvement Consortium – MQIC 2018a I 2018b (Stany Zjednoczone);
- Endocrine Society – ES 2017 80 (UE);
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE 2017, 2015a, 2015b (Wielka Brytania);
- U.S. Preventive Service Task Force – USPSTF 2017 87 (Stany Zjednoczone);
- World Health Organization – WHO 2017;
- New Zealand Ministry of Health – MoH NZ 2016 91 (Nowa Zelandia);
- Canadian Task Force on Preventive Health Care – CTFPHC 2015 (Kanada).

Wnioski i podsumowanie wynikające z powyższych wytycznych zostały opisane z podziałem na:

Narzędzia służące diagnozowaniu nadwagi i otyłości

- Pomiary antropometryczne stanowią integralną część oceny rozwoju somatycznego dzieci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018);
- U dzieci i młodzieży do oceny prawidłowej masy ciała stosuje się BMI (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, MQIC 2018b, ISPED, ISP 2018, USPSTF 2017, AAFP 2017, ES 2017, MoH NZ 2016, CTFPHC 2015). Dodatkowo diagnostyka nadwagi i otyłości powinna być oparta na wartościach centylowych współczynnika stosunku wagi do wzrostu (weight to-height ratio) (ISPED, ISP 2018);
- Wywiad poprzedzający badania fizykalne powinien uwzględniać takie kwestie jak: historia rodziny, troska rodziców o masę ciała dziecka, wzorce żywieniowe (częstość spożywania posiłków poza domem, jedzenie śniadań, dobór odpowiednich warzyw i owoców, nadmierne porcje jedzenia, itp.), poziom aktywności fizycznej, aktualna kondycja psychiczna, sen, zażywanie leków, w tym suplementów diety (MQIC 2018b, MoH NZ 2016);
- Nie rekomenduje się badań laboratoryjnych w kierunku endokrynologicznych przyczyn otyłości dziecięcej (chyba że wzrost/prędkość wzrostu pacjenta są osłabione) oraz pomiaru stężenia insuliny podczas oceny dzieci i młodzieży w kierunku otyłości (ES 2017);
- W przypadku badań, lekarze powinni rozważyć następujące kwestie: pomiar ciśnienia krwi, ból biodra lub kolana, niewielki wzrost liniowy, cechy dysmorficzne, przerost migdałków, tkliwy ból brzucha lub hepatomegalia, stan skóry, niezstąpione jądro;
- Badania laboratoryjne mogą obejmować: profil lipidowy (na czczo), pomiar hemoglobiny glikowanej (HbA1c), badanie snu za pomocą pulsoksymetru (MoH NZ 2016).

Definiowanie oraz kryteria stwierdzenia nadwagi i otyłości

Rozpoznawanie nadwagi – wartość BMI w zakresie:

- >97 centyla (ISPED, ISP 2018);
- 90-97 centyla dla płci i wieku (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018);
- ≥85 centyla dla wieku i płci (APA 2018, ES 2017);
- >85 centyla (CTFPHC 2015);

Rozpoznawanie otyłości – wartość BMI w zakresie:

- >97. centyla dla wieku i płci (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, CTFPHC 2015);
- ≥95 centyla dla wieku i płci (APA 2018, ES 2017, USPSTF 2017, AAFP 2017);
- >98. centyla dla wieku i płci (MoH NZ 2016);
- >99. centyla dla wieku i płci – ciężka otyłość (ISPED, ISP 2018*)
- Sugeruje się wyliczenie oraz ocenę wartości BMI dziecka/nastolatka przynajmniej raz w roku (ES 2017, MoH NZ 2016).

Każde dziecko z BMI ≥85. centyla powinno być monitorowane m.in. pod względem powikłań nadwagi lub otyłości (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, ES 2017).

Interwencje prowadzone w celu zapobiegania wystąpienia nadwagi/otyłości oraz ich adresaci

Dieta

Rekomenduje się, aby dziecko w każdym okresie życia spożywało 3–5 posiłków o stałych porach, w tym codziennie śniadania (przy jednoczesnym braku podjadania między posiłkami). Zalecenia żywieniowe dotyczące zapobiegania rozwojowi nadwagi i otyłości wśród dzieci od momentu urodzenia oraz u dzieci po 1. roku życia są takie same, jak zalecenia żywieniowe dotyczące prawidłowego rozwoju i wzrastania zdrowych dzieci i młodzieży. Należy:

- zachęcić matkę do karmienia dziecka wyłącznie piersią do ukończenia 6. miesiąca życia;

- dostosowywać energetyczność posiłków do potrzeb adekwatnych dla wieku;
- zalecać odpowiednio do wieku dziecka codzienne spożywanie warzyw i owoców oraz ograniczenie picia soków owocowych, zwłaszcza dosładzanych;
- odpowiednio do wieku dziecka zalecać, aby co najmniej połowę spożywanych produktów zbożowych stanowiły pokarmy pełnoziarniste;
- odpowiednio do wieku dziecka zalecać spożywanie roślin strączkowych;
- zalecać ograniczenie spożycia słodczy i słodzonych napojów oraz niedosładzanie potraw (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, ISPED, ISP 2018);

We wszystkich grupach wiekowych zalecane jest promowanie zdrowego stylu życia oraz diety z uwzględnieniem dziennego modelu 5-2-1-0: ≥ 5 porcji warzyw i owoców, do 2 godzin poświęconych na rekreacyjnym przebywaniu przed ekranami np. telewizora, ≥ 1 godziny aktywności fizycznej, 0 napojów słodzonych (MQIC 2018a, MQIC 2018b). Należy promować jedzenie w domu (ISPED, ISP 2018).

Interwencje służące poprawie diety powinny być multikomponentowe (uwzględniając modyfikację diety, poradnictwo, zaangażowanie rodziny, wyznaczanie celów). Dodatkowo powinny być dostosowane do danej osoby oraz zapewniać ciągłe wsparcie (NICE 2015a).

Należy zachęcać do wypracowywania odpowiednich nawyków żywieniowych – schematu żywieniowego opartego głównie na warzywach, owocach, fasoli i roślinach strączkowych, produktach pełnoziarnistych i rybach. Może to obejmować: zmniejszenie kaloryczności diety, ograniczenie konsumpcji posiłków typu fast food, posiłków 'na wynos', unikanie napojów słodzonych, zmniejszenie całkowitego spożycia tłuszczu, jedzenie śniadań (bez jednoczesnego zwiększenia przyjmowanej dziennie porcji kalorii), zwiększenie spożywania produktów bogatych w błonnik lub produktów pełnoziarnistych, ograniczenie spożycia mięsa i produktów mięsnych (średnio nie więcej niż 70g czerwonego i przetworzonego mięsa dziennie) (NICE 2015b).

Aktywność fizyczna

W zapobieganiu rozwojowi nadwagi i otyłości bardzo ważną rolę odgrywa kształtowanie właściwych nawyków związanych z aktywnością fizyczną. Optymalnym czasem poświęcanym na aktywność fizyczną wynosi 60 minut. rekomendacje wskazują, że aktywność ta powinna być podejmowana codziennie lub niemal codziennie (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, ES 2017, MoH NZ 2016). Szczególnie zalecane formy ruchu to: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie. (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, ISPED, ISP 2018). Zwiększenie poziomu aktywności fizycznej można osiągnąć od 2-3 roku życia poprzez aktywną zabawę, spacer, korzystanie z roweru trójkołowego i po 5-6 r.ż., promując także udział w zajęciach sportowych 2/3 razy w tygodniu (ISPED, ISP 2018).

Interwencje ukierunkowane na zwiększenie poziomu aktywności fizycznej powinny skupiać się na działaniach, które łatwo wdrożyć w codziennym życiu (np. poruszanie się pieszo). Powinny być one dostosowane do indywidualnych preferencji, warunków życia, a ich celem powinna być poprawa wiary ludzi w ich zdolność do zmiany (np. przez perswazję werbalną, modelowanie zachowań związanych z podejmowaną aktywnością fizyczną, omawianie pozytywnych efektów) (NICE 2015a).

Rekomenduje się zbilansowanie związanego z rozwojem technologicznym wydłużającego się czasu spędzanego przed ekranami przez dzieci i młodzież zwiększoną aktywnością fizyczną (ES 2017). Czas spędzany przed ekranami nie powinien przekraczać 2 godzin dziennie w odniesieniu do dzieci >2 . r.ż. (MQIC 2018a, MQIC 2018b, ISPED, ISP 2018, ES 2017, NICE 2015b). Odradza się oglądanie TV i gry elektroniczne dzieciom <2 . roku życia (ISPED, ISP 2018, MQIC 2018a).

Edukacja

Wszystkie działania ukierunkowane na zapobieganie nadmiernemu przyrostowi masy ciała, poprawę diety oraz poziomu aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży powinny aktywnie angażować ich rodziców oraz opiekunów (ES 2017, MoH NZ 2016, NICE 2015a, NICE 2015b);

Sugeruje się, aby zespół specjalistów identyfikował nieodpowiednie wzorce wychowawcze związane z dietą i aktywnością fizyczną oraz edukował rodziny nt. zdrowego odżywiania i nawyków związanych z podejmowaniem aktywności fizycznej. Rekomendacje wskazują, że multidyscyplinarny zespół specjalistów powinien obejmować dietetyków, psychiatrów oraz pielęgniarki (ES 2017).

Edukacja kierowana do rodziców powinna podkreślać znaczenie roli modelowania przez nich zachowań zdrowotnych (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej (MQIC 2018a).

Działania o charakterze informacyjnym oraz interwencje ukierunkowane na podnoszenie świadomości powinny być realizowane jako część długoterminowej, multikomponentowej interwencji, a nie w formie jednorazowych działań (powinna im towarzyszyć ukierunkowana na różne grupy obserwacja) (NICE 2015a).

Należy dostosowywać przekazywane treści do odbiorców – ich wieku, statusu socjoekonomicznego, grupy etnicznej – oraz zapewnić, aby były one jasne, spójne, specyficzne i nikogo nie oceniały. Ponadto należy zapewnić, aby podejmowane interwencje były zintegrowane z lokalnymi strategiami w zakresie otyłości (NICE 2015b).

Sugeruje się, aby lekarze promowali i uczestniczyli w edukacji dzieci, młodzieży, ich rodziców oraz całych społeczności nt. zdrowego żywienia oraz aktywności fizycznej, a także zachęcali szkoły do zapewnienia odpowiedniej edukacji nt. zdrowego odżywiania (ES 2017).

Każdy program mający na celu zapobieganie otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym, w środowisku rodzinnym powinien obejmować szereg komponentów (zamiast skupiać się wyłącznie na edukacji rodziców), takich jak:

- dieta – interaktywne pokazy gotowania, filmy oraz dyskusje grupowe dot. praktycznych kwestii związanych z planowaniem posiłków, zakupem żywności, napojów;
- aktywność fizyczna – pokazy interaktywne, filmy oraz dyskusje grupowe dot. praktycznych kwestii związanych z pomysłami na rodzaj podejmowanej aktywności, okazjami do aktywnego spędzania czasu, bezpieczeństwem oraz lokalnymi udogodnieniami (NICE 2015a);

Zdrowy sen

Sugeruje się sprzyjanie zdrowym wzorcom snu dzieci i młodzieży w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia otyłości spowodowanej zmianami w spożyciu kalorii oraz zmianami metabolicznymi związanymi z zaburzeniami snu (ES 2017).

Rekomendowany czas snu: 0-3 miesiące – 14-17 godzin, 4-12 miesięcy – 12-16 godzin, 1-2 lata – 11-14 godzin, 3-5 lata – 10-13 godzin, 6-12 lat – 9-12 godzin, 13-17 lat – 8-10 godzin, 18-25 lat – 7-9 godzin (ISPED, ISP 2018, MoH NZ 2016).

Zaangażowanie szkół w realizację interwencji prewencyjnych (ISPED, ISP 2018):

Rekomenduje się uwzględnianie szkół w programach prewencji otyłości. Następujące działania jakie powinny być prowadzone w warunkach szkolnych to:

- Wspieranie strategii personelu szkoły w zakresie wdrażania programów promocji zdrowia.
- Poprawa ogólnego środowiska dot. produktów żywnościowych w szkole:
 - Usuwanie automatów sprzedających słodzone napoje lub przekąski o wysokiej zawartości tłuszczu, cukru lub soli; zakaz sprzedaży tego rodzaju żywności; zmiany szkolnych obiadów w celu ograniczenia niezdrowej żywności o wysokiej kaloryczności.
 - Zapewnienie zdrowego śniadania.
 - Zapewnienie bezpłatnych lub tanich owoców.
 - Zapewnienie bezpłatnej/taniej wody.
- Poprawa ogólnego środowiska aktywności fizycznej w szkole:

- Zwiększenie dziennych formalnych zajęć (lekcji) aktywności fizycznej zorganizowanych w trakcie i po godzinach lekcyjnych.
- Dostępność szkolnych placów zabaw dla zorganizowanych lub dowolnych aktywności fizycznych podczas i po godzinach lekcyjnych.

Interwencje wdrażane w przypadku zdiagnozowania nadwagi/otyłości wraz z ich oczekiwanymi efektami

Głównym celem jest stała zmiana w nawykach żywieniowych dziecka i stylu życia. Niezbędne jest zaangażowanie całej rodziny i wyznaczanie realistycznych celów. Cele długoterminowe powinny obejmować:

- utrzymywanie odpowiedniego tempa wzrostu i osiągnięcie prawidłowego (zdrowszego) stosunku masy ciała do wzrostu (weight-to-height ratio);
- zmniejszenie masy ciała (niekoniecznie osiągnięcia idealnej wagi), w szczególności tkanki tłuszczowej, przy jednoczesnym zachowaniu beztłuszczowej masy;
- utrzymywanie lub promowanie dobrego zdrowia psychicznego (samoocena, prawidłowe nastawienie do jedzenia i wyglądu ciała, jakość życia związana ze zdrowiem);
- leczenie powikłań, jeśli są obecne, w możliwie najkrótszym czasie;
- osiągnięcie i utrzymanie zdrowszego stosunku masy ciała do wzrostu i zapobieganie ponownemu przybieraniu nadmiernej masy ciała (ISPED, ISP 2018).

Strategie multikomponentowe:

Należy rozważyć wdrożenie strategii multikomponentowych o umiarkowanej lub dużej intensywności w leczeniu otyłości wśród dzieci i młodzieży (APA 2018, MQIC 2018b, ES 2017, USPSTF 2017, AAFP 2017):

- w przypadku stwierdzenia otyłości należy oferować dzieciom/młodzieży (≥ 6 r.ż) bądź kierować je na kompleksowe, zintensyfikowane interwencje behawioralne mające na celu redukcję masy ciała (≥ 26 godzin kontaktowych), obejmujące m.in. sesje skierowane zarówno do rodziców, jak i dzieci (prowadzone oddzielnie, razem lub w obu ww. trybach), oferowanie indywidualnych sesji (zarówno rodzinnych, jak i grupowych), dostarczanie informacji nt. zdrowego odżywiania, bezpiecznego wykonywania ćwiczeń, czytania etykiet produktów spożywczych zachęcanie do wykorzystywania kontroli bodźców (np. ograniczanie dostępu do kuszących produktów spożywczych, ograniczenie czasu spędzanego przed ekranami) (USPSTF 2017, AAFP 2017);
- w przypadku dzieci oraz młodzieży w przedziale wiekowym 2-18 lat z nadwagą lub otyłością silnie rekomenduje się przeprowadzenie multikomponentowych interwencji behawioralnych kierowanych do rodziny, składających się z co najmniej 26 godzin kontaktowych – interwencja ta powinna być inicjowana tak szybko, jak jest to możliwe (APA 2018).

Kompleksowe interwencje behawioralne powinny być zintegrowane z programami realizowanymi w warunkach szkolnych lub środowiskowych (ES 2017).

Krótkoterminowe interwencje i jednorazowe akcje/wydarzenia są niewystarczające – powinny one stanowić część długoterminowego, zintegrowanego programu (NICE 2015a).

Zarówno terapie behawioralne, jak i rodzinne terapie behawioralne są rekomendowane w celu poprawy utrzymania prawidłowej diety i aktywności fizycznej. Terapie te wymagają zaangażowania profesjonalisty w ich prowadzenie. Najbardziej efektywne techniki to ustanawianie celów, samokontrola (z wykorzystaniem dzienniczków diety i aktywności), trening uważności, kontrola bodźców, pozytywne wzmocnienie, restrukturyzacja poznawcza, rozwiązywanie problemów (ISPED, ISP 2018).

Programy kierowane do rodzin, których celem jest zapobieganie otyłości, poprawa diety i/lub zwiększenie poziomu aktywności fizycznej powinny zapewniać stałe wsparcie, dostosowane do

potrzeb adresatów oraz obejmować szereg technik behawioralnych. Programy powinny mieć także wyraźnie zdefiniowany cel ukierunkowany na poprawę kontroli masy ciała (NICE 2015a).

Rodziny dzieci i młodzieży będących w grupie wysokiego ryzyka wystąpienia otyłości (np. dzieci/młodzież z co najmniej jednym otyłym rodzicem) powinny otrzymywać stałe wsparcie ze strony odpowiednio wyszkolonego pracownika medycznego. Rozważone powinno zostać wdrożenie zarówno indywidualnych, jak i rodzinnych interwencji (w zależności od wieku oraz dojrzałości dziecka) (NICE 2015a).

Oczekiwane efekty

U dzieci z rozpoznaniem nadwagi oraz u dzieci otyłych rodziców, należy wdrożyć działania, których celem jest utrzymanie stałej masy ciała w miarę zwiększania się wzrostu u młodszych dzieci oraz ułatwienie powolnej redukcji masy ciała u nastolatków (ok. 0,5 kg/mies.) (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018).

Rekomenduje się wyliczanie odchylenia standardowego BMI w celu oszacowania utraty wagi. Zmniejszenie odchylenia standardowego BMI (BMI-SDS) jest najlepszym wskaźnikiem wielkości utraty wagi, biorąc pod uwagę wiek i płeć pacjenta. Zmniejszenie $>0,5$, ale nawet $> 0,25$ (zgodnie z redukcją BMI 1 kg/m² lub stabilną wagą przez ponad 1 rok u rosnącego dziecka) wiązało się z poprawą składu ciała i zmniejszeniem ryzyka sercowo-metabolicznego (na podstawie 1 badania obserwacyjnego) (ISPED, ISP 2018).

Inne wskaźniki behawioralne (związane z dietą, stylem życia, sprawnością fizyczną lub jakością życia) mogą być brane pod uwagę, jeśli nie występuje istotne zmniejszenie BMI-SDS (ISPED, ISP 2018).

Dieta

Rekomendowana jest zbalansowana i urozmaicona dieta. Proces edukacyjny rozpoczyna się od oceny nawyków żywieniowych dziecka i rodziny (ocena składu posiłków, porcji, częstotliwości przyjmowania pokarmów, preferencji, metod gotowania). W tym celu wskazuje się na korzystanie z dzienniczka żywieniowego prowadzonego wspólnie z rodzicami.

Zalecenia dietetyczne powinny obejmować: spożywanie 5 posiłków dziennie, spożywanie odpowiedniego śniadania, unikanie podjadania między posiłkami, unikanie produktów wysokoenergetycznych i o niskiej wartości odżywczej (słodzone lub energetyzujące napoje, soki owocowe, produkty typu fast food, wysokoenergetyczne przekąski), zwiększenie spożywania owoców, warzyw i produktów bogatych w błonnik, spożywanie mniejszych porcji.

Ogólne zalecenia dla diety niskokalorycznej: białko 1g/kg/dzień, węglowodany 45-60% całkowitej liczby kalorii, cukry proste $<15\%$ wszystkich kalorii, tłuszcze 20-35% wszystkich kalorii począwszy od 4 roku życia, nasycone kwasy tłuszczowe $<10\%$ całkowitej liczby kalorii (ISPED, ISP 2018).

Ćwiczenia

Słabe dowody pokazują, że połączenie ćwiczeń aerobowych i oporowych powoduje zmniejszenie masy tłuszczu, zwłaszcza w programach co najmniej 2 tygodniowych sesji i czasie trwania > 60 minut. Sugeruje się wykonywanie ćwiczeń oporowych co najmniej 3 razy w tygodniu, adekwatnych do fizycznych możliwości otyłego dziecka. Przykłady aerobowych i oporowych aktywności dla otyłych dzieci to odpowiednio: ćwiczenia na bieżni, rowerku treningowym, na trenażerze eliptycznym, zajęcia wodne (pływanie, aerobik wodny); pompki, przysiady, brzuszki, podnoszenie ciężarów, ćwiczenia z wykorzystaniem maszyn do ćwiczeń siłowych i elastycznych taśm oporowych, trening obwodowy.

Ćwiczenia powinny być wykonywane pod nadzorem wykwalifikowanej osoby (ISPED, ISP 2018).

Zintegrowane wdrażanie programu

Należy wspierać zintegrowane, długoterminowe (ponad 5-letnie) strategie na rzecz zdrowia. Wskazane jest skupienie się na wszystkich następujących obszarach (skupienie uwagi wyłącznie na jednej ze wskazanych kwestii, kosztem pozostałych, może wpływać na zmniejszenie skuteczności):

- podnoszenie świadomości nt. problemów zdrowotnych powodowanych przez otyłość oraz korzyści związanych z poprawą stanu zdrowia;
- szkolenia dla pracowników oraz wolontariuszy, które odpowiadają ich potrzebom (priorytetowe traktowanie osób pracujących bezpośrednio ze społecznościami lokalnymi);
- wpływ na szersze uwarunkowania zdrowia: zapewnienie dostępu do niedrogiej, zdrowszej żywności i napojów, przestrzeni zielonej oraz obiektów zachęcających do podejmowania aktywności fizycznej;
- ukierunkowanie szerokiego zakresu działań zarówno na osoby dorosłe, jak i dzieci;
- świadczenie usług z zakresu kontroli masy ciała dorosłym, dzieciom oraz całym rodzinom;
- świadczenie usług w zakresie leczenia otyłości (NICE 2017).

Część posiadanego budżetu powinna być przeznaczona na wdrażanie innowacyjnego podejścia w zakresie profilaktyki otyłości, opartego na rozsądnych zasadach, wspieranych przez lokalną społeczność i prawdopodobnie skutecznych (ale w przypadku których istniejące dowody są ograniczone). Wymagane jest regularne monitorowanie prowadzonych działań oraz ich ewaluacja – szczególnie w przypadku wdrażania nowych strategii (NICE 2017).

Należy zapewnić, aby prowadzone monitorowanie odpowiadało potrzebom informacyjnym i oczekiwaniom np. poprzez: ocenę szerokiej gamy wskaźników procesu takich jak opinie oraz doświadczenia osób, które uczestniczyły w programie profilaktyki otyłości, informacje zwrotne od organizacji partnerskich, wysokość stawek związanych z kierowaniem do programu, wpływ na dobrostan społeczeństwa (NICE 2017).

Pozostałe uwagi

U osób, u których nie udaje się uzyskać redukcji masy ciała za pomocą terapii behawioralnej, należy rozważyć zastosowanie leczenia farmakologicznego (u osób dorosłych ze wskaźnikiem BMI > 30 kg/m² oraz > 27 kg/m² przy współistnieniu innych czynników ryzyka), a w szczególnych przypadkach leczenia chirurgicznego (BMI ≥ 40 kg/m²).

Zgodnie z rekomendacjami osoby otyłe powinny mieć zapewnioną długookresową opiekę/wsparcie prowadzone przez wykwalifikowany multidyscyplinarny zespół – dietetyk, specjalista aktywności fizycznej, specjalista promocji zdrowia (np. psycholog sportowy), psycholog kliniczny, psychiatra, pediatra, pielęgniarka pediatryczna.

Ponadto program powinien mieć zaplanowaną ocenę BMI na etapie rekrutacji do programu, na zakończenie oraz powinien być monitorowany po 6 miesiącach i po 1 roku od zakończenia programu. Należy także upewnić się, że cele programu, punkty końcowe i wymogi w zakresie monitorowania i ewaluacji, są jasno określone i zdefiniowane. W zakresie ewaluacji, powinno się monitorować: liczbę osób zakwalifikowanych; procent, jaki ukończył dany program; procent osób kontynuujących działania po 6 m-cach i po 1 roku od zakończenia programu oraz zdefiniować grupy podwyższonego ryzyka.

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego u dzieci powyżej 10. roku życia (lub wcześniej, gdy okres dojrzewania już się rozpoczął), cechujących się BMI powyżej 95. centyla, zaleca się wykonywanie testu OGTT (doustny test tolerancji glukozy ang. *oral glucose tolerance test*) co 2 lata (należy również oznaczyć stężenie insuliny).

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.24.2020 „Program zapobiegania nadwadze i otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym pn. „Zdrowy Przedszkolak” na lata 2020-2025” realizowany przez: gminę Pawłowice, Warszawa kwiecień 2020 r. oraz Opinia Rady Przejrzystości nr 98/2020 z dnia 4 maja

2020 roku o projekcie programu „Program zapobiegania nadwadze i otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym pn. «Zdrowy Przedszkolak» na lata 2020-2025” (gmina Pawłowice)