



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 44/2021 z dnia 6 sierpnia 2021 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Powiatowy program
przeciwdziałania nadwadze i otyłości wśród dzieci w wieku 8 lat
uczęszczających do szkół podstawowych w Powiecie Polickim”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Powiatowy program przeciwdziałania nadwadze i otyłości wśród dzieci w wieku 8 lat uczęszczających do szkół podstawowych w Powiecie Polickim”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Program polityki zdrowotnej dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim jest nadwaga i otyłość wśród dzieci w wieku szkolnym. Projekt wpisuje się w priorytet „przeciwdziałanie występowaniu otyłości”, który należy do priorytetów zdrowotnych wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 469). Podstawowym argumentem za opinią warunkowo pozytywną jest zaplanowanie interwencji multikomponentowej, w ramach której dzieci z wykrytymi w ramach badania przesiewowego zaburzeniami masy ciała zostaną objęte opieką zespołu specjalistów. Jednocześnie projekt zawierał uchybienia, których skorygowanie jest kluczowe dla zachowania jakości i zasadności projektu PPZ. Zatem warunkiem jego wdrożenia, realizacji i finansowania jest uwzględnienie uwag zawartych w niniejszej opinii, w tym szczególnie odnoszących się do poniższych kwestii:

- W projekcie nie podano sumarycznego czasu trwania interwencji multikomponentowej. Należy zapewnić minimum 26 godzin tej interwencji dla każdego dziecka z nadwagą lub otyłością, które zostało do niej włączone.
- Wykonanie zaproponowanego panelu badań laboratoryjnych nie znajduje poparcia w rekomendacjach klinicznych ani ze strony ekspertów. Niezbędna jest weryfikacja tej interwencji w projekcie.
- W budżecie zaplanowano koszt w wysokości 20 000 zł na zakup „licencji systemu komputerowego oraz licencji programu” oraz 5 000 zł na zakup „sprzętu”, co stanowi około 17% całkowitego kosztu realizacji programu. Jednocześnie nie wskazano jakie licencje i sprzęt mają być zakupione oraz jaką pełnią rolę w osiągnięciu celu głównego. Brak ten należy uzupełnić o wyczerpujący opis uzasadniający konieczność poniesienia kosztu w związku z realizacją zaplanowanych w programie działań. Należy przy tym podkreślić, że projekt zawiera również braki w zakresie wskazania wymogów dotyczących zapewnienia przez realizatora m.in. odpowiedniego wyposażenia. Zakup



przez jednostkę samorządu terytorialnego sprzętu czy licencji, którymi dysponuje potencjalny realizator, nie będzie zasadny.

- Choć w projekcie podano, że ma zostać przeprowadzona akcja informacyjna, to jednak nie przedstawiono szczegółów tego działania. Brak wymaga uzupełnienia. W opisie należy uwzględnić uwzględnienie w akcji elementów edukacyjnych, w tym promowania zdrowego stylu życia. Akcja informacyjna powinna być dostosowana do profilu grupy docelowej – dzieci w wieku szkolnym oraz ich rodziców/opiekunów prawnych.
- Pomiaru wzrostu i masy ciała dzieci oraz wyliczenie BMI znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych i jest realizowane kilkakrotnie w czasie uczęszczania dziecka do szkoły podstawowej. W projekcie należy opisać w jaki sposób działania programu są skoordynowane z tymi świadczeniami gwarantowanymi. Dodatkowo, z uwagi na istotny organizacyjny oraz medycznie wpływ podejmowanych interwencji na działalność lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), projekt powinien zawierać opis zasad współpracy i komunikacji z lekarzami POZ w odniesieniu do działań podejmowanych wobec uczniów, którzy pozostają pod opieką poszczególnych lekarzy POZ.
- Projekt wymaga poprawy w zakresie dotyczącym pomiaru efektywności podejmowanych działań, w tym celu głównego, celów szczegółowych i mierników efektywności interwencji. Szczegółowy opis został zawarty w dalszej części opinii.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt PPZ przesłany przez powiat Policki w zakresie wykrywania nadwagi i otyłości w populacji pediatrycznej, zakładający badania przesiewowe (BMI wg siatek centylogowych), interwencje multikomponentową (konsultacje lekarskie, konsultacje dietetyczne, konsultacje psychologiczne, konsultacje ze specjalistą aktywności ruchowej), badanie laboratoryjne (dla dzieci w grupie ryzyka) oraz edukację zdrowotną kierowaną do rodziców/opiekunów prawnych oraz do dzieci. Program ma być realizowany w 2022 roku. Całkowity koszt programu został oszacowany na 145 000 zł. Program ma być finansowany z budżetu Powiatu Polickiego i dofinansowany z Narodowego Funduszu Zdrowia.

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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, 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

Oceniany projekt programu dotyczy istotnego problemu zdrowotnego jakim jest nadwaga oraz otyłość wśród dzieci. W projekcie wskazano, że problem zdrowotny przyczynia się do zwiększenia wystąpienia takich chorób jak nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, choroby metaboliczne, wady podstawy czy wtórne zaburzenia psychologiczne.

Projekt wpisuje się w priorytet „przeciwdziałanie występowaniu otyłości”, który należy do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 469).

Projekt programu zawiera referencje bibliograficzne, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego. Nie budzą one zastrzeżeń.

W projekcie przedstawiono sytuację epidemiologiczną. Przytoczono dane europejskie, ogólnopolskie oraz regionalne dotyczące występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci. Wskazano, że w 2010 roku

nadwagę lub otyłość miało jedno na troje dzieci w wieku 6-9 lat. Określono, że w Polsce częstość występowania nadwagi wśród dzieci i młodzieży w latach 2007-2009 mieściła się w przedziale 7,1-16,9%, a otyłość 2,1-5-9%. Najwyższe wskaźniki odnotowywano u dzieci w grupie wiekowej 7-13 lat. Na podstawie badań z 2020 roku, które zostały przeprowadzone w populacji dzieci w wieku 8-9 lat na terenie Szczecina, częstość występowania nadwagi i otyłości wynosiła 17,6% (dzieci z nadwagą) oraz 8,6% (dzieci otyłe). W projekcie nie odniesiono się do map potrzeb zdrowotnych, co należy uzupełnić.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „poprawa stanu zdrowia dzieci z powiatu polickiego poprzez przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej u dzieci z nadwagą i otyłością oraz stworzenie w środowisku szkolnym warunków sprzyjających właściwym nawykom żywieniowym oraz aktywności fizycznej, jako elementów utrzymania i poprawy zdrowia”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania określonych potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Cel główny został sformułowany w sposób zbyt ogólny. W projekcie nie wskazano w jaki sposób zmierzona zostanie „poprawa stanu zdrowia”, ani jak definiowane jest to pojęcie. Na poprawę stanu zdrowia uczestników programu mogą mieć istotny wpływ czynniki, które wykraczają poza działania realizowane w programie. Zaproponowane brzmienie nie zawiera także wartości docelowej, której osiągnięcie będzie tożsame ze zrealizowaniem założonych efektów programu. Cel główny odnosi się do stanu uzyskanego po wykonaniu całości działań podejmowanych w programie, a tym samym nie ma potrzeby przytaczania ich w jego treści. Sugeruje się, aby cel główny odniósł się do odsetka dzieci ze zidentyfikowaną w ramach programu nadwagą lub otyłością, u których w czasie zakończenia uczestnictwa w programie centyl BMI odczytany z siatki właściwej dla wieku w czasie wykonania pomiarów i płci będzie niższy w stosunku do centyla odczytanego przed przystąpieniem do interwencji. Należy przy tym podać jaką dokładnie wartość odsetka ma zostać uzyskana w programie, a także jaka jest minimalna zmiana centyla, która uznana zostanie za istotną klinicznie.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) *„zmniejszenie częstotliwości występowania otyłości u dzieci z terenu Powiatu Polickiego”;*
- (2) *„redukcja BMI u dzieci objętych programem o 2-3% w stosunku do wyjściowej wartości BMI, adekwatnie dla wieku i płci”;*
- (3) *„wczesna identyfikacja dzieci z chorobami metabolicznymi oraz innymi chorobami wymagającymi leczenia w trybie pilnym w ramach świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz”;*
- (4) *„podniesienie świadomości zdrowotnej dzieci i rodziców, uczestników programu”;*
- (5) *„wprowadzenie prawidłowych nawyków dotyczących diety, zachowań zdrowotnych, aktywności fizycznej w trakcie trwania programu oraz ich utrwalenie po zakończeniu programu”;*
- (6) *„przekazanie podstawowych kompetencji w zakresie prozdrowotnego stylu życia rodzicom dzieci ze szkół podstawowych z terenu Powiatu Polickiego”.*

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. Przedstawione cele szczegółowe nie zawierają wartości docelowych, które mają zostać osiągnięte w trakcie realizacji programu, co należy skorygować. Cel szczegółowy nr 1 odnosi się do problemu otyłości. Należy podkreślić, że powinien odnosić się wyłącznie do tych dzieci, które zostały objęte działaniami w ramach programu. Ocena wpływu realizacji programu na populację ogólną dzieci z terenu powiatu polickiego powinna zostać przeprowadzona w ramach ewaluacji. Cel szczegółowy

nr 2 odnosi się do redukcji BMI u dzieci względem wartości wyjściowej. Należy wskazać, że redukcja BMI nie będzie pożądanym efektem w przypadku dzieci o prawidłowej masie ciała oraz u dzieci z niedowagą. Tym samym wskaźnik wymaga korekty – zapis powinien odnosić się wyłącznie do dzieci, których wartość BMI znajduje się powyżej wartości progowej w siatce centylowej odpowiedniej dla wieku i płci. Sugerowane jest, aby ten cel szczegółowy był podstawą sformułowania celu głównego. Cel szczegółowy nr 3 został sformułowany na bardzo wysokim poziomie ogólności. Nie wskazano listy chorób, które miałyby być diagnozowane u dzieci. Jego wykorzystanie do potwierdzenia uzyskania wysokiej efektywności interwencji może być ograniczone. Ewentualne wykrycie choroby będzie wiązało się z koniecznością podjęcia leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych, a tym samym powinno spowodować wyłączenie uczestnika z programu. Wyłączenie z programu nie stanowi efektu, który warunkuje osiągnięcie celu głównego, zatem cel został sformułowany niepoprawnie. Cel szczegółowy nr 4 odnosi się do podniesienia poziomu świadomości, co jest efektem niemierzalnym. Jego brzmienie należy skorygować tak, aby odnosił się do pomiaru poziomu wiedzy, zaś projekt wymaga uzupełnienia o wykonanie dwukrotnego sprawdzenia poziomu wiedzy, np. przeprowadzenie pre-testu (test wstępny) i post-testu (test końcowy). Cele szczegółowe nr 5 i 6 odnoszą się do podjęcia działań, a nie do uzyskiwanych dzięki nim efektów, więc zostały sformułowane nieprawidłowo. Skutkiem interwencji powinno być realizowanie odpowiednich zachowań, które powinno być oceniane w sposób obiektywny, np. na podstawie analizy dziennika aktywności fizycznej (rodzaj aktywności, czas trwania, intensywność w jednostkach obiektywnych, poziom odczuwanego wysiłku). W szczególności nie należy opierać się na deklaracjach uczestników.

W treści projektu programu zaproponowano następujące mierniki efektywności interwencji:

- (1) „ocena masy i wysokości ciała, wyliczenie BMI oraz wartości centylowych dla uczestników programu po zakończeniu interwencji oraz w rok po jej zakończeniu (u wybranej grupy uczniów)”;
- (2) „zmiana zachowań zdrowotnych i żywieniowych rodziców oraz dzieci (badania ankietowe)”;
- (3) „wdrożenie leczenia u dzieci z wykrytymi chorobami”;
- (4) „liczba rodziców z podstawową wiedzą z zakresu zdrowego stylu życia”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określone według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Miernik efektywności nr 1 został sformułowany w sposób niepełny, gdyż nie wskazano w jaki sposób opisane w jego treści dane zostaną wykorzystane przy obliczaniu efektywności. Miernik efektywności nr 2 odnosi się do wyników ankiety, co nie jest odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w programie, lecz pomiarem subiektywnych wrażeń uczestników. Miernik efektywności nr 3 wykracza poza działania zaplanowane w programie, a zatem został sformułowany błędnie. Miernik efektywności nr 4 w istocie odnosi się do zbierania danych związanych z realizacją programu, co jest częścią jego monitorowania. Zapis należy przenieść do odpowiedniej części projektu. Miernikiem odpowiednim dla pomiaru przyrostu wiedzy przykładowo byłby odsetek osób, które uzyskały wysoki poziom wiedzy w post-teście, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowić będą dzieci w wieku 8 lat uczęszczające do szkół podstawowych na terenie powiatu polickiego oraz rodzice/opiekunowie prawni.

W projekcie wskazano, że wielkość populacji dzieci (8 r.ż.) dla powiatu polickiego wynosi ponad 900 dzieci, co jest zbliżone z danymi GUS. Projekt nie jest spójny w zakresie liczby dzieci, które mają zostać objęte badaniami przesiewowymi. Podawane są wartości: 600-700 uczniów (66-77%), 540-720 uczniów (60-80%), 900 uczniów (100%). W związku z powyższym nie jest jasne, ile dzieci zostanie włączonych do omawianego etapu. Zapisy wymagają doprecyzowania.

Oszacowano, że po przeprowadzeniu badań przesiewowych ok. 10% uczestników zostanie włączonych do etapu konsultacji specjalistycznych. Liczba ta została uzasadniona danymi statystycznymi dotyczącymi występowania nadwagi i otyłości, co jest podejściem prawidłowym.

W projekcie nie wskazano liczebności populacji rodziców/opiekunów prawnych dzieci, dla której zaplanowano interwencję edukacyjną. Brak ten wymaga uzupełnienia.

Przedstawiono kryteria włączenia do programu oraz do każdej z interwencji, co jest podejściem prawidłowym. Kryteria włączenia do udziału w badaniach przesiewowych to: wiek dziecka (8 lat), uczęszczanie do szkoły podstawowej na terenie powiatu polickiego, chęć uczestnictwa w programie oraz pisemna zgoda rodziców/opiekunów prawnych. W przypadku działań edukacyjno-zdrowotnych kryterium to „zaburzenia masy ciała pod postacią nadwagi i otyłości (≥ 90 centyl BMI wg OLAF).

Kryterium wyłączenia z programu jest wcześniejsze objęcie dziecka z nadwagą lub otyłością opieką lekarską w ramach NFZ. Zapis nie budzi zastrzeżeń.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano badania przesiewowe, interwencję multikomponentową, pomiary antropometryczne po zakończeniu programu oraz ankietę oceniającą zmianę zachowań żywieniowych i poziom aktywności fizycznej u dziecka. Przewidziano również prowadzenie edukacji zdrowotnej dla dzieci i rodziców/opiekunów prawnych.

Działania edukacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych

Edukacja ma na celu podkreślenie roli rodziców/opiekunów prawnych w kształtowaniu zachowań zdrowotnych dzieci. W ramach edukacji mają zostać przekazane materiały edukacyjne oraz przeprowadzone warsztaty edukacyjne.

W części poświęconej budżetowi dodatkowo wskazano, że działaniami edukacyjnymi objęci są także nauczyciele, dyrektorzy i inne osoby. Nieścisłość wymaga skorygowania.

Odnalezione rekomendacje podkreślają, że 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). W związku z powyższym zaproponowane działania edukacyjne dla rodziców znajdują odzwierciedlenie w ww. rekomendacjach klinicznych. Ponadto w przeglądzie systematycznym Wang 2018 wskazano, że interwencje edukacyjne m.in.: sesje konsultacyjne, sesje szkoleniowe/dyskusyjne dla rodziców czy spotkania edukacyjno-informacyjne kierowane do rodziców i nauczycieli ukierunkowane m.in. na zdrowe odżywianie, mają pozytywny wpływ na zmiany w obrębie obwodu tali – (WC) [WMD -0,97; 95%CI: -1,95; -0,00; P = 0,050], przy czym interwencje edukacyjne istotnie zmniejszyły poziom WC [WMD: -1,11; 95% CI: -1,53;-0,68; P=0,001], gdy długość okresu obserwacji wynosiła ≤ 12 miesięcy.

Badania przesiewowe dla dzieci

W ramach badań przesiewowych zaplanowano wykonanie pomiarów antropometrycznych w całej populacji uczniów w wieku 8 lat. W opisie interwencji nie sprecyzowano jakie pomiary antropometryczne będą wykonywane oraz jaka pozyskane wyniki pomiarów zostaną wykorzystane dla osiągnięcia celów programu, co wymaga uzupełnienia.

Badanie zostanie wykonane pod kątem wyodrębnienia populacji zagrożonej nadwagą i otyłością. Przyjętym w projekcie kryterium wyniku dodatniego jest uzyskanie wartości BMI mieszczącego się ≥ 90 centyla wg OLAF. W projekcie należy doprecyzować, że odczyt centyla z siatki będzie uwzględniał wiek w czasie pomiaru i płeć dziecka.

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

wtórnych (przeeglądy systematyczne z metaanalizami: Simmonds 2016, Simmonds 2015, Javed 2014) wskazuje się na zróżnicowaną czułość i swoistość BMI w odniesieniu zarówno do nadwagi (czułość: 19%-94%, swoistość: 82%-100%) jak i otyłości (czułość: 23%-96%, swoistość: 89,4%-100%).

Warto zaznaczyć, że odnalezionych wytycznych wskazuje się następujące kryteria rozpoznania dla nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży: nadwaga – 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); otyłość – 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).

Badaniu przedmiotowemu ma towarzyszyć przeprowadzenie pogłębionego wywiadu w kierunku obciążenia ryzykiem chorób metabolicznych. Zgodnie z rekomendacjami, 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). Powyższe zalecenia nie zostały uwzględnione w projekcie, co wymaga uzupełnienia.

Działania dla dzieci zdrowych

Dzieci, u których w ramach badania przesiewowego „nie wykryto zaburzeń”, mają zostać objęte wsparciem edukacyjnym. Nie opisano na czym polega ta interwencja. Projekt wymaga uzupełnienia o metody i formy pracy, czas trwania i liczbę spotkań oraz wykaz zagadnień, które będą poruszane. Dla interwencji nie przedstawiono miernika jej efektywności ani celu, co również wymaga uzupełnienia.

Działania dla dzieci z wykrytymi deficytami zdrowotnymi – interwencja multikomponentowa

Z dziećmi, które uzyskały dodatni wynik w badaniu przesiewowym, przeprowadzone zostaną indywidualne konsultacje specjalistyczne. Uczestnikami spotkań będą także rodzice/opiekunowie prawni. Przewidziano udział czterech specjalistów: lekarz, dietetyk, psycholog i specjalista ds. aktywności. Wymaga wskazania, że lecznicze stosowanie aktywności fizycznej jest kompetencją fizjoterapeutów, co należy uwzględnić w zapisach programu dotyczących minimalnych wymagań dot. kwalifikacji personelu.

W czasie pierwszych spotkań zostanie omówiony obecny stan zdrowia dziecka, wyniki testów przesiewowych oraz zostaną zlecone badania laboratoryjne. W porozumieniu ze wszystkimi specjalistami biorącymi udział w programie zostanie wytyczony plan postępowania zdrowotnego dla dziecka skupiający się na zmianie diety, aktywności fizycznej i zachowań zdrowotnych w rodzinie.

Spotkania będą odbywać się co 3 miesiące. Nie podano czasu trwania jednego spotkania ani ogólnej planowanej liczby spotkań, co wymaga uzupełnienia. W ramach interwencji multikomponentowej dla jednego uczestnika program powinien zapewnić co najmniej 26 godzin kontaktowych.

Na podstawie odnalezionych dowodów zaleca się realizację interwencji multikomponentowych, mających na celu redukcję masy ciała i wypracowanie odpowiednich nawyków (m.in. żywieniowych i w zakresie aktywności fizycznej), które umożliwią utrzymanie uzyskanych rezultatów. Interwencje te powinny obejmować w sumie minimum 26 godzin kontaktowych (APA 2018, MQIC 2018b, ES 2017, USPSTF 2017, AAFP 2017). Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami/dowodami skuteczności w odniesieniu do zapobiegania wystąpienia nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży, wymienia się działania obejmujące właściwą dietę, odpowiedni poziom aktywności fizycznej, działania edukacyjne oraz odpowiednią ilość snu. Ponadto, w zaleceniach podkreśla się konieczność zaangażowania szkół w realizację interwencji prewencyjnych. 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). W przeglądzie systematycznym z metaanalizą Specchia 2018, oceniano wpływ wysoce zintegrowanych programów prewencyjnych realizowanych wśród osób <18 r.ż., na występowanie nadwagi i/lub otyłości. Wykazano statystycznie istotne różnice w zakresie występowania nadwagi/otyłości u uczestników ww. programów w porównaniu z grupami kontrolnymi. W rekomendacjach/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, Elvsaas 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.).

Rekomendacje wskazują, że multidyscyplinarny zespół specjalistów powinien obejmować dietetyków, psychiatrów, pielęgniarki (ES 2017), a także pediatrów, psychologów oraz specjalistów w dziedzinie zdrowia i promowania aktywności fizycznej (ISPED, ISP 2018). Zaproponowany w projekcie skład zespołu multidyscyplinarnego znajduje odzwierciedlenie w rekomendacjach.

Badania laboratoryjne

W projekcie przedstawiono listę potencjalnych badań diagnostycznych dla dzieci, które znajdą się w grupie ryzyka wystąpienia nadwagi lub otyłości. Do takich badań należą: TSH, FT4, profil lipidowy, glukoza, insulina na czczo, HOMA IR oraz parametry funkcji wątroby i nerek. W odnalezionych rekomendacjach wskazuje się na następujące badania diagnostyczne: profil lipidowy (na czczo), pomiar hemoglobiny glikowanej (HbA1c), badanie snu za pomocą pulsoksymetru (MoH NZ 2016). W związku z powyższym zaproponowane badania diagnostyczne tylko częściowo znajdują odzwierciedlenie w ww. rekomendacjach klinicznych. Rada Przejrzystości wskazała na brak zasadności realizacji badań dodatkowych.

Monitorowanie i ewaluacja

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 programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

W ramach monitorowania ma być prowadzona ocena zgłaszalności do interwencji. Nie przedstawiono dodatkowych informacji. Projekt należy uzupełnić o opis monitorowania realizacji programu, w tym z uwzględnieniem uzyskiwanych w czasie jego trwania efektów.

Ocena jakości świadczeń będzie prowadzona w oparciu o ocenę programu przez rodzica. Zapisy są niejasne i wymagają doprecyzowania. Należy podać w jakiej formie rodzic będzie dokonywał oceny.

Ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań a stanem po jego zakończeniu, co nie zostało uwzględnione w projekcie. Po skorygowaniu celów i mierników efektywności zgodnie z uwagami zawartymi w opinii niezbędne jest uwzględnienie zmian w zapisach dotyczących ewaluacji.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym etapem będzie rekrutacja uczestników w szkołach podstawowych z powiatu polickiego. Następnie zaplanowano przeprowadzenie badania przesiewowego, badań laboratoryjnych oraz akcji edukacyjno-zdrowotnej w formie konsultacji (dietetycznej, psychologicznej, lekarskiej, fizjoterapeutycznej oraz ze specjalistą aktywności ruchowej) dla dzieci znajdujących się w grupie ryzyka i ich rodziców/opiekunów. Ostatnim etapem jest przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu wraz z ewaluacją.

W projekcie w sposób zdawkowy odniesiono się do informacji nt. warunków dotyczących personelu. Wskazano, że porady będą udzielane przez osoby z odpowiednim wykształceniem. Zapisy wymagają doprecyzowania oraz odniesienia do obowiązujących przepisów prawa. Nie odniesiono się do wymogów w zakresie wyposażenia i warunków lokalowych, co wymaga uzupełnienia.

W ramach programu ma zostać przeprowadzona akcja informacyjna. Nie przedstawiono szczegółów dotyczących tego działania, co należy uzupełnić.

W projekcie nie podano w jakim trybie zostanie wyłoniony realizator programu, co wymaga uzupełnienia. Zgodnie z zapisami ustawy o świadczeniach, realizator programu jest wybierany na podstawie procedury konkursu ofert.

W projekcie przedstawiono następujące koszty jednostkowe: 40 zł – koszt badania przesiewowego, 800 zł – koszt interwencji specjalistycznej, 200 zł – koszt działań edukacyjnych dla dzieci i rodziców/opiekunów, dyrektorów, nauczycieli i innych osób biorących udział w programie, koszty sprzętowe, 340 zł – koszty administracyjne.

Wskazano także na koszt nabycia licencji systemu komputerowego (20 000 zł), koszt nabycia sprzętu niezbędnego do realizacji programu (5 000 zł), koszty działań marketingowych/informacyjnych (5 000 zł) oraz wynagrodzenie dla koordynatora (250 zł). W projekcie nie podano jaka licencja systemu komputerowego oraz jaki sprzęt ma zostać zakupiony. Brak także informacji o roli tych zakupów w uzyskaniu efektów programu.

Całkowity koszt programu oszacowano na 145 000 zł.

Program będzie finansowany ze środków budżetu powiatu polickiego. Zaznaczono, że gmina będzie ubiegała się o dofinansowanie kosztów działań realizowanych w programie ze środków NFZ na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Według 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. U osób dorosłych 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, niezadowolone 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 finansowania działań związanych z profilaktyką i edukacją prozdrowotną.

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).

Narzędzia służące diagnozowaniu nadwagi i otyłości

- Pomiar antropometryczny stanowi 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 (WtHR, ang. *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 70 g 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 (WtHR, ang. *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 wyliczenie 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 1 g/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, 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).

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 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr OT.431.51.2021 pn. „Powiatowy program przeciwdziałania nadwadze i otyłości wśród dzieci w wieku 8 lat uczęszczających do szkół podstawowych w Powiecie Polickim” realizowany przez: powiat policki, Warszawa, sierpień 2021; raportu nr OT.423.2.2018 „Profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci i młodzieży w ramach programów polityki zdrowotnej” z kwietnia 2019 r. oraz opinii Rady Przejrzystości nr 109/2021 z dnia 2 sierpnia 2021 roku o projekcie programu „Powiatowy program przeciwdziałania nadwadze i otyłości wśród dzieci w wieku 8 lat uczęszczających do szkół podstawowych w Powiecie Polickim”.