



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 54/2021 z dnia 15 września 2021 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
nadwagi i otyłości u dzieci klas I-III ze szkół podstawowych
znajdujących się na terenie Gminy Nowogard na lata 2021-2024”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci klas I-III ze szkół podstawowych znajdujących się na terenie Gminy Nowogard na lata 2021-2024”, 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, w ramach której dzieci z wykrytymi w ramach badania przesiewowego zaburzeniami masy ciała zostaną objęte specjalistyczną opieką, a postępy w odzyskiwaniu prawidłowej masy ciała będą monitorowane przez około 2 lata.

Jednocześnie projekt zawierał uchybienia, których skorygowanie jest kluczowe dla zachowania jakości i efektywności projektu PPZ. Zatem warunkiem jego wdrożenia, realizacji i finansowania jest uwzględnienie uwag zawartych w niniejszej opinii, w tym szczególnie odnoszących się do poniższych kwestii:

- Projekt dotyczy populacji pediatrycznej, jednak w opisie problemu zdrowotnego przytoczono progowe wartości BMI nadwagi i otyłości osób dorosłych. Zapis należy skorygować. Zalecaną przez towarzystwa naukowe metodą diagnozowania nadwagi i otyłości u dzieci jest odniesienie do siatki centylowej BMI właściwej dla wieku i płci dziecka. Szczegóły przedstawiono w części opinii poświęconej ocenie technologii medycznej.
- Należy zmodyfikować kryteria włączenia tak, aby nie wyłączać dzieci ze zdiagnozowaną nadwagą lub otyłością z etapu I. Etap ten obejmuje przede wszystkim działania edukacyjne, które wykraczają poza zakres świadczeń gwarantowanych i mogą stanowić ich uzupełnienie.
- W projekcie nie podano sumarycznego czasu trwania interwencji w etapie II. Należy rozważyć zapewnienie minimum 26 godzin interwencji dla każdego dziecka z nadwagą lub otyłością, które zostało do niego włączone.



- 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.
- W ramach etapu I mają zostać przeprowadzone działania edukacyjne w formie warsztatów. W projekcie nie przedstawiono jednak listy tematów, które mają zostać omówione. Brak w opisie także pomiaru początkowego i końcowego efektów tego etapu, przez co obiektywna ocena efektywności może być utrudniona. Treść projektu należy uzupełnić o stosowne zapisy.
- Projekt wymaga poprawy w zakresie dotyczącym pomiaru efektywności podejmowanych działań, w tym celu głównego, celów szczegółowych i mierników efektywności interwencji. Szczegółowe uwagi zostały zawarte w dalszej części opinii.
- W części poświęconej budżetowi nie przedstawiono kosztów jednostkowych, co wymaga uzupełnienia.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt PPZ przesłany przez gminę Nowogard zakładający przeprowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych, wykonanie pomiarów antropometrycznych i edukację żywieniową w populacji pediatrycznej. Dla dzieci ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością dodatkowo zaplanowano porady psychodietetyczne oraz regularne pomiary antropometryczne. Program ma być realizowany w latach 2021-2024. Całkowity koszt programu został oszacowany na 148 350 zł. Program ma być finansowany z budżetu gminy Nowogard.

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. Podano definicję, etiologię i następstwa otyłości. Wskazano na BMI jako wskaźnik właściwy dla diagnozy nadwagi i otyłości. W projekcie błędnie podano wartości progowe BMI 25 kg/m² dla nadwagi i 30 kg/m² dla otyłości – są to wartości dla osób dorosłych. W populacji pediatrycznej diagnoza nadwagi lub otyłości opiera się o centyl odczytany z siatki centylowej BMI dla wieku w czasie pomiaru i płci dziecka. Opis problemu zdrowotnego należy poprawić w omówionym powyżej zakresie.

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 światowe, ogólnopolskie oraz regionalne dotyczące występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci. Na podstawie danych NCD Risk Factor Collaboration wskazano, że w przypadku dzieci i młodzieży (osoby poniżej 20 r.ż.) w 2016 r. w Polsce nadwagę miało 31% chłopców i 20% dziewcząt, a otyłość 13% chłopców i 5% dziewcząt. W projekcie odniesiono się do map potrzeb zdrowotnych. Województwo zachodniopomorskie w 2016 r. zajmowało czwarte miejsce pod względem chorobowości dla rozpoznania z grupy „otyłość”. Otyłość zdiagnozowano u 21 500 osób, co daje 1258,5 osób na 100 tys. mieszkańców województwa.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci z klas I-III szkół podstawowych z terenu Gminy Nowogard, poprzez profilaktykę otyłości, kreowanie prozdrowotnych nawyków żywieniowych, poszerzanie wiedzy i świadomości na temat zasad prawidłowego żywienia dzieci”. 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. Zaproponowane brzmienie nie zawiera wartości docelowej, której osiągnięcie będzie tożsame ze zrealizowaniem założonych efektów programu. Dodatkowo należy przeformułować cel główny tak, aby odnosił się wyłącznie do tych dzieci, które wzięły udział w programie. Ocena wpływu realizacji programu na populację ogólną dzieci z terenu gminy Nowogard powinna zostać przeprowadzona w ramach ewaluacji. Cel główny odnosi się do stanu uzyskanego dzięki realizacji programu, a tym samym nie ma potrzeby opisywania w celu interwencji, które zostały wykonane. Sugerowane jest uproszczenie brzmienia celu głównego przez usunięcie wyliczenia interwencji.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) *„zwiększenie częstości stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu doboru racjonalnej diety wśród dzieci i młodzieży w efekcie odbytych porad dietetycznych”;*
- (2) *„kreowanie prawidłowych nawyków dotyczących zachowań zdrowotnych, aktywności fizycznej w trakcie trwania programu oraz ich zakorzenieniu po zakończeniu programu”;*
- (3) *„zmniejszenie częstotliwości występowania otyłości u dzieci i młodzieży z Gminy Nowogard”.*

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. Cel szczegółowy nr 1 zakłada, że wymieniona w jego treści częstość zachowań prozdrowotnych będzie po zakończeniu udziału w programie wyższa niż przed realizacją interwencji. Jednocześnie projekt nie przewiduje pomiaru początkowego i końcowego częstości tych zachowań. Brak ten należy uzupełnić. Oczekiwanym skutkiem interwencji jest realizowanie pożądaných zachowań, co powinno być oceniane w sposób obiektywny, np. na podstawie analizy wpisów w prowadzonych przez uczniów dziennikach, np. dietetycznym czy aktywności fizycznej (przykładowo: dla dziennika dietetycznego: czas i ilość spożywanej wody, szczegóły dotyczące spożywanych posiłków; dla wysiłku fizycznego – rodzaj aktywności, czas trwania, intensywność w jednostkach obiektywnych, poziom odczuwanego wysiłku; dla oceny nawyków – czas i jakość snu). W szczególności nie należy opierać się na deklaracjach uczestników co do odczuwanej poprawy. Brzmienie celu należy także rozszerzyć o wartość docelową, np. wzrost wartości początkowej o określoną liczbę punktów procentowych. Zaproponowana wartość docelowa powinna zostać uzasadniona, w tym należy wskazać źródła danych, przedstawić stosowne obliczenia oraz wyczerpująco opisać przyjęte założenia. Cel szczegółowy nr 2 nie odnosi się do skutków działań, a do ich podjęcia. Tym samym został sformułowany błędnie i wymaga przeformułowania w sposób analogiczny do celu szczegółowego nr 1. Cel szczegółowy nr 3 w przedstawionym brzmieniu stanowi powielenie celu głównego, co jest podejściem niepoprawnym. Zapis należy zmodyfikować tak, aby odnosił się wyłącznie do grupy dzieci ze zdiagnozowaną w ramach programu otyłością.

Projekt zakłada przeprowadzenie interwencji edukacyjnych, których efektem ma być wzrost wiedzy i umiejętności uczniów. Zarazem nie przedstawiono celów i mierników efektywności dla tych działań. W programie nie zaplanowano także pomiaru początkowego i końcowego poziomu wiedzy. Miernikiem odpowiednim dla pomiaru przyrostu wiedzy przykładowo byłby odsetek osób, które uzyskały wysoki poziom wiedzy w post-testie, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test. Braki te należy uzupełnić.

W treści projektu programu zaproponowano następujące mierniki efektywności interwencji:

- (1) „liczba uczniów, u których stwierdzono nadwagę i otyłość przy przystąpieniu do programu oraz przy zakończeniu udziału w programie”;
- (2) „ankiety oceny efektywności programu po jego zakończeniu”;
- (3) „pomiarów parametrów antropometrycznych przed udziałem w programie i po jego zakończeniu”;
- (4) „sprawozdania z realizacji programu”;
- (5) „BMI skorygowane o wiek i płeć w postaci centylów (pomiar w początkowym etapie realizacji programu, po sześciu miesiącach oraz po roku od przystąpienia do programu)”;

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 określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Miernik efektywności nr 1 odnosi się do pomiaru efektywności interwencji, co jest podejściem prawidłowym. Wynik należy jednak przedstawić w postaci ilorazu, gdzie w mianowniku znajduje się liczba dzieci objętych dodatkowymi interwencjami w związku ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością, zaś w liczniku liczba dzieci z nadwagą lub otyłością po zakończeniu ich udziału w programie. Wynik może zostać wyrażony w procentach. Jednocześnie należy wskazać, że dla miernika efektywności nie został zdefiniowany cel szczegółowy, co należy uzupełnić, np. przez modyfikację celu szczegółowego nr 3 zgodnie z dotyczącymi go uwagami. Miernik efektywności nr 2 odnosi się do subiektywnego odbioru programu i tym samym nie spełnia warunku obiektywności. Nie dotyczy także zdarzeń lub faktów występujących w programie. Wyniki ankiety dotyczącej oceny nie mogą być podstawą do wnioskowania o efektywności programu. Zapis należy usunąć lub przenieść do części projektu poświęconej ocenie satysfakcji w ramach monitorowania. Mierniki efektywności nr 3 i 5 odnoszą się do danych zbieranych w ramach monitorowania, lecz zarazem nie przedstawiono sposobu wykorzystania tych danych w ocenie stopnia realizacji celów programu, co należy skorygować.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią będą dzieci uczęszczające do klas I-III szkół podstawowych na terenie gminy Nowogard. Na podstawie danych z Urzędu Miasta Nowogard przedstawiono prognozowaną liczebność populacji docelowej w poszczególnych latach programu, tj. 2021 r. – 659 dzieci, 2022 r. – 692 dzieci, 2023 r. – 693 dzieci, 2024 r. – 693 dzieci. Przedstawione dane są zbliżone do informacji zawartych na stronie internetowej GUS. Łącznie programem ma zostać objęte 2 737 dzieci, co stanowi 100% populacji docelowej.

W projekcie oszacowano, że wykrycie nadwagi lub otyłości i w efekcie włączenie do II etapu programu będzie miało miejsce w przypadku 10% liczby uczestników etapu I. Projekt należy uzupełnić o wyjaśnienie źródła podanej wartości.

Kryteriami włączenia do programu będą: zamieszkiwanie na terenie gminy Nowogard, uczęszczanie do klas I-III szkół podstawowych z terenu gminy Nowogard, pisemna zgoda rodziców/opiekunów prawnych. Zapisy nie budzą zastrzeżeń.

W kryteriach wyłączenia z udziału w programie wymieniono: „niezamieszkiwanie na terenie gminy Nowogard”, „brak zgody rodzica na udział dziecka w programie” oraz „wcześniejsze objęcie dziecka opieką lekarską w ramach NFZ”. Pierwsze dwa z wymienionych kryteriów stanowią powielenie warunków przedstawionych jako kryteria włączenia. Mając na uwadze, że dla rozważenia kryteriów wyłączenia niezbędne jest wcześniejsze łączne spełnienie wszystkich kryteriów włączenia, ponowne odwołanie się do kwestii już rozstrzygniętych jest niezasadne. Ostatnie z wymienionych kryteriów w przedstawionym brzmieniu wyłącza z udziału w programie wszystkie dzieci, gdyż wszystkie dzieci są w Polsce objęte w ramach świadczeń gwarantowanych opieką lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Zapis wymaga korekty. Należy zarazem wskazać, że w przypadku dzieci, które w związku

z nadwagą lub otyłością objęte są opieką w ramach świadczeń gwarantowanych, wyłączenie powinno dotyczyć jedynie kwalifikacji do II etapu programu. Etap I obejmuje przede wszystkim działania informacyjno-edukacyjne, które wykraczają poza świadczenia gwarantowane i mogą je uzupełniać. Zapisy projektu należy zmienić tak, aby dzieciom objętym opieką w ramach świadczeń gwarantowanych w związku ze zdiagnozowaną nadwagą lub otyłością umożliwić uczestnictwo w I etapie programu, a wyłączyć jedynie z etapu II.

Projekt należy uzupełnić o jasno zdefiniowane kryteria włączenia do II etapu, tj. wskazanie wartości odczytywanej z siatki centylowej BMI właściwej dla wieku w czasie pomiaru i płci dziecka, które interpretowane będą jako nadwaga lub otyłość.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano dwa etapy. Etap I skierowany jest do wszystkich uczestników programu, zaś etap II wyłącznie do osób, u których w ramach etapu I stwierdzono nadwagę lub otyłość.

Etap I

W ramach I etapu zaplanowano kwalifikację do programu, pozyskanie pomiarów antropometrycznych dzieci od pielęgniarek środowiskowych/higienistek szkolnych oraz edukację w formie cyklu wykładów/szkoleń z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej.

Nadwaga i otyłość rozpoznana będzie na podstawie BMI w oparciu o siatki centylowe. Nie wskazano wartości progowych dla diagnozy nadwagi lub otyłości, co należy uzupełnić. Badania mają zostać przeprowadzone z zachowaniem prawa do intymności przez pielęgniarki środowiskowe/higienistki szkolne w szkołach na terenie gminy.

W odnalezionych rekomendacjach podkreśla się, że pomiary antropometryczne stanowią integralną część oceny rozwoju somatycznego dzieci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018). Pomiar BMI uznany został 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 odnalezionych dowodach wtórnych (przeglądy 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).

Zajęcia edukacyjne będą odbywały się w formie godziny wychowawczej lub dodatkowych zajęć pozalekcyjnych, z częstością uzgodnioną z realizatorem, jednak nie rzadziej niż 1 raz na 2 miesiące. Zajęcia będą miały charakter warsztatowy, np. zabawy ruchowe, komponowanie prawidłowych posiłków, zdrowe alternatywy przekąsek.

Opis działań podejmowanych w ramach etapu jest zdawkowy i wymaga uzupełnienia. W szczególności należy wskazać tematy, które mają być przedstawione w ramach edukacji. W projekcie nie należy powielać treści, które są uwzględnione w Podstawie programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej.

Etap II

W ramach etapu II zaplanowano przeprowadzenie przez psychodietetyka cyklu pięciu indywidualnych porad, które mają odbywać się w obecności rodziców/opiekunów prawnych dzieci. Spotkania mają objąć rozpisanie jadłospisu, terapię poznawczo-behawioralną oraz elementy edukacji żywieniowej. Jako miejsca spotkań wskazano placówki POZ lub gabinety psychodietetyczne. Nie przedstawiono

dalszych szczegółów, co należy uzupełnić. W szczególności należy podać minimalny czas trwania spotkania.

W czasie pierwszej wizyty zostanie przeprowadzony wywiad żywieniowy, a rodzice otrzymają przygotowany dla dziecka jadłospis. Wizyty kontrolne odbywają się po 2, 4, 6, 8 i 10 miesiącach od pierwszej wizyty. W czasie każdej z wizyt wykonywane będą pomiary antropometryczne. Psychodietetyk monitoruje wartość BMI. Wizyta kończąca udział w etapie jest realizowana 10 miesięcy od pierwszej wizyty. W projekcie należy uwzględnić wymóg przekazania na wizycie podsumowującej zindywidualizowanych zaleceń dotyczących dalszego postępowania.

Pół roku i rok po ostatniej wizycie u psychodietetyka wykonywane są pomiary antropometryczne przez higienistkę szkolną, pielęgniarkę środowiskową lub realizatora PPZ. W projekcie należy opisać w jaki sposób zostaną wykorzystane wyniki pomiarów i ewentualnie przedstawić dodatkowe cele szczegółowe i mierniki efektywności lub inne elementy programu.

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.

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.).

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 mają być gromadzone dane dotyczące: „liczby osób, które zgłosiły się do programu i wzięły w nim udział”, „liczby osób, u których zdiagnozowano nadwagę i otyłość”, „liczby osób, które uczestniczyły w konsultacjach specjalistycznych”, „liczby osób, które z nich zrezygnowały” [sic], „liczby dzieci, które z powodów zdrowotnych lub innych nie zostały objęte (wraz ze wskazaniem tych powodów)” [sic] oraz „liczby dzieci, które zrezygnowały z własnej woli

z uczestnictwa w programie w trakcie jego realizacji”. Należy uwzględnić monitorowanie realizacji etapu I, a także dane o efektach uzyskiwanych w każdej z interwencji.

Projekt nie przewiduje oceny jakości udzielanych świadczeń, a jedynie przeprowadzenie „ankiety oceny efektywności programu w opinii rodziców/opiekunów prawnych”. Zalecane jest umożliwienie rodzicom, opiekunom prawnym i dzieciom przekazywanie informacji zwrotnej dotyczącej ich odbioru jakości realizacji programu.

Ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań a stanem po jego zakończeniu, co 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 zdawkowy opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym etapem będzie akcja informacyjna. Następnie zaplanowano przeprowadzenie akcji edukacyjnej i kolejnych etapów programu, a także monitorowania i ewaluacji.

W projekcie nie odniesiono się do wymogów w zakresie personelu, wyposażenia i warunków lokalowych, co wymaga uzupełnienia. Należy przedstawić wszystkie kryteria, które zostały zidentyfikowane jako mające wpływ na efektywność działań i uzyskanie celów programu.

Akcja informacyjna ma prowadzona będzie za pomocą ulotek/plakatów informacyjnych na terenie szkół podstawowych, w Urzędzie Miasta Nowogard, a także za pośrednictwem stron internetowych.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

W projekcie nie przedstawiono kosztów jednostkowych, co wymaga szczegółowego uzupełnienia. Należy przedstawić koszt oraz szacunkową liczbę każdego z działań przewidzianych do realizacji w programie. Należy także odnieść się do kosztu monitorowania realizacji programu oraz przygotowania raportu końcowego, w tym ewaluacji.

Całkowity koszt programu oszacowano na 148 350 zł.

Program będzie finansowany ze środków budżetu gminy Nowogard.

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, 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 finansowania działań związanych z profilaktyką i edukacją prozdrowotną.

Ocena technologii medycznej

W ramach wyszukiwania wytycznych dotyczących problemu zdrowotnego jakim jest nawaga 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: 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, spacerowanie, 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 zbilansowana 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 czynniki warunkujące zdrowie: zapewnienie dostępu do niedrogiej, zdrowszej żywności i napojów, przestrzeni zielonej oraz obiektów zachęcających do podejmowania aktywności fizycznej; skierowanie szerokiego zakresu działań zarówno do osób dorosłych, jak i dzieci i młodzieży; świadczenie usług z zakresu kontroli masy ciała dorosłym, dzieciom (całym rodzinom); świadczenie usług w zakresie leczenia otyłości (NICE 2017).

Część posiadanego budżetu powinna być przeznaczona na wdrażanie innowacyjnego podejścia w zakresie profilaktyki otyłości. 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. ocena szerokiej gamy wskaźników procesu, informacje zwrotne od organizacji partnerskich, 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; odsetek osób, które ukończyły dany program; odsetek 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.431.73.2021 pn. „Program profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci klas I-III ze szkół podstawowych znajdujących się na terenie Gminy Nowogard na lata 2021-2024” realizowany przez: gminę Nowogard, Warszawa, wrzesień 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 129/2021 z dnia 6 września 2021 roku o projekcie programu „Program profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci klas I-III ze szkół podstawowych znajdujących się na terenie Gminy Nowogard na lata 2021-2024”.