



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 60/2021 z dnia 27 października 2021 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości w populacji
dzieci w Gminie Syców”
(woj. dolnośląskie)**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości w populacji dzieci w Gminie Syców”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Program polityki zdrowotnej dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim jest nadwaga i otyłość w populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Projekt realizuje priorytet zdrowotny: „*przeciwdziałanie występowaniu otyłości*” ujęty w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. 2018 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.

Niemniej, w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości proszę o uwzględnienie poniższych uwag oraz uwag przedstawionych w dalszej części niniejszej opinii:

- W projekcie należy zapewnić minimum 26 godzin interwencji multikomponentowej dla każdego dziecka z nadwagą lub otyłością, które zostało do niej włączone;
- 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 programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i leczenia otyłości w populacji dzieci w Gminie Syców. Program ma być realizowany w latach 2021-2022 roku. Planowane koszty całkowite oszacowano na ok. 37 000 zł. Program zostanie sfinansowany z budżetu Gminy Syców.

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 dokumencie wskazano, że ww. problem zdrowotny przyczynia się do takich dolegliwości jak: choroby układu krążenia, choroby serca, cukrzyca typu 2, nowotwory czy choroby zapalne. W dokumencie przytoczono definicję otyłości wg WHO i wskazano na konsekwencje jakie niesie za sobą otyłość.

Projekt programu realizuje priorytet zdrowotny: „*przeciwdziałanie występowaniu otyłości*” ujęty w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. 2018 poz. 469).

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

W opisie sytuacji epidemiologicznej przedstawiono światowe, europejskie, ogólnopolskie oraz regionalne dane dot. występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci. Ponadto na podstawie badania przesiewowego przeprowadzonego w Gminie Syców wśród 385 dzieci klas III (9-10 lat) i VII (13-14 lat) z 6. szkół podstawowych, z użyciem Elektronicznego Systemu Medycyny Szkolnej, w roku szkolnym 2019/2020 oraz w I semestrze roku szkolnego 2020/2021, oceniono, iż problem nadwagi i otyłości szkół w gminie kształtuje się na poziomie 26,4% badanej populacji, dotycząc 102 uczniów – nadwaga została zdiagnozowana u 75 uczniów (19,4% badanej populacji), a otyłość – wśród 27 dzieci (7% badanej populacji).

W dokumencie odniesiono się także do map potrzeb zdrowotnych i wskazano, że *dla województwa dolnośląskiego*, zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „Otyłość” w 2016 roku wyniosła 32,3 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 84,0. W dokumencie znalazła się także informacja, że w przypadku hospitalizacji „w 2016 roku w województwie dolnośląskim odnotowano 0,41 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako otyłość (...), co stanowiło 19,22% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które zakwalifikowano do grupy chorób metabolicznych”.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „*zmniejszenie w okresie rocznej interwencji częstości występowania nadmiaru masy ciała – redukcja wskaźnika centyla BMI (wskaźnik masy ciała, body mass index) średnio o 3 centyle BMI, z siatki właściwej dla wieku i płci w stosunku do wyjściowej masy ciała u 50% dzieci – uczestników programu tj. uczniów klas 3 i 7 zamieszkałych na terenie Gminy Syców, poprzez objęcie uczestników kompleksową interwencją edukacyjno-zdrowotną*”. Należy podkreślić, że 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.

W zaproponowanym celu nie wskazano jednak uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej. Należy zaznaczyć, że w ramach realizacji podjętego celu, wskazane jest aby badania antropometryczne były wykonywane cyklicznie. Warto także zwrócić uwagę, że redukcja „*średnio o 3 centyle BMI*” powinna zostać określona nie w stosunku do samej „*masy wyjściowej*”, a w stosunku do wyniku badania antropometrycznego w momencie rozpoczęcia programu.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- 1) „*zwiększenie dostępności do specjalistycznej diagnostyki w zakresie identyfikacji czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych wśród dzieci i młodzieży – uczestników programu*”,
- 2) „*wczesna identyfikacja dzieci i młodzieży z chorobami metabolicznymi, nadciśnieniem tętniczym oraz innymi chorobami wymagającymi leczenia w trybie pilnym w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ*”,
- 3) „*poprawa wykrywalności na wczesnym etapie zaawansowania chorób cywilizacyjnych, w tym chorób metabolicznych, nadciśnienia tętniczego wśród populacji dzieci i młodzieży-uczestników programu*”,

- 4) „w okresie jednego roku zwiększenie u co najmniej 50% dzieci i młodzieży – uczestników programu poziomu wiedzy, w zakresie zdrowego stylu życia oraz konsekwencji nadmiernej masy ciała, podczas realizacji programu w latach 2021/2022 w Gminie Syców”,
- 5) „w okresie jednego roku zwiększenie poziomu wiedzy u co najmniej 50% rodziców dzieci i młodzieży – uczestników programu, w zakresie zdrowego stylu życia oraz konsekwencji nadmiernej masy ciała, podczas realizacji Programu w latach 2021/2022 w Gminie Syców”,
- 6) „promocja zdrowia i popularyzacja zdrowego stylu życia wśród uczestników – dzieci i ich rodziców /opiekunów prawnych, a także w społeczności lokalnej Gminy Syców poprzez oddziaływanie w trakcie trwania programu na czynniki kształtujące zdrowie w całym środowisku, w którym funkcjonują dzieci będące uczestnikami programu: zarówno domowe, jak i szkolne - współpracę z dyrekcją, nauczycielami, pielęgniarkami szkolnymi, przy realizacji programu - otwarte dla wszystkich chętnych mieszkańców Gminy Syców warsztaty edukacyjne, a także tzw. Klub Rodzica (spotkania z psychologiem służące wymianie doświadczeń wśród populacji docelowej rodziców, moderowane przez psychologa Programu), w których promocję, a przez to promocję zdrowia i zachowań służących zdrowiu wśród rodzin i społeczności lokalnej, będą zaangażowane szkoły objęte Programem polityki zdrowotnej”.

Warto podkreślić, że cel szczegółowy powinien odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś jego osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinien być mierzalny i możliwy do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. W przedłożonym projekcie cel nr 1 nie odnosi się do efektu zdrowotnego. W przypadku celu nr 2 należy zauważyć, że został on określony w sposób niepoprawny, w postaci działania. W celu nr 3 nie sprecyzowano znaczenia sformułowania „poprawa wykrywalności” oraz nie wskazano wartości docelowej do jakiej należy dążyć. Cel nr 6 został sformułowany w sposób niepoprawny, w postaci działania. Pozostałe cele nie wzbudzają zastrzeżeń. Ponadto w projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre-testów i post-testów z ww. zakresów tematycznych, co umożliwi sprawdzenie stopnia realizacji celów. Nie uzasadniono jednak przyjętej wartości docelowej.

W treści projektu programu zaproponowano także mierniki efektywności interwencji, są to:

- 1) „liczba uczestników interdyscyplinarnej interwencji specjalistycznej”,
- 2) „liczba uczniów, u których stwierdzono otyłość przy przystąpieniu do programu oraz przy zakończeniu udziału w programie”,
- 3) „okresowe wielkości wskaźnika BMI w przedziale jednego roku u osób biorących udział w programie. Zmiana wartości centyla BMI u uczestników programu – ocena przy kwalifikacji do programu oraz przy zakończeniu udziału w programie - redukcja masy ciała w stosunku do wskaźników wyjściowych”,
- 4) „wzrost poziomu wiedzy u dzieci i młodzieży – uczestników programu, w zakresie zdrowego stylu życia oraz uświadomienie powagi i konsekwencji nadmiernej masy ciała i (badania ankietowe na początku spotkań ze specjalistami - na pierwszej interwencji i na ostatnim spotkaniu: pre-test i post-test)”,
- 5) „wzrost poziomu wiedzy u rodziców uczestników programu w zakresie zdrowego stylu życia, powagi problemu zdrowotnego oraz konsekwencji nadmiernej masy ciała (badania ankietowe po kolejnych wizytach oraz kompleksowa ocena po zakończeniu udziału dziecka w interwencji)”,
- 6) „liczba zdiagnozowanych na wczesnym etapie zaawansowania chorób cywilizacyjnych, w szczególności zaburzeń metabolicznych i nadciśnienia tętniczego wśród dzieci i młodzieży-uczestników programu w okresie trwania programu”,
- 7) „zmiana centyla ciśnienia tętniczego krwi u uczestników programu w kierunku właściwych wartości oceniana przy kwalifikacji do programu i przy zakończeniu interwencji”,

- 8) „poprawa poziomu wydolności fizycznej u uczestników programu przy kwalifikacji do programu oraz przy zakończeniu interwencji (skala: bardzo słaba, słaba, dostateczna, dobra, bardzo dobra, doskonała) mierzona w teście sprawności krążeniowo oddechowej Kasch Pulse Recovery Test”,
- 9) „liczba przeprowadzonych interwencji specjalistycznych w okresie trwania programu”,
- 10) „liczba uczestników programu skierowana do dalszych badań i leczenia rozpoznanych chorób cywilizacyjnych w okresie trwania 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. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. W przekazanym dokumencie mierniki nr 1 i 9 nie spełniają funkcji miernika efektywności, jednak mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania. Mierniki nr 3, 4, 5, 7 oraz 8 swoją konstrukcją bardziej przypominają cele lub działania podejmowane w ramach programu. Wskaźnik nr 10 nie odnosi się do celów programu, lecz może zostać wykorzystany podczas ewaluacji. Pozostałe dwa mierniki nie wzbudzają zastrzeżeń i odnoszą się do zaproponowanych celów programu. Ponadto miernik nr 2 może także zostać wykorzystywany podczas ewaluacji.

Podsumowując, element projektu dotyczący celów i mierników efektywności wymaga doprecyzowania zgodnie z powyższymi uwagami.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią będą dzieci z otyłością (cBMI ≥ 95) uczęszczające do klas III i VII szkół podstawowych (6 szkół) włączonych do programu, z terenu gminy Syców, rodzice/opiekunowie prawni oraz mieszkańcy gminy. W projekcie wskazano, że wielkość populacji dzieci włączonych do programu to 428 osób (179 os. klas III oraz 249 os. klas VII). Na podstawie danych uzyskanych z GUS, średnia liczebność jednego rocznika w Gminie Syców wynosi ok. 50 dzieci. Wskazano, że do programu włączone zostanie ok. 20-30 dzieci oraz ok. 20-30 rodziców/opiekunów prawnych, co stanowi ok. 7% populacji docelowej. W dokumencie oszacowano, że wszystkie zaplanowane działania zostaną ukończone przez ok. 60-70% dzieci włączonych do programu (ok. 15 dzieci wraz z rodzicami/opiekunami prawnymi). Wartości procentowe wskazane w projekcie powinny zostać zweryfikowane.

Kryteriami kwalifikacji do programu będą:

- uczęszczanie do klas III i VII, szkół podstawowych w regionie objętym programem,
- pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział w programie,
- nadmiar masy ciała w postaci ≥ 95 cBMI wg. OLAF (włączenie na podstawie rozszerzonego bilansu szkolnego badań przesiewowych).

Z programu wyłączone będą dzieci objęte już specjalistyczną opieką lekarską w ramach NFZ dotyczącą zaburzeń układu endokrynologicznego oraz metabolicznych (poza dziećmi z leczoną pierwotną otyłością).

Interwencja

W projekcie programu zaplanowano następujące interwencje:

- działania multikomponentowe (6 spotkań po 100 minut): konsultacje lekarskie (w tym badanie diagnostyczne), konsultacje dietetyczne, konsultacje ze specjalistą aktywności ruchowej /fizjoterapeutyczne oraz konsultacje psychologiczne wraz z edukacją zdrowotną kierowaną do rodziców/opiekunów prawnych i ich dzieci;
- działania edukacyjne w formie warsztatów dla zdrowych dzieci, rodziców/opiekunów i ich rodzin oraz dla mieszkańców gminy.

Konsultacje specjalistyczne z lekarzem dla dzieci oraz rodziców/opiekunów prawnych

W ramach konsultacji lekarskich skierowanych do dzieci i rodziców/opiekunów prawnych, zaplanowano przeprowadzenie szczegółowej oceny czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych, ocenę wyników uzyskanych z badań laboratoryjnych, a w przypadku rozpoznania zaburzeń istotnych klinicznie skierowanie do dalszej opieki w warunkach poradni specjalistycznych poza programem. W programie przewidziane jest jednorazowe przeprowadzenie badania laboratoryjnego u każdego dziecka, po pierwszej interwencji specjalistycznej, w kierunku najczęstszych chorób metabolicznych. Wskazano, jako badania laboratoryjne: „TSH, fT4, profil lipidowy, DTOG lub alternatywnego testu polegającego na oznaczeniu glikemii na czczo - FPG, insulinemia po DTOG, parametry funkcji wątroby i nerek”. Należy jednak zauważyć, że 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 w programie badania częściowo znajdują odzwierciedlenie w ww. rekomendacjach klinicznych.

Konsultacje specjalistyczne z dietetykiem

Podczas konsultacji dietetycznych, które będą skierowane do dzieci i rodziców/opiekunów prawnych, przeprowadzona zostanie „analiza zachowań żywieniowych, dobór odpowiedniej diety, wprowadzenie i utrwalanie prawidłowych zachowań żywieniowych dziecka i rodziny”.

Wg odnalezionych rekomendacji 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 (ISPED, ISP 2018). W ocenianym programie nie wskazano jednak szczegółowej tematyki poruszanej na spotkaniach z zakresu edukacji żywieniowej, a jedynie ogólny zakres tematyczny.

Konsultacje specjalistyczne z psychologiem

Konsultacje psychologiczne skierowane do dzieci i rodziców/opiekunów prawnych zostaną przeprowadzone w kierunku wzmocnienia „motywacji dziecka, nastawienia rodziców do przeprowadzenia zmiany w zachowaniach zdrowotnych rodziny”.

Konsultacje ze specjalistą aktywności fizycznej

Konsultacje z aktywności fizycznej skierowane do dzieci i rodziców/opiekunów prawnych przeprowadzone zostaną w kierunku ustalenia optymalnego wysiłku fizycznego dla dziecka zgodnie z masą ciała a także możliwościami, preferencjami dziecka, zaplanowania grafiku narastania intensywności i ilości wysiłku oraz jego monitorowania.

Wspólne spotkanie edukacyjne dla dzieci i rodziców/opiekunów prawnych

W projekcie programu zaplanowano również przeprowadzenie dwóch spotkań edukacyjnych dla rodziców i dzieci, które będą prowadzone przez psychologa w formie warsztatów online, na platformie tzw. Klub Rodzica. Ich celem jest wymiana doświadczeń związanych z problemem zdrowotnym otyłości dzieci/podopiecznych, dzielenie się pozytywnymi przykładami działań naprawczych, wzajemna inspiracja oraz wsparcie, wśród populacji docelowej rodziców. W dokumencie brak jest informacji o czasie trwania spotkania edukacyjnego.

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

Warsztaty edukacyjne (4 panele edukacyjne)

Wnioskodawca zaplanował przeprowadzenie grupowych warsztatów edukacyjnych online (grupowych webinarium) skierowanych do ogółu rodziców/opiekunów prawnych, chętnych członków rodzin oraz do dzieci objętych programem. Będą one realizowane w 4 modułach edukacyjnych „panel promotora

zdrowia, panel lekarza, panel psychologa, panel dietetyka” w grupach do ok. 200 osób. W dokumencie podkreślono, że „warsztat będzie miał charakter obligatoryjny dla rodzin uczestniczących w programie i realizowany będzie po udziale rodziny w 1 interwencji programu”. Projekt zakłada także, że warsztaty będą otwarte dla wszystkich zainteresowanych mieszkańców Gminy Syców. W projekcie nie zawarto informacji przez jakiego specjalistę, będzie prowadzony panel promotora zdrowia.

Należy zaznaczyć, że 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). Zaproponowane w projekcie programu działania nie obejmują jednak zalecanych przez USPSTF 26 godzin kontaktowych.

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, Elvsas 2017, Mead 2017) można wnioskować, że multikomponentowe interwencje, obejmujące terapię behawioralną, komponent żywieniowy i/lub aktywności fizycznej wpływają na redukcję wskaźników związanych z masą ciała (waga, BMI, BMI z-score) w populacji dzieci i młodzieży (powyżej 2 r.ż.).

W przedłożonym projekcie programu zaplanowano przeprowadzenie badań antropometrycznych poprzez pomiar masy ciała i wzrostu dzieci oraz określenie wskaźnika BMI wg siatek centylowych oraz analizę składu ciała metodą BIA (analiza impedancji bioelektrycznej, ang. *bioelectrical impedance analysis*). Powyższe jest zgodne z odnalezionymi rekomendacjami, które stanowią, że pomiary antropometryczne powinny być integralną częścią oceny rozwoju somatycznego dzieci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018). Ponadto należy dodać, że 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).

Założone w programie kryterium rozpoznania otyłości w populacji dzieci i młodzieży na poziomie cBMI ≥ 95 jest zgodne z wytycznymi.

Podsumowując w projekcie powinno się zapewnić minimum 26 godzin interwencji multikomponentowej dla każdego dziecka z nadwagą lub otyłością, które zostało do niej włączone. Ponadto przy realizacji programu należy mieć na uwadze także wytyczne i inne dowody naukowe wskazane w rozdziale „Ocena technologii medycznej” niniejszej opinii.

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 przedłożonym dokumencie wskazano, że ocena zgłaszalności będzie: „*monitorowana w oparciu o bezpośredni kontakt z wytypowanymi rodzicami/uczniemi przez koordynatora programu. Monitorowaniu będzie podlegała również liczba dzieci, która nie została objęta programem z powodów zdrowotnych lub innych oraz liczba dzieci, która zrezygnowała z uczestnictwa w programie*”.

Część zaproponowanych mierników efektywności ma zastosowanie do monitorowania i ewaluacji.

W programie podkreślono, że ocena jakości świadczeń prowadzona będzie w oparciu o wyrażenie opinii przez rodziców. W projekcie nie zaplanowano przeprowadzenia ankiety oceny satysfakcji,

a wskazano, że „każdy z rodziców będzie proszony o wyrażenie opinii o realizowanym programie po kolejnych wizytach oraz kompleksową ocenę programu po zakończeniu uczestnictwa dziecka w programie”. Wskazane jest aby ocena jakości była przeprowadzona z użyciem ankiety satysfakcji z udziału w programie polityki zdrowotnej.

Ewaluacja składała się będzie „z rocznej oceny efektów programu u dzieci, jak i działań edukacyjno-aktywizujących przeprowadzonych wśród rodziców/opiekunów/rodziny”. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu.

W projekcie odniesiono się do informacji nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych, a także do sposobu zakończenia udziału w programie.

W projekcie wskazano, że realizator programu wybrany zostanie w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W opiniowanym programie wskazano, że „wszystkie działania realizowane w programie będą wsparte akcją informacyjną skierowaną do rodziców/opiekunów prawnych, lokalnych mediów oraz dyrektorów placówek oświatowych. Informacja o programie zostanie przekazana rodzicom podczas zebrań w szkole lub przez dziennik elektroniczny.”. W dokumencie zaznaczono, że Urząd Miasta i Gminy Syców może wesprzeć realizatora w promocji programu poprzez kontakt ze szkołami oraz poprzez stronę internetową urzędu Syców.

W projekcie programu przedstawiono koszty jednostkowe poszczególnych interwencji. Oszacowano również koszt realizacji badań laboratoryjnych, koszty administracyjne, w tym akcji informacyjnej oraz koszt koordynacji. Kwoty przedstawione w projekcie są zbliżone do aktualnych cen rynkowych. Jednocześnie w kosztach administracyjnych należy również ująć koszty związane z ewaluacją programu.

Wnioskodawca oszacował całkowity koszt programu na ok. 37 000 zł.

Program będzie finansowany ze środków budżetu Gminy Syców.

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 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 (UE);
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE 2017, 2015a, 2015b (Wielka Brytania);
- U.S. Preventive Service Task Force – USPSTF 2017 (Stany Zjednoczone);
- World Health Organization – WHO 2017;
- New Zealand Ministry of Health – MoH NZ 2016 (Nowa Zelandia);
- Canadian Task Force on Preventive Health Care – CTFPHC 2015 (Kanada).

Narzędzia służące diagnozowaniu nadwagi i otyłości:

- Pomiary antropometryczne stanowią integralną część oceny rozwoju somatycznego dzieci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018);
- U dzieci i młodzieży do oceny prawidłowej masy ciała stosuje się BMI (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, MQIC 2018b, ISPED, ISP 2018, USPSTF 2017, AAFP 2017, ES 2017, MoH NZ 2016, CTFPHC 2015). Dodatkowo diagnostyka nadwagi i otyłości powinna być oparta na wartościach centylowych współczynnika stosunku wagi do wzrostu (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 \geq 85. centyla powinno być monitorowane m.in. pod względem powikłań nadwagi lub otyłości (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, ES 2017).

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%).

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: \geq 5 porcji warzyw i owoców, do 2 godzin poświęconych na rekreacyjnym przebywaniu przed ekranami np. telewizora, \geq 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 r.ż. 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 związane 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 (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), a także pediatrów, psychologów oraz specjalistów w dziedzinie zdrowia i promowania aktywności fizycznej (ISPED, ISP 2018).

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

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

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

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

Każdy program mający na celu zapobieganie otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym, w środowisku rodzinnym powinien obejmować szereg komponentów (zamiast skupiać się wyłącznie na edukacji rodziców), takich jak: dieta – interaktywne pokazy gotowania, filmy oraz dyskusje grupowe dot. praktycznych kwestii związanych z planowaniem posiłków, zakupem żywności, napojów; aktywność fizyczna – pokazy interaktywne, filmy oraz dyskusje grupowe dot. praktycznych kwestii związanych z pomysłami na rodzaj podejmowanej aktywności, okazjami do aktywnego spędzania czasu, bezpieczeństwem oraz lokalnymi udogodnieniami (NICE 2015a).

Zdrowy sen

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

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

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

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

- Wspieranie strategii personelu szkoły w zakresie wdrażania programów promocji zdrowia.
- Poprawa ogólnego środowiska dot. produktów żywnościowych w szkole: usuwanie automatów sprzedających słodzone napoje lub przekąski o wysokiej zawartości tłuszczu, cukru lub soli; zakaz sprzedaży tego rodzaju żywności; zmiany szkolnych obiadów w celu ograniczenia niezdrowej

żywności o wysokiej kaloryczności; zapewnienie zdrowego śniadania; zapewnienie bezpłatnych lub tanich owoców; zapewnienie bezpłatnej/taniej wody.

- Poprawa ogólnego środowiska aktywności fizycznej w szkole: zwiększenie dziennych formalnych zajęć (lekcji) aktywności fizycznej zorganizowanych w trakcie i po godzinach lekcyjnych; dostępność szkolnych placów zabaw dla zorganizowanych lub dowolnych aktywności fizycznych podczas i po godzinach lekcyjnych.

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

Głównym celem jest stała zmiana w nawykach żywieniowych dziecka i stylu życia. Niezbędne jest zaangażowanie całej rodziny i wyznaczanie realistycznych celów. Cele długoterminowe powinny obejmować: utrzymywanie odpowiedniego tempa wzrostu i osiągnięcie prawidłowego (zdrowszego) stosunku masy ciała do wzrostu (weight-to-height ratio); zmniejszenie masy ciała (niekoniecznie osiągnięcia idealnej wagi), w szczególności tkanki tłuszczowej, przy jednoczesnym zachowaniu beztłuszczowej masy; utrzymywanie lub promowanie dobrego zdrowia psychicznego (samoocena, prawidłowe nastawienie do jedzenia i wyglądu ciała, jakość życia związana ze zdrowiem); leczenie powikłań, jeśli są obecne, w możliwie najkrótszym czasie; osiągnięcie i utrzymanie zdrowszego stosunku masy ciała do wzrostu i zapobieganie ponownemu przybieraniu nadmiernej masy ciała (ISPED, ISP 2018).

Strategie multikomponentowe

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

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

Kompleksowe interwencje behawioralne powinny być zintegrowane z programami realizowanymi w warunkach szkolnych lub środowiskowych (ES 2017). Krótkoterminowe interwencje i jednorazowe akcje/wydarzenia są niewystarczające – powinny one stanowić część długoterminowego, zintegrowanego programu (NICE 2015a).

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

Programy kierowane do rodzin, których celem jest zapobieganie otyłości, poprawa diety i/lub zwiększenie poziomu aktywności fizycznej powinny zapewniać stałe wsparcie, dostosowane do potrzeb adresatów oraz obejmować szereg technik behawioralnych. Programy powinny mieć także wyraźnie zdefiniowany cel ukierunkowany na poprawę kontroli masy ciała (NICE 2015a).

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

Oczekiwane efekty

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

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

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

Dieta

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

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

Ogólne zalecenia dla diety niskokalorycznej: białko 1g/kg/dzień, węglowodany 45-60% całkowitej liczby kalorii, cukry proste $<15\%$ wszystkich kalorii, tłuszcze 20-35% wszystkich kalorii począwszy od 4 r.ż., 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 (u osób dorosłych ze wskaźnikiem 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 miesiącach 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.431.88.2021 pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości w populacji dzieci w Gminie Syców” realizowany przez: Gminę Syców, Warszawa, październik 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 146/2021 z dnia 11 października 2021 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości w populacji dzieci w Gminie Syców”.