



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 73/2023 z dnia 15 listopada 2023 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program Profilaktyki Nadwagi i Otyłości u dzieci klas III ze szkół
podstawowych prowadzonych przez Gminę Miejską Świdwin na lata
2024-2026”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program Profilaktyki Nadwagi i Otyłości u dzieci klas III ze szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Miejską Świdwin na lata 2024-2026”.

Uzasadnienie

Pomimo istotności problemu zdrowotnego będącego przedmiotem projektu programu, opiniowany projekt programu zawiera szereg braków, a wiele elementów programu wymaga istotnego uzupełnienia i doprecyzowania, w związku z czym nie jest możliwa jego pozytywna ocena.

W projekcie programu w ramach prowadzonych interwencji zaplanowano badanie przesiewowe (pomiar antropometryczny), porady psychodietetyczne oraz działania edukacyjne. Niemniej wszystkie zaplanowane interwencje zostały opisane w sposób bardzo ogólny, przez co utrudniona jest ich rzetelna ocena. Dodatkowo zaplanowane interwencje nie osiągają zalecanego przez wytyczne minimum 26 godzin kontaktowych.

Przedstawione cele nie zawierały wartości docelowych, do jakich zamierza się dążyć. Nie przedstawiono również żadnego poprawnie sformułowanego celu szczegółowego oraz miernika efektywności odnoszącego się do celów programu.

Ponadto z treści programu nie wynika, czy interwencjami zostaną objęte dzieci tylko z jednego rocznika (klas III), czy w kolejnych latach realizacji programu będą włączane kolejne roczniki. Powyższa kwestia wymaga doprecyzowania.

Dodatkowo w projekcie nie uwzględniono m.in. szczegółowych kryteriów kwalifikacji do udziału w konsultacjach psychodietetycznych; konsultacji ze specjalistą aktywności fizycznej; szczegółowych kosztów jednostkowych. Pozostałe uwagi zostały zawarte w dalszej części opinii.

Reasumując, opiniowany projekt zawiera szereg nieprawidłowości oraz brak w nim istotnych elementów, które nie pozwolą na realizację programu o możliwie najwyższej jakości.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący nadwagi i otyłości w populacji pediatrycznej, zaplanowany do realizacji przez miasto Świdwin. Całkowity koszt programu oszacowano na 60 000 zł, zaś okres jego realizacji obejmuje lata 2024-2026.

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 2022 r.,

poz. 2561 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 odnosi się do złożonego problemu zdrowotnego, jakim jest nadwaga oraz otyłość wśród dzieci. W projekcie programu przedstawiono etiologię, czynniki ryzyka, powikłania otyłości, definicję oraz wartości BMI (Body Mass Index), na podstawie których rozpoznaje się nadwagę i otyłość.

Projekt programu zawiera opis danych epidemiologicznych korelujących z wybranym problemem zdrowotnym. Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w skali światowej, europejskiej, ogólnopolskiej i lokalnej.

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026 w ramach rekomendowanych kierunków działań dla województwa zachodniopomorskiego wskazano na „zwiększenie liczby poradni metabolicznych z uwagi na pogłębiającą się otyłość społeczeństwa, której konsekwencją są choroby układu krążenia, cukrzyca” oraz na „wprowadzenie programów profilaktycznych z zakresu prawidłowego odżywiania i aktywności fizycznej (szczególnie wśród dzieci i młodzieży)”, a także „prowadzenie działań na rzecz zachowania właściwej masy ciała, w tym między innymi tworzenie grup wsparcia dla osób z otyłością (...), promowanie kultury fizycznej przez: zapewnianie dostępności do obiektów sportowych i zajęć polegających na aktywności fizycznej”.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci z klas III szkół podstawowych z terenu Gminy Miejskiej Świdwin”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. W celu głównym nie wskazano wartości docelowej, do jakiej należy dążyć w zakresie zmniejszania częstości występowania nadwagi i otyłości, przez co nie będzie możliwe określenie stopnia jego realizacji. Przykładami poprawnie sformułowanego celu są: „zmniejszenie częstości występowania nadmiaru masy ciała (redukcja średnio o (...) centyle BMI w stosunku do wyniku badania antropometrycznego w momencie rozpoczęcia badania) w okresie trwania programu – wśród około 50% uczniów uczestniczących w interwencji multikomponentowej” lub „zmniejszenie o (...) punktów procentowych częstości występowania nadwagi i otyłości wśród zakwalifikowanych do programu dzieci”.

W dokumencie jako cele szczegółowe wskazano:

- (1) „zwiększenie częstości stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu doboru racjonalnej diety wśród dzieci w efekcie odbytych porad dietetycznych”;
- (2) „kreowanie prawidłowych nawyków dotyczących zachowań zdrowotnych, aktywności fizycznej w trakcie trwania programu oraz ich utrzymania po zakończeniu programu”;
- (3) „zmniejszenie częstotliwości występowania otyłości u dzieci z Gminy miejskiej Świdwin, które będą uczestniczyły w II etapie realizacji programu”.

Cel szczegółowy nr 1 odnosi się do częstości stosowania zachowań prozdrowotnych i został sformułowany w sposób zbyt ogólny, co uniemożliwia dobór mierników efektywności. Należy podkreślić, że nie określono definicji „zachowań prozdrowotnych” zatem nie jest jasne, jakie parametry będą analizowane w ramach tego celu. Cel szczegółowy nr 2 został sformułowany nieprawidłowo, w postaci działania. Cel szczegółowy nr 3 stanowi powielenie założenia głównego. W projekcie nie przedstawiono celu odnoszącego się do poziomu wiedzy uczestników programu. Wzrost wiedzy jest możliwy w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi oraz pomiar tego wzrostu za pomocą zaplanowanych w projekcie pre- i post-testów. Do opisu programu nie załączono jednak przykładowego testu. Należy podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować wysoki poziom wiedzy (np. min. 75% poprawnych odpowiedzi). Prawidłowe byłoby również wskazanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników (np. o 30%).

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (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) „pomiar parametrów antropometrycznych przed udziałem w programie i po jego zakończeniu”;
- (4) „wypełnienie pre-testu (przed przystąpieniem do PPZ) oraz post-testu (dla osób, które wypełniły pre-test oraz uczestniczyły w realizacji programu)”;
- (5) „sprawozdania z realizacji programu”;
- (6) „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. 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. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. W ocenianym dokumencie mierniki nr 1 nie odnosi się do celów programu, natomiast może zostać wykorzystany podczas ewaluacji. Wskaźniki nr 2, 3, 4, 5, 6 nie spełniają funkcji miernika efektywności. Należy zaznaczyć, że w odniesieniu do zaplanowanych w projekcie działań edukacyjnych zasadne byłoby przedstawienie miernika efektywności odnoszącego się również do tej interwencji, tj. „liczbę osób uczestniczących w programie, u których doszło do podniesienia lub utrzymania wysokiego poziomu wiedzy”. Podsumowując, element projektu dotyczący celów i mierników efektywności programu wymaga korekty.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dzieci uczęszczające do klas III szkół podstawowych na terenie miasta Świdwin. Program ma objąć 162 uczniów, jednak nie doprecyzowano, czy ww. liczba dzieci zostanie nim objęta w pierwszym roku realizacji programu, czy przez cały jego okres realizacji. Nie odniesiono się do liczebności dzieci kwalifikujących się do programu w kolejnych latach realizacji. Niemniej w treści nie określono, czy w kolejnych latach realizacji programu będą włączane kolejne roczniki. Zaznaczono także, że do drugiego etapu programu, tj. interwencji specjalistycznej zostaną włączone tylko dzieci ze zdiagnozowaną nadwagą lub otyłością. Nie podano jednak szacunkowej liczebności tej grupy.

W projekcie prawidłowo określono kryteria włączenia i wyłączenia.

Interwencja

W ramach prowadzonych interwencji zaplanowano badanie przesiewowe (pomiar antropometryczne), porady psychodietetyczne oraz działania edukacyjne.

Badania przesiewowe

Badania przesiewowe obejmować będą pomiary antropometryczne (wskaźnik masy ciała w oparciu o siatki centylowe). Badania prowadzone będą przez pielęgniarki środowiskowe, pielęgniarki szkolne, higienistki szkolne lub dietetyków w szkołach prowadzonych przez gminę.

W projekcie wskazano, że wartość BMI między 90 a 97 centylem oznaczać będzie nadwagę, a ≥ 97 centyla – otyłość. Powyższe ma swoje odzwierciedlenie w wytycznych.

W wytycznych wskazuje się następujące kryteria rozpoznania dla nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży: nadwaga – wartość BMI w zakresie: >97 centyla (ISPED, ISP 20181), 90-97 centyla dla płci i wieku (KLRwP/PTMR/PTBO 2018), ≥ 85 centyla dla wieku i płci (APA 2018, ES 2017), >85 centyla (CTFPHC 20152); 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).

Konsultacje psychodietetyczne

Dla pacjentów wyłonionych w pierwszym etapie zostały zaplanowane konsultacje psychodietetyczne. Nie określono jednak szczegółowych kryteriów w odniesieniu do wartości wskaźnika BMI definiującej udział w tym etapie.

Założono, że odbędzie się 5 konsultacji psychodietetycznych. Pierwsza konsultacja odbędzie się po 2 miesiącach od zrealizowania badania przesiewowego, natomiast kolejne – po 4, 6, 8 oraz 10 miesiącach od pierwszej wizyty. Wskazano, że celem pierwszej konsultacji psychodietetycznej będzie przeprowadzenie wywiadu żywieniowego oraz dokonanie pomiaru masy ciała. Podczas konsultacji planowane jest rozpisanie jadłospisu dla dziecka, który zostanie następnie przekazany rodzicom/opiekunom prawnym w ciągu 1 tygodnia od zrealizowania pierwszej wizyty. W ramach porad przez psychodietetyka będą także wykonywane pomiary antropometryczne. Ponadto w ramach planowanych konsultacji zaplanowano dodatkowe 2 wizyty w drugim roku trwania programu (1 porada na semestr). Pomiary antropometryczne zostaną także wykonane po pół roku oraz 1 roku po zakończeniu programu. W ramach wizyty wskazano także na realizację terapii poznawczo-behawioralnej oraz elementy edukacji żywieniowej. W projekcie podkreślono, że wszystkie zaplanowane w ramach interwencji spotkania będą prowadzone w obecności rodzica/opiekuna prawnego.

Działania edukacyjne

Działania edukacyjne będą skierowane do wszystkich uczniów klas III oraz ich rodziców/opiekunów prawnych. Zaplanowano przeprowadzenie cyklu wykładów/szkoleń z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, które mają odbywać się z częstotliwością co najmniej 1 raz na 2 miesiące. Mają one być realizowane w formie godzin wychowawczych lub dodatkowych zajęć pozalekcyjnych. W projekcie podkreślono, że szkolenia będą miały charakter warsztatowy (np. zabawy ruchowe, komponowanie prawidłowych posiłków, zdrowe alternatywy przekąsek). Zakres tematyczny edukacji żywieniowej będzie obejmować kwestie dotyczące m.in. „co to znaczy zdrowo jeść?, wielkość porcji i posiłku, ruch i wypoczynek, co się dzieje kiedy jem niezdrowo, zdrowe alternatywy, komponowanie menu, każdy może być kucharzem, jedzenie na co dzień i od święta”. Należy jednak podkreślić, że w projekcie nie przedstawiono szczegółowych informacji dot. realizacji interwencji.

Uwagi ogólne

Rekomenduje się realizację interwencji multidyscyplinarnych, mających na celu redukcję masy ciała i wypracowanie odpowiednich nawyków (m.in. żywieniowych i w zakresie aktywności fizycznej), które umożliwią utrzymanie uzyskanych rezultatów, a powyższe działania powinny obejmować co najmniej 26 godzin kontaktowych. Natomiast zgodnie z zapisami programu dla każdego uczestnika zaplanowano 20 godzin wsparcia, co nie jest wystarczające.

Multidyscyplinarny zespół specjalistów powinien obejmować dietetyków, psychiatrów, pielęgniarki (ES 2017), a także pediatrów, psychologów oraz specjalistów w dziedzinie zdrowia i promowania aktywności fizycznej (ISPED, ISP 2018), co zostało częściowo uwzględnione w projekcie. Zgodnie z treścią programu, interwencje zaplanowane w projekcie będą realizowane przez pielęgniarkę oraz psychodietetyka.

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). W projekcie programu nie zaplanowano wywiadu lekarskiego, co wymaga uwzględnienia.

W projekcie zdawkowo opisano sposób zakończenia udziału w programie. Zaznaczono, że nastąpi ono po odbyciu ostatniej, kompleksowej wizyty u lekarza oceniającego efekty interwencji (w ramach spotkania wytyczano także dalszy kierunek postępowania prozdrowotnego). W projekcie nie wskazano na możliwość dobrowolnego opuszczenia programu przez uczestnika na dowolnym etapie programu. Ponadto nie określono także ścieżki postępowania dla osoby, która zdecydowałaby się na rezygnację z udziału w programie. Powyższe wymaga poprawy.

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.

Ocena zgłaszalności do programu będzie prowadzona na podstawie analizy: „liczby osób, która zgłosiła się do programu i wzięła w nim udział”, „liczby osób, u których zdiagnozowano nadwagę i otyłość”, „liczby osób, które uczestniczyły w konsultacjach specjalistycznych”, „liczby osób, które z nich zrezygnowały”, „liczby dzieci, które z powodów zdrowotnych lub innych nie zostały objęte programem (wraz ze wskazaniem tych powodów)”, „liczby dzieci, których rodzice lub opiekunowie prawni podpisali rezygnację z uczestnictwa w programie w trakcie jego realizacji”.

Ocena jakości świadczeń w programie dokonana zostanie na podstawie ankiet oceny efektywności programu skierowanych do uczestników programu, jednak nie załączono wzoru takiej ankiety co wymaga uzupełnienia.

Ocena efektywności programu obejmie analizę m.in. „wyników ankiety ewaluacyjnej dot. wiedzy na temat edukacji zdrowotnej”, „wskaźnika BMI”, „poprawy diety i aktywności fizycznej”, „poprawy samooceny stanu zdrowia” oraz identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu. W projekcie nie przedstawiono prawidłowo sformułowanych mierników efektywności, zatem kompleksowa ocena efektywności podjętych działań będzie niemożliwa. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co nie zostało uwzględnione w projekcie programu.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono ogólny opis etapów i działań podejmowanych w programie, a także zdawkowo odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie.

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

Zdawkowo przedstawiono kwestie związane z warunkami dotyczącymi personelu, wyposażenia i warunkami lokalowymi.

Akcja informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z Urzędem Miejskim w Świdwinie z wykorzystaniem materiałów drukowanych (ulotki, plakaty) oraz stron internetowych szkół, w których program będzie realizowany.

Całkowity budżet programu oszacowano na 60 000 zł (20 000 zł rocznie). Nie przedstawiono kosztu jednostkowego, przy czym zaznaczono, że obejmie on organizacyjną i merytoryczną koordynację programu, wykonanie badań przesiewowych oraz konsultacje dietetyczne.

Ze względu na brak informacji w projekcie dotyczących liczby osób biorących udział w poszczególnych interwencjach, nie jest możliwe wyliczenie kosztu jednostkowego. W opisie programu nie odniesiono się także do kosztów monitorowania i ewaluacji oraz akcji informacyjnej.

Program będzie finansowany z budżetu gminy miasta Świdwin.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Otyłość nadwaga - 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, odczuwanie poczucia winy i bezradności, depresji, nadużywania alkoholu, leków lub narkotyków.

Alternatywne świadczenia

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427) zawiera zapisy dotyczące kompleksowej oceny stanu zdrowia. Zgodnie z przepisami powinna być ona przeprowadzana u dzieci w ramach testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne m.in. w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w I klasie szkoły podstawowej), w III i V i VII klasie szkoły podstawowej, a także w I klasie ponadpodstawowej. Na wszystkich wymienionych etapach edukacji, w zakresie profilaktycznego badania lekarskiego przeprowadzane jest badanie przedmiotowe m.in. ze szczególnym uwzględnieniem oceny rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (BMI, ang. body mass index). Ponadto wykonywane jest podsumowanie badania, z określeniem poziomu i tempa rozwoju fizycznego ucznia, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), przystosowania szkolnego, kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego.

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

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);
- 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);
- 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: 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. Optymalny czas poświęcany 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, 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 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).

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 (powinny 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).

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. Działania, które powinny być prowadzone w warunkach szkolnych obejmują:

- Wspieranie strategii personelu szkoły w zakresie wdrażania programów promocji zdrowia;
- Poprawę 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;
- Poprawę 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 i stylu życia dziecka. 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 (ang. *weight-to-height ratio*); zmniejszenie masy ciała (niekoniecznie osiągnięcia idealnej wagi), w szczególności zmniejszenie masy tkanki tłuszczowej; 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).

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).
- 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.

Zintegrowane wdrażanie programu

Należy wspierać zintegrowane, długoterminowe (ponad 5-letnie) strategie na rzecz zdrowia. Wskazane jest skupienie się na wszystkich obszarach (skupienie wyłącznie na jednym ze wskazanych obszarów, 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).

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

ZASTĘPCA PREZESA

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

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. 2022 poz. 2561 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu zdrowotnej nr: OT.431.69.2023 „Program polityki zdrowotnej w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6-10-14 dla Zdrowia” na lata 2024-2026” realizowany przez miasto Gdańsk; data ukończenia październik 2023, oraz Aneksu do raportów szczegółowych 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 179/2023 z dnia 6 listopada 2023 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6-10-14 dla Zdrowia” na lata 2024-2026” realizowany przez Miasto Gdańsk.