



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 14/2024 z dnia 21 lutego 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości
wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie
Miejskiej Świdwin na lata 2024-2026”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Miejskiej Świdwin na lata 2024-2026”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Zaplanowane interwencje obejmują m.in. działania edukacyjne, badanie przesiewowe (pomiar antropometryczny) oraz interwencję multidyscyplinarną (zajęcia ruchowe, konsultacje z psychologiem i dietetykiem), co wzięto pod uwagę przy wydaniu pozytywnej opinii.

Nadwaga i otyłość są jednymi z głównych czynników ryzyka rozwinięcia się chorób przewlekłych oraz wpływają na funkcjonowanie fizyczne, psychiczne i społeczne człowieka. Otyła osoba może mieć zaniżoną samoocenę, czuć się odosobniona czy stygmatyzowana przez otoczenie. Aby zapewnić prawidłowy rozwój dzieci, należy zminimalizować ryzyko pojawienia się okoliczności, które mogłyby prowadzić do depresji, lęków czy uzależnień, a także należy wykształcić prawidłowe zachowania dotyczące aktywności fizycznej i nawyki żywieniowe.

Podobny projekt pn. „Program Profilaktyki Nadwagi i Otyłości u dzieci klas III ze szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Miejską Świdwin na lata 2024-2026” był w 2023 r. oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał negatywną opinię (nr 73/2023). Zgłoszone wówczas uwagi zostały w większości poprawione i uwzględnione w przedłożonym do oceny dokumencie. Do weryfikacji pozostają interwencje behawioralne zaplanowane na krócej niż zalecane przez wytyczne minimum 26 godzin kontaktowych oraz nieściśności w budżecie.

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 128 220 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 2024 r., poz. 146), 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 europejskiej oraz ogólnopolskiej.

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 „obniżenie wartości wskaźnika BMI o co najmniej 3 centyle wśród co najmniej 20% uczestników programu, zmagających się z nadwagą lub otyłością”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Cel główny został sformułowany prawidłowo i znajduje odzwierciedlenie w obowiązujących rekomendacjach. Dodatkowo podano także uzasadnienie dla przyjętych wartości docelowych w ramach celu głównego, wskazując na doświadczenia innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji PPZ, a także rekomendacje eksperta.

W dokumencie jako cele szczegółowe wskazano:

- (1) „podniesienie lub utrzymanie wiedzy w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej nadwagi i otyłości, wśród co najmniej 30% dzieci uczestniczących w działaniach edukacyjnych w Programie”,
- (2) „podniesienie lub utrzymanie wiedzy w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej nadwagi i otyłości, wśród co najmniej 60% rodziców uczestniczących w działaniach edukacyjnych w Programie”.

Cele szczegółowe nr 1 i 2 zostały sformułowane prawidłowo i odnoszą się do wzrostu wiedzy wśród dzieci uczestniczących w programie i ich rodziców. W projekcie zaplanowano pomiar wzrostu wiedzy za pomocą pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „odsetek dzieci z nadwagą lub otyłością, u których doszło do obniżenia wartości wskaźnika BMI o co najmniej 3 centyle”,
- (2) „odsetek dzieci, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 95% poprawnych odpowiedzi w teście), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test”,
- (3) „odsetek rodziców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 95% poprawnych odpowiedzi w teście), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test”.

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 określone według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. Zaproponowane w projekcie mierniki efektywności zostały zaplanowane prawidłowo i odnoszą się bezpośrednio do zaplanowanych celów programu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dzieci uczęszczające do klas III szkół podstawowych na terenie miasta Świdwin. W programie zaplanowano objęcie działaniami edukacyjnymi i badaniami przesiewowymi 450 dzieci, natomiast interwencją multidyscyplinarną – 69 osób w czasie trwania 3-letniego PPZ.

W projekcie prawidłowo określono kryteria włączenia i wyłączenia.

Kryteriami włączenia do działań edukacyjnych i badań przesiewowych (etap I) będą: wiek 10 lat (2024 r. – urodzone w 2014 r., 2025 r. – urodzone w 2015 r.; 2026 r. – urodzone w 2016 r.), zamieszkiwanie na terenie gminy miejskiej Świdwin oraz pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka na udział w programie. W przypadku interwencji multidyscyplinarnej, oprócz kryteriów wymienionych w I etapie, dodatkowym kryterium włączenia będzie zdiagnozowana nadwaga lub otyłość (BMI \leq 90 centyla). Należy jednak podkreślić, że zastosowany zapis tj. BMI \leq 90 centyla jest błędny i niezgodny z zapisami w dalszej części projektu, z których wynika, że powinno być to BMI \geq 90 centyla.

Kryterium wyłączenia z programu stanowić będzie wcześniejsze objęcie dziecka z nadwagą lub otyłością specjalistyczną opieką lekarską w ramach NFZ.

Interwencja

W ramach prowadzonych interwencji zaplanowano działania edukacyjne, badanie przesiewowe (pomiary antropometryczne) oraz interwencją multidyscyplinarną.

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 spotkanie rocznie i mają być realizowane przez ustne prelekcje z wykorzystaniem materiałów multimedialnych. W projekcie zaplanowano badanie poziomu wiedzy przy wykorzystaniu pre- i post-testu, składającego się z 10 pytań. Do projektu nie dołączono jednak wzoru ww. testu, zatem nie było możliwości jego weryfikacji.

Drugim elementem składowym działań edukacyjnych pozostaje cykl warsztatów szkoleniowych skierowanych do uczniów. Zaplanowano przeprowadzenie warsztatów odbywających się z częstotliwością wynoszącą 1 raz na 2 miesiące. W projekcie wskazano, że odbędą się 3 takie spotkania. Nie wskazano jednak czasu trwania pojedynczego spotkania. Działania edukacyjne będą realizowane w formie dodatkowych zajęć pozalekcyjnych w formie zabaw ruchowych, zajęć z komponowania prawidłowych żywieniowo posiłków oraz edukacji nt. zdrowych alternatywnych przekąsek.

Badania przesiewowe

Badanie przesiewowe obejmie całą populację uczniów klas III szkół podstawowych znajdujących się na terenie miasta Świdwin w oparciu o pomiary antropometryczne. Zaznaczono, że celem badania będzie wyłonienie populacji zagrożonej nadwagą lub otyłością. Badania zostaną przeprowadzone 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).

Interwencja multidyscyplinarna

Interwencją multidyscyplinarną zostaną objęte dzieci z nadwagą lub otyłością, wyłonione w badaniach przesiewowych. W ramach tej interwencji przewidziano konsultacje dietetyczne, konsultacje psychologiczne/psychodietetyczne oraz konsultacje z zakresu aktywności ruchowej.

Konsultacje dietetyczne obejmą 6 spotkań. Pierwsza odbędzie się niezwłocznie po badaniach przesiewowych. Celem pierwszej konsultacji dietetycznej będzie m.in. przeprowadzenie wywiadu w kierunku oceny zachowań żywieniowych dziecka, przeprowadzenie pomiaru masy ciała, opracowanie założeń przykładowego jadłospisu dla dziecka, ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka pod kątem odżywienia oraz przedstawienie rekomendacji dietetycznych dot. dalszego postępowania. Celem każdej kolejnej konsultacji będzie przeprowadzenie pomiaru masy ciała, edukacja w obszarze zasad zdrowego odżywiania, modyfikacja jadłospisu oraz monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów żywieniowych związanych z nadwagą lub otyłością.

Na konsultacje psychologiczne/psychodietetyczne złożą się 3 spotkania. Pierwsza konsultacja odbędzie się niezwłocznie po badaniach przesiewowych, natomiast kolejne – po 1 i 3 miesiącu od pierwszej wizyty. Celem pierwszej konsultacji psychologicznej będzie przeprowadzenie pogłębionego wywiadu psychologicznego w kierunku oceny aktualnych nawyków związanych z odżywianiem oraz aktywnością fizyczną dzieci i ich rodziców/opiekunów prawnych. Celem każdej kolejnej konsultacji będzie praca nad zmianą zachowań, wykorzystująca metody behawioralne, modyfikacja oddziaływań psychologicznych wspierających zmianę oraz monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów psychologicznych związanych z nadwagą lub otyłością. Dopuszczone będzie przeprowadzenie konsultacji online, z wyjątkiem konsultacji pierwszej, która będzie musiała odbyć się stacjonarnie.

Konsultacje z zakresu aktywności ruchowej z fizjoterapeutą lub specjalistą aktywności ruchowej obejmą 3 spotkania. Pierwsza konsultacja odbędzie się niezwłocznie po badaniach przesiewowych, natomiast kolejne – po 1 i 3 miesiącu od pierwszej wizyty. Celem pierwszej konsultacji fizjoterapeutycznej będzie m.in. omówienie zaleceń dotyczących aktywności fizycznej oraz przedstawienie obowiązujących rekomendacji, opracowanie zestawu ćwiczeń dla dziecka – uwzględniając jego możliwości fizyczne i preferencje, ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka pod względem wydolności fizycznej oraz przedstawienie rekomendacji dotyczących dalszego postępowania. Celem każdej kolejnej konsultacji będzie edukacja w obszarze zaleceń i poprawności wykonywania rekomendowanych ćwiczeń, modyfikacja zestawu ćwiczeń i zaleceń monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów w zakresie wykonywania ćwiczeń wynikających z nadwagi i otyłości.

Pierwsza konsultacja w każdej z 3 wyżej wymienionych kategorii będzie trwać 60 min, a kolejne – 45 min.

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 kwartalnych i rocznych sprawozdań oraz całościowo po zakończeniu programu na podstawie analizy: „liczby rodziców, uczestniczących w działaniach edukacyjnych”, „liczby dzieci, uczestniczących w działaniach edukacyjnych”, „liczby dzieci, które zgłosiły się na badania przesiewowe”, „liczby dzieci, które zakwalifikowano do II etapu programu”, „liczby dzieci uczestniczących w II etapie programu, z podziałem na poszczególne interwencje”, „liczby dzieci, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji”. Należy zaznaczyć, że przedstawione wskaźniki zostały zaplanowane prawidłowo.

Ocena jakości świadczeń w programie dokonana zostanie na podstawie ankiet satysfakcji uczestników programu. Wzór ankiety został dołączony do projektu i nie budzi zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu obejmie: „analizę liczby i odsetka dzieci, u których odnotowano poprawę wskaźnika BMI o co najmniej 3 centyle”, „analizę liczby i odsetka rodziców, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych”, „analizę liczby i odsetka dzieci, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych” oraz „identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu”. Należy wskazać, że ewaluacja powinna się opierać na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu, co zostało zaznaczone w projekcie.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w programie, a także dokładnie odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie.

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

W projekcie odniesiono się do kwestii związanych z warunkami dotyczącymi personelu, wyposażenia i warunkami lokalowymi.

Akcja informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z Urzędem Miejskim w Świdwinie oraz placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe).

Całkowity budżet programu oszacowano na 128 220 zł (42 740 zł rocznie).

Przedstawiono koszty jednostkowe, roczne oraz odniesiono się do kosztów monitorowania i ewaluacji.

Należy zauważyć, że w projekcie zaplanowano 1 spotkanie edukacyjne dla rodziców rocznie, a w budżecie zostały uwzględnione 2 takie spotkania. Istnieje zatem nieścisłość w tej kwestii.

Program będzie finansowany z budżetu gminy miasta Świdwin.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Otyłość według WHO jest definiowana 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, u których stwierdzono otyłość 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 z późn. zm.) 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, 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).

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 całej 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.) 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, zaplanowanych na 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. 2024 poz. 146), z uwzględnieniem raportu zdrowotnej nr: OT.431.102.2023 „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Miejskiej Świdwin na lata 2024-2026”; data ukończenia luty 2024, oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 23/2024 z dnia 19 lutego 2024 roku o projekcie programu „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Miejskiej Świdwin na lata 2024-2026”.