



Opinia Prezesa

Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

nr 82/2019 z dnia 19 czerwca 2019 r.

o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program zapobiegania nadwadze i otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym pn. „Zdrowy Przedszkolak” na lata 2020-2025”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program zapobiegania nadwadze i otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym pn. „Zdrowy Przedszkolak” na lata 2020-2025”.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej obejmuje istotny problem zdrowotny, jednak został przygotowany w sposób nieprecyzyjny i niespójny, przez co ocena poszczególnych elementów była utrudniona. Prowadzenie działań mających na celu prewencję nadwagi i otyłości u dzieci jest rekomendowane przez wytyczne, jednak w projekcie nie zaplanowano kompleksowej ścieżki postępowania z dziećmi o nieprawidłowej wadze ciała, przez co jego realizacja może nie przełożyć się na osiągnięcie założonych celów programu. Należy wskazać, że w celu osiągnięcia jak najlepszych rezultatów, działania z zakresu prewencji nadwagi i otyłości, powinny być na bieżąco monitorowane i ewentualnie modyfikowane, czego w projekcie nie uwzględniono.

W odniesieniu do populacji docelowej, należy wskazać, że w oszacowaniach liczebności pojawiają się w programie nieścisłości, które powodują, że nieznaną jest ostateczna planowanych liczba uczestników programu. Ponadto kryteria wykluczenia z programu nie zostały konkretnie określone.

Interwencje planowane do realizacji opisane zostały w sposób zdawkowy, bez wskazania szczegółowych informacji na ich temat m.in. sposobu oceny nawyków żywieniowych i stopnia aktywności dzieci (nie wskazano czy ocena będzie przeprowadzana na podstawie wystandaryzowanych pytań, czy też opierać się będzie na subiektywnych odczuciach wychowawców i rodziców). Warto również wziąć pod uwagę, że projekt programu w głównej mierze skupiony jest na elementach diagnostycznych i nie stanowi kompleksowego podejścia do problemu nadwagi/otyłości. W projekcie założono ocenę BMI u dzieci, nie wskazano natomiast czy zgodnie z wytycznymi zostaną zastosowane siatki centylowe, nie określono również wartości, przy których stwierdzane będzie, że u dziecka występuje otyłość lub nadwaga. Należy wskazać, że zgodnie z rekomendacjami najlepszą formą profilaktyki otyłości dzieci i młodzieży są skoordynowane interwencje łączące zarówno porady dietetyczne, edukację zdrowotną, aktywność fizyczną oraz wsparcie psychologa.

W programie nie opisano również tematyki ani sposobu organizacji działań edukacyjnych. Należy mieć na uwadze, że edukacja powinna być również skierowana do rodzin i opiekunów prawnych dzieci, którzy powinni być aktywnie zaangażowani w zmianę stylu życia dziecka.

Cele programowe oraz mierniki efektywności nie zostały opracowane poprawnie. Cel główny może okazać się niemożliwy do osiągnięcia. Ponadto zostały przygotowane w formie hipotez, a jeden z celów



został sformułowany w postaci działania, nie zaś oczekiwanego efektu. Nie przedstawiono żadnych mierników odnoszących się bezpośrednio do celów programu.

Monitorowanie oraz ewaluacja również zostały sformułowane na znacznym poziomie ogólności i nie spełniają swojej roli.

W ramach budżetu nie odniesiono się do kosztów monitorowania oraz ewaluacji.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym. Planowany całkowity koszt programu wynosi 123 000 zł, zaś okres jego realizacji to lata 2020 -2025.

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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 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

Problem zdrowotny opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej wpisuje się w priorytet zdrowotny zgodny z §1 ust. 3) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 469): „przeciwdziałanie występowaniu otyłości”.

Opis problemu zdrowotnego został przedstawiony w sposób ogólny. Odniesiono się do definicji otyłości i wskazano wartości BMI (Body Mass Index), na podstawie których rozpoznaje się nadwagę i otyłość. W opisie problemu zdrowotnego odniesiono się również do czynników ryzyka oraz powikłań otyłości.

W opisie sytuacji epidemiologicznej przedstawiono europejskie dane dot. występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci. Ponadto na podstawie map potrzeb zdrowotnych oraz wyników badań odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w kraju wskazując, że ok. 10% dzieci w wieku 1-3 lat ma nadwagę/otyłość, a dodatkowo 18,4% jest zagrożone nadmierną masą ciała. Zgodnie z informacjami przedstawionymi w programie problem nadwagi dotyczy niemal co trzeciego 8-latka.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zmniejszenie występowania nadwagi i otyłości o 50% w grupie dzieci objętych programem”. Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Biorąc pod uwagę zaplanowane w programie interwencje osiągnięcie powyższego celu może okazać się trudne do zrealizowania.

W projekcie przedstawiono także 4 celów szczegółowych:

- „70% dzieci objętych programem będzie miało prawidłowe nawyki odżywiania”;
- „50% rodzin dzieci, które wzięły udział w programie zmieni nawyki żywieniowe po zakończeniu programu”;
- „50% rodzin dzieci, które wzięły udział w programie wprowadzi na stałe aktywność sportową do swojego codziennego życia”;
- „100% dyrektorów przedszkoli zostanie przeszkolonych w zakresie zdrowego żywienia i kształtowania postaw zdrowotnych”.

Dobrze sformułowany cel powinien być zgodny z zasadą SMART, według której powinien on być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Powyższe cele nie są w pełni

zgodne z ww. koncepcją. Ponadto zostały przygotowane w formie hipotez, a ostatni cel stanowi działanie.

W projekcie, w nieprawidłowy sposób odniesiono się do mierników efektywności, ponieważ przedstawiają jedynie kolejne twierdzenia oraz działania. Nie przedstawiono żadnych wskaźników odnoszących się bezpośrednio do celów programu.

Zgodnie z definicją, mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Wartości wskaźników powinny być określane przed i po realizacji programu. Dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości i jej wielkość stanowi o wadze uzyskanego efektu programu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią będą dzieci w wieku 3-6 lat objęte wychowaniem przedszkolnym. Liczebność populacji docelowej została oszacowana na 900 osób rocznie. Przedstawione informacje są zbliżone do danych pochodzącymi z Głównego Urzędu Statystycznego. W projekcie założono, że ok. 70% dzieci uczęszcza do przedszkola, w związku z tym zakłada się udział w programie ok. 600 dzieci rocznie. Jednocześnie wskazano, że łączna populacja 6-letnim okresie trwania programu wyniesie 2150 (co daje 359 osób rocznie). Powyższe zapisy są zatem niespójne i wymagają wyjaśnienia.

Podstawowymi kryteriami włączenia do programu będą: wiek 3-6 lat, uczęszczanie do przedszkola na terenie gminy Pawłowice oraz pisemna zgoda rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie. Kryterium wykluczenia ma być posiadanie choroby uniemożliwiającej udział w programie. Nie przedstawiono szczegółów w tym zakresie, w związku z czym niejasne jest jakie choroby będą eliminowały z udziału w programie.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano:

- ocenę masy ciała dzieci na podstawie BMI (dokonywana przez pielęgniarki na początku programu i co roku w trakcie jego trwania);
- ocenę nawyków żywieniowych dzieci na podstawie wywiadu z wychowawcą przedszkolnym, rodzicami i samymi dziećmi (dokonywana przez pielęgniarkę w porozumieniu z dietetykiem na początku programu i co roku w trakcie jego trwania);
- ocenę sprawności oraz aktywności ruchowej dzieci na podstawie obserwacji wychowawców przedszkolnych (na początku programu i co roku w trakcie jego trwania);
- spotkania edukacyjne z dziećmi;
- szkolenia dietetyczne dla rodziców dotyczące nadwagi, otyłości i nieprawidłowych nawyków żywieniowych;
- współpracę z dyrektorem przedszkola przy ustalaniu jadłospisów dla dzieci;
- pogadanki z rodzicami na temat możliwości aktywnego spędzania wolnego czasu.

Powyższe interwencje zostały opisane w sposób zdawkowy i nie przytoczono szczegółowych informacji o zaplanowanych działaniach. Projekt programu w głównej mierze skupiony jest na elementach diagnostycznych i nie stanowi kompleksowego podejścia do problemu nadwagi/otyłości.

Planowane do realizacji działania edukacyjne, również zostały opisane zbyt ogólnie. Nie jest jasna forma prowadzenia edukacji oraz jej zakres tematyczny skierowany do dzieci. 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).

W odnalezionych rekomendacjach podkreśla się, że pomiary antropometryczne stanowią integralną część oceny rozwoju somatycznego dzieci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018). Ponadto, 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). Ww. wywiad nie został w pełni przewidziany do realizacji w ramach programu. Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi, BMI uznane zostało za stosunkowo dobry oraz prosty test diagnostyczny w kierunku wykrywania dziecięcej otyłości oraz otłuszczenia (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, MQIC 2018b, ISPED, ISP 2018, USPSTF 2017, AAFP 2017, ES 2017, MoH NZ 2016, CTFPHC 2015). W odnalezionych dowodach wtórnych (przeglądy systematyczne z metaanalizami: Simmonds 2016, Simmonds 2015, Javed 2014) wskazuje się na zróżnicowaną czułość i swoistość BMI w odniesieniu zarówno do nadwagi (czułość: 19%-94%, swoistość: 82%-100%) jak i otyłości (czułość: 23%-96%, swoistość: 89,4%-100%).

Warto zaznaczyć, że odnalezione wytyczne wskazują na następujące kryteria rozpoznania dla nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży: nadwaga – wartość BMI w zakresie: >97 centyla (ISPED, ISP 2018), 90-97 centyla dla płci i wieku (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018), ≥85 centyla dla wieku i płci (APA 2018, ES 2017), >85 centyla (CTFPHC 2015); otyłość – wartość BMI w zakresie: >97. centyla dla wieku i płci (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, CTFPHC 2015), ≥95 centyla dla wieku i płci (APA 2018, ES 2017, USPSTF 2017, AAFP 2017), >98. centyla dla wieku i płci (MoH NZ 2016), >99. centyla dla wieku i płci – ciężka otyłość (ISPED, ISP 2018). W programie nie uwzględniono powyższych kryteriów, a dodatkowo nie uwzględniono zastosowania siatki centylowej w ramach oceny wartości BMI.

Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami/dowodami skuteczności w odniesieniu do zapobiegania wystąpienia nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży, wymienia się działania obejmujące właściwą dietę, odpowiedni poziom aktywności fizycznej, działania edukacyjne oraz odpowiednią ilość snu. Ponadto, w zaleceniach podkreśla się konieczność zaangażowania szkół w realizację interwencji prewencyjnych. Wszystkie działania ukierunkowane na zapobieganie nadmiernemu przyrostowi masy ciała, poprawę diety oraz poziomu aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży powinny aktywnie angażować ich rodziców oraz opiekunów (ES 2017, MoH NZ 2016, NICE 2015a, NICE 2015b). W przeglądzie systematycznym z metaanalizą Specchia 2018, oceniano wpływ wysoce zintegrowanych programów prewencyjnych realizowanych wśród osób <18 r.ż., na występowanie nadwagi i/lub otyłości. Wykazano statystycznie istotne różnice w zakresie występowania nadwagi/otyłości u uczestników ww. programów w porównaniu z grupami kontrolnymi.

W rekomendacjach/wytycznych zaleca się wdrożenie zintensyfikowanych, kompleksowych, multikomponentowych interwencji behawioralnych, mających na celu redukcję masy ciała (APA 2018, USPSTF 2017, AAFP 2017). Na podstawie wyników metaanaliz RCT (Al-Khudairy 2017, Elvsaas 2017, Mead 2017) można wnioskować, że multikomponentowe interwencje, obejmujące terapię behawioralną, komponent żywieniowy i/lub aktywności fizycznej wpływają na redukcję wskaźników związanych z masą ciała (waga, BMI, BMI z-score) w populacji dzieci i młodzieży (powyżej 2 r.ż.).

Ponadto należy wskazać, że w programie nie została przedstawiona jasna ścieżka postępowania z pacjentami, u których wykryta zostanie nadwaga lub otyłość. Istotne jest, aby program w sposób kompleksowy obejmował działaniami zarówno osoby o prawidłowej masie ciała, jak i dzieci z nadwagą lub otyłością, uwzględniając przy tym zalecane interwencje zróżnicowane względem uczestników programu (np. odpowiednio dostosowana dieta i aktywność fizyczną dla osób z nadwagą oraz inne zalecenia dla osób z wagą prawidłową). Niejasne jest zatem prowadzenie pomiarów u dzieci, bez odpowiednio sprofilowanych działań dla poszczególnych grup (z wagą prawidłową, nadwagą czy otyłością).

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja programu zostały zaplanowane w projekcie, niemniej jednak te elementy programu wymagają uzupełnienia, gdyż w obecnym kształcie nie spełniają swojego zadania

W ramach oceny zgłaszalności do programu monitorowana będzie liczba dzieci, które wzięły udział w programie w stosunku do liczby dzieci kwalifikujących się do włączenia oraz liczba rodziców, którzy wzięli udział w pogadankach i szkoleniach dietetycznych. W punkcie dotyczącym monitorowania wskazano również kilka innych elementów, które są zasadne w ocenie efektywności, natomiast nie w ocenie zgłaszalności do programu.

Ocena jakości świadczeń prowadzona będzie w oparciu o wyniki ankiet satysfakcji uczestników programu. Do projektu nie załączono wzoru ankiety zatem nie było możliwości weryfikacji jej treści.

Ewaluacja będzie polegała na porównaniu: wyników pomiarów BMI, nawyków żywieniowych dzieci, sprawności i aktywności ruchowej oraz zwiększenia świadomości rodziców na początku i na zakończenie udziału w programie. Nie określono sposobu w jaki porówna nawyki żywieniowe oraz sprawność/aktywność ruchową dzieci.

Warto podkreślić, iż rekomendacje dotyczące monitorowania i ewaluacji w zakresie przedmiotowego problemu zdrowotnego, wskazują, iż ten element programu powinien obejmować pomiary wagi, procentowe zmiany wagi, procent uczestników, u których zanotowano, co najmniej 3%, 5% spadek wagi, procent uczestników, którzy ukończyli program, wiek, płeć oraz status socjoekonomiczny (NICE 2016), co nie zostało uwzględnione w projekcie i wymaga uzupełnienia.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. W projekcie przedstawiono zdawkowe informacje nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Program zakłada przeprowadzenie kampanii informacyjnej o programie przy użyciu materiałów akcydensowych w formie ulotek i plakatów.

W projekcie odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie, rezygnacja z uczestnictwa będzie możliwa na każdym etapie programu. Dzieci ze stwierdzoną nadwagą i otyłością zostaną skierowane do dalszej diagnostyki w poradniach specjalistycznych, które działają w ramach kontraktu z NFZ. Z kolei rodzice otrzymają zalecenia co do dalszego postępowania w celu obniżenia nadmiernej masy ciała oraz możliwości podjęcia leczenia w przypadkach tego wymagających.

Koszt całkowity realizacji programu oszacowano na 123 000 zł (20 500 zł rocznie). W projekcie programu przedstawiono koszt jednostkowy, który został oszacowany na 30 zł/os. Składa się na niego opieka pielęgniarska polegająca na kontroli masy ciała, edukacji dzieci i rodziców, pomocy w przygotowaniu jadłospisów. Oszacowano również koszt przygotowania materiałów edukacyjnych (1000 zł/rok) oraz szkoleń dietetycznych dla rodziców (1500 zł/rok).

Program ma zostać sfinansowany ze środków gminy Pawłowice. Zaznaczono, że gmina będzie ubiegała się o dofinansowanie części działań realizowanych w programie na podstawie art. 48d ust. 1 Ustawy.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Według definicji 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. 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. Złe nawyki żywieniowe nabyte w dzieciństwie utrwalają się i mają wpływ na rozwój otyłości w społeczeństwie, która z kolei przyczynia się do problemów społecznych.

Alternatywne świadczenia

W ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie jest dostępny kompleksowy, interdyscyplinarny system leczenia otyłości, w tym brak jest zwłaszcza finansowania działań związanych z profilaktyką i edukacją prozdrowotną.

Zaplanowane w projekcie badania diagnostyczne są dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych.

Ocena technologii medycznej

W toku przeprowadzonego wyszukiwania odnaleziono wytyczne następujących towarzystw naukowych i instytucji: NICE, Obesity Committee within The Danish Paediatric Society, Canadian Task Force on Preventive Health Care, Australian Government, National Health and Medical Research Council, Department of Health, Institute for Clinical Systems Improvement, Polskie Towarzystwo Dietetyki, European Association for the Study of Obesity, American Heart Association, Expert panel National Heart, Lung, and Blood Institute, Obesity Society, U.S. Preventive Services Task Force, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, German Diabetes Association, American Diabetes Association, American Association of Clinical Endocrinologists, Community Preventive Services Task Force, American Diabetes Association, Institute for Clinical Systems Improvement.

W odniesieniu do nadwagi i otyłości rekomendacje i wytyczne wskazują BMI jako narzędzie przesiewowe. W przypadku dzieci i młodzieży są to siatki centylowe BMI. U dzieci i młodzieży, pomiar obwodu w talii nie powinien być rutynowo stosowany. Wyliczenie BMI powinno być wykonywane przynajmniej raz w roku u dzieci w wieku 2-18 lat. Nie należy natomiast stosować analizy bioimpedancyjnej, jako głównego narzędzia oceny otyłości, zamiast wyliczania BMI.

Zgodnie z zaleceniami NICE, w przypadku dzieci i młodzieży BMI ≥ 98 centyla to otyłość, BMI $\geq 91-98$ centyla – nadwaga. WHO definiuje nadwagę jako >97 centyla BMI, otyłość $>99,9$ centyla BMI – dzieci 2-5lat, nadwagę jako >85 centyla BMI i otyłość >97 centyla BMI – dzieci i młodzież 5-19 lat. Zgodnie z klasyfikacją WHO oraz NICE, u dorosłych nadwagę definiuje się jako BMI 25-29,99, otyłość ≥ 30 (otyłość I stopnia 30-34,99, II stopnia 35-39,99, III stopnia ≥ 40). Zgodnie z wytycznymi International Diabetes Federation otyłość brzuszna u osób dorosłych diagnozuje się, gdy obwód pasa przekracza 94 cm u mężczyzn i 80 cm u kobiet.

Zaleca się także przeprowadzić wywiad rodzinny w kierunku nadwagi, otyłości i chorób towarzyszących. Czynniki, które zwiększają prawdopodobieństwo otyłości dziecięcej i/lub chorób współtowarzyszących powinny być oceniane co najmniej raz w roku. Po rozmowie z dzieckiem i rodzicami, zaleca się ocenę chorób współistniejących i możliwych przyczyn nadwagi lub otyłości u dziecka. Przykładowe badania np.: pomiar ciśnienia krwi, profil lipidowy na czczo, insulina na czczo, glukoza na czczo i test obciążenia glukozą, funkcje wątrobowe i wewnętrzwydzielnicze. Ponadto zaleca się, aby rodzice byli aktywnie zaangażowani w zmianę stylu życia dziecka. Należy zachęcać rodziców dzieci z nadwagą i otyłością do redukcji wagi, jeśli sami mają nadwagę lub otyłość.

Należy informować osoby z nadwagą i otyłością, że nawet niewielka zmiana w diecie, aktywności fizycznej może przynieść wymierne korzyści zdrowotnej (np. zredukować ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2, nadciśnienia, udaru).

W ustalaniu założeń dietoterapii, szczególnie u pacjentów z powikłaniami, niezbędna jest ocena stanu zdrowia, w tym badanie: wartości wskaźników przemiany lipidowej (stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL, HDL, triglicerydów); gospodarki węglowodanowej (stężenie glukozy na czczo, glikemii przygodnej, hemoglobiny glikowanej HbA1c, insuliny); stężenia aminotransferaz wątrobowych, kwasu moczowego, kreatyniny oraz ciśnienie tętnicze krwi. U niektórych pacjentów niezbędne mogą być także wyniki badań dotyczących gospodarki hormonalnej, morfologia krwi. Przed rozpoczęciem leczenia dietetycznego nadwagi/otyłości, dietetyk powinien dokonać oceny gotowości pacjenta do wprowadzenia zmian dotyczących stylu życia.

Wszystkie osoby z nadmierną masą ciała należy zachęcać do regularnych ćwiczeń fizycznych. Jeśli nie występują przeciwwskazania, zaleca się od 150 do 420 minut lub więcej aktywności fizycznej w ciągu tygodnia. Strategia leczenia dietetycznego pacjentów z otyłością powinna obejmować przynajmniej 12 wizyt (indywidualnych lub grupowych) w ciągu pierwszych 6 miesięcy terapii oraz przynajmniej

6 w ciągu kolejnych 6 miesięcy leczenia. Niezbędne jest przekazanie pacjentowi dzienniczka żywieniowego, w którym możliwe będzie zapisywanie rodzaju i ilości spożywanych produktów w określonym czasie.

U osób, u których nie udaje się uzyskać redukcji masy ciała za pomocą terapii behawioralnej, należy rozważyć zastosowanie leczenia farmakologicznego (u osób dorosłych ze wskaźnikiem BMI > 30 kg/m² oraz > 27 kg/m² przy współistnieniu innych czynników ryzyka), a w szczególnych przypadkach leczenia chirurgicznego (BMI ≥ 40 kg/m²).

Zgodnie z rekomendacjami osoby otyłe powinny mieć zapewnioną długookresową opiekę/wsparcie prowadzoną przez wykwalifikowany multidyscyplinarny zespół – dietetyk, specjalista aktywności fizycznej, specjalista promocji zdrowia (np. psycholog sportowy), psycholog kliniczny, psychiatra, pediatra, pielęgniarka pediatryczna. Najbardziej skuteczne są multikomponentowe interwencje obejmujące aktywność fizyczną, zmianę nawyków żywieniowych i interwencje behawioralne/wsparcie psychologiczne. Powinny one obejmować kilka sesji trwających od kilku tygodni do kilku miesięcy.

Zgodnie z rekomendacjami multikomponentowe programy:

- powinny być oferowane grupom dzieci i młodzieży oraz ich rodzinom;
- powinny być dopasowane do wieku i etapu rozwoju dzieci;
- powinny być realizowane w miejscach łatwo dostępnych i dających poczucie nieskrępowania;
- powinny podkreślać znaczenie aktywnego uczestnictwa rodziców w programach skierowanych dla ich dzieci;
- powinny zapewniać wsparcie i zaangażowanie także po zakończeniu działań w ramach programu;
- punkty końcowe powinny być rewaluowane co najmniej rok po jego zakończeniu;
- powinny zapewniać ten sam zespół personelu przez cały okres trwania poszczególnych cykli programu;
- powinny zapewniać stały kontakt beneficjentów ze specjalistami odpowiedzialnymi za ich realizację;
- BMI powinno być ocenione na etapie rekrutacji do programu, na zakończenie oraz powinien być monitorowany po 6 miesiącach i po 1 roku od zakończenia programu, należy 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 kontynuujący działania po 6 m-cach i po 1 roku od zakończenia programu;
- powinny zdefiniować grupy podwyższonego ryzyka lub dzieci z ubogich rodzin.

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 co 2 lata (badanie z oznaczeniem stężenia 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 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.55.2019 „Program zapobiegania nadwadze i otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym pn. „Zdrowy Przedszkolak” na lata 2020-2025” realizowany przez: gminę Pawłowice, Warszawa, czerwiec 2019 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 164/2019 z dnia 17 czerwca 2019 roku o projekcie programu „Program zapobiegania nadwadze i otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym pn. «Zdrowy Przedszkolak» na lata 2020-2025”.