



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 121/2019 z dnia 14 sierpnia 2019r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Qźnia zdrowia kids – program wczesnego wykrywania nadwagi i
otyłości wśród dzieci i młodzieży w Toruniu”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Qźnia zdrowia kids – program wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w Toruniu”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Działania mające na celu prewencję nadwagi i otyłości u dzieci są rekomendowane, a przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Należy jednak dopracować niektóre elementy programu, aby jego realizacja była jak najwyższej jakości:

- Zaproponowane w projekcie cele programowe wymagają przeformułowania. Brakuje celów dotyczących aktywności fizycznej czy też konsultacji psychologicznych. Poprawy wymaga również kwestia dotycząca mierników efektywności, zgodnie z uwagami w dalszej części opinii.
- Populacja docelowa została określona prawidłowo. Wyjaśnienia wymaga zakładana liczba uczestników programu, zgodnie z uwagami w dalszej części opinii. Należy także doprecyzować jaki wynik BMI będzie decydował o kwalifikacji do programu.
- Zaproponowane interwencje są zgodne z wytycznymi. Należy jednak uwzględnić uwagi dotyczące działań edukacyjnych (kogo będą obejmować, kto będzie odpowiedzialny za ich realizację), oraz działań multikomponentowych (uwzględnienie wywiadu, doprecyzowanie częstotliwości konsultacji psychologicznych i z zakresu aktywności fizycznej), zawarte w dalszej części opinii.
- Monitorowanie i ewaluacja wymagają uzupełnienia w sposób umożliwiający prawidłową ocenę programu oraz kompleksową analizę uzyskiwanych efektów zdrowotnych. Należy podkreślić, że wyniki monitorowania i ewaluacji będą stanowić istotną część raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, zatem zasadnym jest prawidłowe opracowanie tych elementów programu.
- Budżet programu nie odpowiada wyliczeniom zawartym w części dotyczącej liczebności populacji docelowej, co należy poprawić.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości. Budżet zaplanowany na realizację programu wynosi 106 800 zł, a okres 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 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

Oceniany projekt programu dotyczy istotnego problemu zdrowotnego jakim jest nadwaga oraz otyłość wśród dzieci i młodzieży. W projekcie programu przedstawiono definicję 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.

Projekt programu realizuje priorytet: „przeciwdziałanie występowaniu otyłości” należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

Oceniany projekt programu zawiera wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

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 województwie kujawsko-pomorskim wskazując, że odnotowano łącznie 828 hospitalizacji (w tym dorośli 505 i dzieci 323) z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako otyłość. Współczynnik hospitalizacji wynosił ok. 84,3/100 tys. mieszkańców w przypadku dzieci i 29,6/100 tys. mieszkańców w przypadku dorosłych. Dodatkowo, na podstawie danych GUS 2018 wskazano, że w Toruniu w grupie dzieci 0-18 lat będących pod opieką lekarza POZ, otyłość stwierdzono łącznie u 726 osób z czego u 124 po raz pierwszy.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „zmniejszenie częstotliwości występowania nadwagi i otyłości wśród uczestników programu”. 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 jest możliwe do zrealizowania.

W treści projektu wskazano również 3 cele szczegółowe:

- (1) „obniżenie masy ciała”,
- (2) „zmniejszenie częstotliwości występowania nadwagi i otyłości poprzez zmianę nawyków żywieniowych”,
- (3) „poszerzenie wiedzy i świadomości zdrowotnej uczestników programu w zakresie zdrowego stylu życia”.

W kontekście 1 i 2 celu szczegółowego nie wskazano wartości wyjściowych ani docelowych. Brakuje celów odnoszących się do zmian w zakresie aktywności fizycznej czy też konsultacji psychologicznych. Wskazane cele programowe warto przeformułować, aby były one mierzalne i realne. Zgodnie z regułą SMART, prawidłowo zaplanowany cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie.

W projekcie programu zaproponowano 2 mierniki efektywności:

- (1) „wskaźnik BMI skorygowany o siatki centylowe (pomiar po zakończeniu interwencji, po 6 miesiącach oraz po roku od zakończenia programu)” oraz
- (2) „liczba osób, u których zwiększyła się wiedza z zakresu zdrowego stylu życia (liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami (ocena co najmniej dobra oznacza uzyskanie 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście)”.

W programie nie zaplanowano osoby odpowiedzialnej za prowadzenie ponownej oceny BMI pół roku oraz rok po zakończeniu udziału przez uczestnika. Nie uwzględniono również takiej interwencji w budżecie programu. Nie wskazano także miernika dla celu szczegółowego dotyczącego zmian w zakresie nawyków żywieniowych. Przy uwzględnieniu dodatkowych celów związanych ze spotkaniami ze specjalistą aktywności fizycznej oraz psychologiem należy uwzględnić także dodatkowe mierniki.

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. Ponadto należy pamiętać, aby wartości wskaźników określane były przed i po realizacji programu. Dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości i jej wielkość stanowi o wadze uzyskanego efektu programu.

Okres realizacji programu zaplanowany został na lata 2020-2025. Nie wskazano czy możliwa będzie jego kontynuacja w kolejnych latach. Jest to tym bardziej istotne pod kątem osób włączanych do programu w ostatnim roku trwania gdzie również zaplanowano dodatkowe pomiary BMI prowadzone pół roku oraz rok po zakończeniu programu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowić będą dzieci i młodzież w wieku 3-18 lat ze zdiagnozowaną nadwagą/otyłością. W projekcie wskazano, że populacja dzieci kwalifikująca się do objęcia programem kształtuje się na poziomie 800 osób (osoby z otyłością i nadwagą). Są to dane zaczerpnięte z Kujawsko-Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Bydgoszczy za rok 2017.

W projekcie założono, że ok. 50% (tj. 400 osób) dzieci i młodzieży skorzysta z programu w ciągu roku. Nie jest zatem jasne na jakiej podstawie przyjęto populację włączoną do programu w liczbie 200 osób co stanowi jedynie 25% populacji docelowej. Nie wskazano również liczebności populacji rodziców, którzy mają brać udział w programie.

Podstawowymi kryteriami włączenia do programu będą: wiek 3-18 lat, kwalifikacja do programu na podstawie formularza zgłoszeniowego, na którym lekarz pediatra zaświadczy o zdiagnozowanej u dziecka nadwadze/otyłości, zamieszkiwanie na terenie Gminy Miasta Toruń oraz wyrażenie pisemnej zgody rodzica/opiekuna prawnego. Nie określono osoby odpowiedzialnej za weryfikację formularzy zgłoszeniowych oraz nie dołączono wzoru formularza do projektu programu, w związku z czym nie jest jasne czy diagnoza nadwagi lub otyłości będzie się opierać wyłącznie o wskaźnik BMI. Dodatkowo w tym zakresie należy uwzględnić zapisy wytycznych, które zalecają stosowanie wskaźnika BMI w odniesieniu do siatek centylowych, co szczegółowo zostało opisane w dalszej części opinii.

Interwencja

W programie będą oferowane 3 rodzaje konsultacji (konsultacje dietetyczne, psychologiczne oraz związane z aktywnością ruchową) co stanowi łącznie działanie multikomponentowe. Dodatkowo zaplanowano działania edukacyjne dla dzieci oraz rodziców i opiekunów prawnych. Poniżej odniesiono się do poszczególnych interwencji w ramach programu.

Działania multikomponentowe:

Konsultacja dietetyczna

Porada dietetyczna ma zawierać elementy terapii poznawczo-behawioralnej. Zaplanowano przeprowadzenie cyklu 12 spotkań odbywających się średnio 1 raz na miesiąc. Na pierwszej wizycie zostanie przeprowadzony wywiad żywieniowy oraz dokonany pomiar masy ciała. W ciągu 1 tyg. od wizyty pacjenci otrzymają jadłospis. W programie wskazano, że podczas każdej porady zostanie przeprowadzony pomiar wskaźnika BMI u każdego uczestnika. Dodatkowo, 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. Ww. wywiad nie został w pełni przewidziany do realizacji w ramach programu.

Konsultacja psychologiczna

W programie zaplanowano przeprowadzenie indywidualnych porad psychologicznych z elementami terapii poznawczo-behawioralnej. Zapisy w programie dotyczące porad nie są spójne (schemat 8 lub 5 porad). Odnalezione przeglądy systematyczne nie zawierają szczegółowej charakterystyki interwencji z określeniem rodzaju, częstotliwości, intensywności poszczególnych składowych interwencji multikomponentowych. Niemniej jednak, zapisy w projekcie dotyczące porad psychologicznych warto ujednolicić.

Konsultacje w zakresie aktywności fizycznej

W ramach programu prowadzone będą zajęcia ruchowe w formie grupowej (maksymalnie 15 osób). Mają odbywać się one z częstotliwością dwóch spotkań w tygodniu. Czas jednego spotkania ma wynosić 60 minut co jest zgodne z wytycznymi. W programie nie określono zakresów aktywności jakie będą proponowane uczestnikom programu. Szczególnie zalecane formy ruchu to: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie. 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). Zaleca się zbilansowanie związanego z rozwojem technologicznym wydłużającego się czasu spędzanego przed ekranami przez dzieci i młodzież zwiększoną aktywnością fizyczną.

Działania edukacyjne:

Zaplanowano przeprowadzenie cyklu wykładów z zakresu zdrowego stylu życia, umiejętności radzenia ze stresem, edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, możliwych powikłań nadwagi i otyłości takich jak cukrzyca typu II. Zakres tematyczny jest zgodny z wytycznymi naukowymi. Spotkania edukacyjne będą odbywać się 1 raz na 2 miesiące. W wytycznych 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). W programie właściwie zaplanowano edukację jako dodatkowy element programu wspierający działania multikomponentowe. Przewidziano prowadzenie 90-minutowych wykładów dla grup około 60-osobowych. Zgodnie z informacją podaną w programie w działaniach tych mają brać udział zarówno „dzieci starsze i rodzice”. Nie zdefiniowano wieku starszego dziecka, co należy uzupełnić.

Zgodnie z wytycznymi należy dostosowywać przekazywane treści do odbiorców – ich wieku, statusu socjoekonomicznego, grupy etnicznej – oraz zapewnić, aby były one jasne, spójne, specyficzne i nikogo nie oceniały. Edukacja kierowana do rodziców powinna podkreślać znaczenie roli modelowania przez nich zachowań zdrowotnych (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej. 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. W programie nie wskazano osoby odpowiedzialnej za prowadzenie działań edukacyjnych. Wytyczne wskazują, żeby 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.

Na koniec programu uczestnicy oraz ich rodzice/opiekunowie prawni zostaną poinformowani o zasadach postępowania w celu utrzymania efektu obniżenia nadmiernej masy ciała, konsekwencjach powrotu do poprzedniej masy ciała wraz z ryzykiem powikłań otyłości. Dodatkowo uczestnicy będą poproszeni o wypełnienie ankiety satysfakcji. W programie nie uwzględniono informowania pacjenta o możliwych dalszych ścieżkach diagnostycznych w poradniach specjalistycznych, które działają w ramach kontraktu z NFZ. Warto zaznaczyć, że zgodnie z danymi NFZ na terenie Gminy Miasta Toruń funkcjonuje 1 świadczeniodawca oferujący poradnictwo żywieniowe.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że 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 natomiast jest analizą danych z PPZ, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

W programie nie zapewniono środków finansowych na realizację całościowej obserwacji w ciągu 6-ciu miesięcy i 1 roku od zakończenia. Nie jest zatem jasne w jaki sposób miernik „liczba osób, będących pod obserwacją w ciągu 6-ciu miesięcy i 1 roku od zakończenia programu przeprowadzona całościowo po zakończeniu programu w podziale na wiek, płeć oraz status socjoekonomiczny” może zostać wykorzystany w programie. Zaznaczono również, że nie będzie to całościowa obserwacja, a jedynie zamierza się przeprowadzić pomiar wskaźnika BMI.

Ocena jakości świadczeń prowadzona będzie w oparciu o wyniki ankiet satysfakcji uczestników programu. Do projektu załączono wzór ankiety. Ankieta składa się z ogólnych pytań (np. o czystość w poczekalni), które nie mają bezpośredniego przełożenia na interwencje proponowane w ramach programu. Warto byłoby skupić się na pytaniach wprost odnoszących się np. do edukacji, do odpowiedniego dopasowania aktywności fizycznej czy też adekwatności liczby spotkań z dietetykiem. W ramach oceny jakości przewidziano również możliwość zgłaszania pisemnych uwag oraz zaplanowano identyfikowanie czynników zakłócających przebieg programu.

Ewaluacja będzie polegała na porównaniu stanu sprzed i po wprowadzeniu programu w zakresie: „liczby osób biorących udział w programie”, „stopnia realizacji programu (odsetek objęcia interwencjami populacji docelowej)”, „liczby osób, u których doszło do poprawy wiedzy w zakresie profilaktyki nadwagi, otyłości” oraz „liczby osób, u których doszło do redukcji masy ciała o 3% i 5%”. Warto podkreślić, że wskazane odsetki w przypadku ostatniego miernika odnoszą się do wytycznych NICE w populacji osób dorosłych. Dwa pierwsze mierniki są tożsame z tymi wykorzystywanymi podczas oceny zgłaszalności.

W ramach ewaluacji warto dodać określenie odsetka dzieci uczestniczących w programie (analiza obejmująca wszystkie dzieci, które rozpoczną program), u których dojdzie do redukcji masy ciała o co najmniej 3% w czasie trwania programu.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Organizator dopuszcza możliwość zakończenia programu na każdym etapie na życzenie rodzica dziecka.

Całkowity koszt programu oszacowano na 106 800 zł. Projekt przedstawia również szacunkowe koszty jednostkowych działań podejmowanych w ramach programu:

- 5zł - koszt jednostkowy akcji informacyjno-edukacyjnej (5zł),
- 20 zł - koszt jednostkowy indywidualnej porady dietetycznej z elementami terapii poznawczo-behawioralnej (12x20zł=240zł),
- 30 zł - koszt jednostkowy indywidualny porady psychologicznej (8x30=240 zł),
- 3 zł - koszt jednostkowy edukacji zdrowotnej (6x3zł=18zł),
- 7 zł - koszt jednostkowy zajęć ruchowych z fizjoterapeutą (48x7=336zł).

W projekcie programu przedstawiono koszt jednostkowy, który został oszacowany na 839 zł/os. Należy zaznaczyć, że koszty edukacji oraz zajęć aktywności fizycznej będą prowadzone jedynie w formie spotkań grupowych. W przypadku zajęć edukacyjnych grupy mają liczyć po 60 os. wliczając również rodziców. W przypadku zajęć aktywności fizycznej przewiduje się utworzenie grup 15 osobowych. Należy pamiętać, że koszt zajęć grupowych może różnić się od sumy kosztów indywidualnych oszacowanych dla każdego uczestnika programu. Nie jest również jasne na jakiej podstawie

wyznaczono 48 spotkań ze specjalistą aktywności fizycznej. Przy wskazanym oszacowaniu można przypuszczać, że zajęcia z jednym uczestnikiem potrwią 24 tygodnie (2 spotkania w tygodniu).

W programie nie wyróżniono kosztów związanych z obserwacją uczestnika po 6 i 12 miesiącach od zakończenia programu. Należy także pamiętać, że w projekcie programu wskazano, że populacja docelowa programu to ok. 800 osób przy czym szacuje się, że w programie rocznie weźmie udział połowa tej populacji (400 osób). Zatem błędnym jest zapis świadczący o tym, że w programie rocznie będzie brało udział ok. 200 osób. Należy stwierdzić, że koszty wskazane w poszczególnych latach programu zostaną podwojone, a całkowity koszt programu wyniesie wtedy ponad 2 mln zł (szacunki wnioskodawcy: ponad 1 mln zł).

Program ma być finansowany z budżetu Gminy Miasta Toruń.

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.

Należy zaznaczyć, iż pomiary antropometryczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania i są wykonywane jako badania przesiewowe w trakcie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego, w klasie III i V szkoły podstawowej, w klasach I gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych, a także w ostatniej klasie szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19. r.ż. Zatem należy zwrócić uwagę, aby interwencja nie była podwójnie finansowana u danego pacjenta.

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.

W wytycznych wskazuje się następujące kryteria rozpoznania dla nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży:

- Nadwaga – wartość BMI w zakresie:
 - 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);
 - >97 centyla (ISPED, ISP 2018);
- 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).

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 wewnątrzwydzielnicze. 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/wparcie 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 powinien być oceniony 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 kontynuujących działania po 6 m-cach i po 1 roku od zakończenia programu,
- zdefiniować grupy podwyższonego ryzyka lub dzieci z ubogich rodzin.

Odnalezione dowody naukowe wskazują na zasadność interwencji ukierunkowanych na zmianę zachowań (składające się z komponentów terapii behawioralnej, żywieniowego lub aktywności fizycznej – pojedynczego komponentu bądź ich kombinacji) w populacji dzieci i młodzieży z nadwagą lub otyłością. Najistotniejsze wyniki odnalezionych metaanaliz RCT (Al-Khudairy 2017, Elvsaas 2017, Mead 2017) wskazują na zmniejszenie wartości BMI od $-0,53 \text{ kg/m}^2$ do $-1,18 \text{ kg/m}^2$ w okresie obserwacji od 6 miesięcy do 3 lat w zależności od badania, przy zastosowaniu interwencji multikomponentowych. Spadek masy ciała wynosił w tym samym okresie od $-1,45 \text{ kg}$ do $-3,67 \text{ kg}$. Na podstawie powyższych wyników można wnioskować, że multikomponentowe interwencje, obejmujące terapię behawioralną, komponent żywieniowy i/lub aktywności fizycznej wpływają na redukcję wskaźników związanych z masą ciała (waga, BMI, BMI z-score) w populacji dzieci i młodzieży (powyżej 2 r.ż.).

W przeglądzie systematycznym RCT Rajjo 2017, porównano interwencje multikomponentowe w postaci diety, aktywności fizycznej, edukacji i terapii behawioralnej z grupą kontrolną, w której stosowano inną interwencję lub standardową opiekę. Zaobserwowano istotne statystycznie różnice w przypadku BMI z-score, BMI, ciśnienia skurczowego oraz poziomu trójglicerydów w przypadku interwencji multikomponentowej.

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.

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.441.90.2019 „Qżnia zdrowia kids – program wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w Toruniu” realizowany przez: Gminę Miasto Toruń, Warszawa, sierpień 2019 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny”, kwiecień 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 253/2019 z dnia 12 sierpnia 2019 roku o projekcie programu „Qżnia zdrowia kids – program wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w Toruniu”.