

Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 7/2020 z dnia 13 lutego 2020 r.

o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Mam apetyt na zdrowie” realizowany przez powiat Piaseczyński

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Mam apetyt na zdrowie” realizowany przez powiat Piaseczyński, 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 dla obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Należy jednak dopracować niektóre elementy programu, aby jego realizacja była jak najwyższej jakości. Podstawowym elementem wymagającym korekty są działania multikomponentowe, które mają charakter jednorazowy, a powinny spełniać warunek minimum 26 godzin kontaktowych, na który wskazują wytyczne. Uwzględniając powyższe, należy ten element programu przeanalizować i dostosować do wytycznych. Dodatkowo należy uwzględnić następujące uwagi:

- Zarówno cel główny, jak i cele szczegółowe oraz mierniki efektywności wymagają przeformułowania zgodnie ze wskazówkami w dalszej części opinii;
- Populacja docelowa została określona prawidłowo, jednak weryfikacji wymaga liczebności populacji ze względu na rozbieżności między oszacowaniami w projekcie programu, a danymi pochodzący z Głównego Urzędu Statystycznego;
- Interwencję w zakresie działań edukacyjnych, należy uzupełnić o wymogi dotyczących kwalifikacji personelu szkolnego odpowiedzialnego za prowadzenie edukacji w zakresie programu;
- W projekcie nie określono ilości oraz częstotliwości spotkań przeprowadzanych w ramach edukacja żywieniowej i psychoedukacja rodziców, co należy uzupełnić;
- Interwencję w zakresie badań przesiewowych należy uzupełnić o kryteria wykrycia „zaburzeń i chorób wymagających dalszego leczenia” na podstawie których, dzieci mają być kierowane do opieki specjalistycznej poza programem;
- 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. Szczegółowe uwagi zostały zawarte w dalszej części opinii;
- W zaplanowanym budżecie istnieją nieścisłości między kosztami jednostkowymi a całkowitym kosztem projektu, zatem należy go ponownie zweryfikować.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości. Budżet programu wynosi 140 000 zł, zaś okres jego realizacji to lata 2020-2022.

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”.

W ramach projektu programu opisano wybrany problem zdrowotny oraz wskazano referencje bibliograficzne, na podstawie których przygotowano ww. część projektu.

w opisie sytuacji epidemiologicznej przedstawiono ogólnopolskie oraz lokalne dane dot. występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci.

Ponadto projekt zawiera następującą informację: „w roku szkolnym 2016-2017 pielęgniarki pracujące w Środowisku Nauczania i Wychowania, w szkołach znajdujących się na terenie Miasta i Gminy Piaseczno, przeprowadziły badania przesiewowe (wzorując się na wytycznych IMiDZ w Warszawie) w klasach III Szkoły Podstawowej oraz I klasach Gimnazjum. Klasa III Szkoła Podstawowa, zbadano ogółem 888 dzieci. Klasa I Gimnazjum 783 dzieci. Do obliczenia % nadwagi i niedowagi posłużono się wskaźnikiem BMI, oraz siatkami percentylowymi. W klasach III nadwagę stwierdzono u 17,06 % uczniów, natomiast w klasach I Gimnazjum u 29%”. W opisie epidemiologicznym programu nie odniesiono się do map potrzeb zdrowotnych.

Zgodnie z danymi WHO w 2016 r., 340 mln dzieci i młodzieży w wieku od 5 do 19 r.ż. oraz 40 mln dzieci poniżej 5 r.ż. na świecie cierpiało z powodu nadwagi lub otyłości.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w 2016 r. odnotowano 0,86 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznanych zakwalifikowanych jako otyłość dzieci w województwie mazowieckim. Udział procentowy osób <18 r.ż. w województwie mazowieckim wynosi 25,73%.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem projektu programu jest „poprawa stanu zdrowia dzieci i młodzieży z powiatu piaseczyńskiego poprzez przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej u dzieci z wykrytymi wybranymi czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych oraz poszerzenie wiedzy na temat budowania pozytywnych zachowań zdrowotnych, wśród społeczności powiatu piaseczyńskiego”.

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. Cel główny programu został sformułowany ogólnie, a większość celu stanowi opis działań. Biorąc pod uwagę zaplanowane w projekcie interwencje realizacja powyższego celu jest możliwa podczas programu, jednakże ogólne sformułowanie celu uniemożliwi ocenę jego wyraźnego osiągnięcia. Warto zauważyć, że na wspomniany stan zdrowia dzieci i młodzieży wpływa wiele czynników, również niezależnych od działań zaplanowanych w programie.

W treści projektu wskazano również 11 celów szczegółowych. Treść projektu nie zawiera informacji w jaki sposób program ma się przyczynić do poprawy wykrywalności chorób cywilizacyjnych oraz nie podano do jakiej wartości wyjściowej odnosi się zakładany w celu trzecim 70% wzrost ich wykrywalności. W projekcie nie podano wartości wyjściowych dotyczących dotychczasowego uczestnictwa młodzieży w zajęciach WF, sportowych zajęciach pozalekcyjnych oraz rodzinnych

formach aktywności co uniemożliwia ocenę realizacji 4 i 10 celu szczegółowego, ponadto nie wskazano sposobu pomiaru wspomnianego „zwiększenia aktywności fizycznej”. W programie nie zaproponowano sposobu pomiaru poziomu wiedzy uwzględnionego w 5, 6 i 7 celu szczegółowym. Omawiany projekt nie zakłada przeprowadzania specjalistycznej diagnostyki chorób cywilizacyjnych w związku z czym cel 8 jest niemożliwy do zrealizowania w ramach ocenianego programu. Cele 9 i 11 zostały sformułowane nieprawidłowo, w formie działań, a ponadto cel 11 jest niemierzalny.

W projekcie programu zaproponowano 11 mierników efektywności. Warto zauważyć, że statystyki z dzienników szkolnych opisane w mierniku 3 nie uwzględniają zajęć pozalekcyjnych. Wskaźniki 4, 7, 8, 10, 11 nie spełniają funkcji mierników efektywności, jednakże mogą być wykorzystane w monitorowaniu programu. W treści projektu nie określono kryteriów wykrycia chorób wspomnianych w 9 wskaźniku oraz nie wskazał na jakiej podstawie następować będzie przekierowanie do POZ. Nie wskazano także mierników efektywności dla 3, 5, 6, 7, 8 i 11 celu szczegółowego.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowić będą dzieci 10 letnie (uczniowie klas III szkół podstawowych) oraz 16 letnie (uczniowie I klas szkół średnich) uczące się w szkołach powiatu piaseczyńskiego oraz ich rodzice i opiekunowie. W projekcie wskazano, że w Państwowych Szkołach Podstawowych znajdujących się na terenie powiatu piaseczyńskiego, w klasach trzecich uczy się w tym roku ok 1725 uczniów, natomiast do klas pierwszych szkół ponadpodstawowych uczęszcza ok 2411 dzieci. W związku z podwójnym rocznikiem w klasach pierwszych szkoły ponadpodstawowej, oszacowano, że „ok 50% to dzieci z rocznika 2003, czyli 16 latki. W związku z tym w programie weźmie udział ok 1205 dzieci z rocznika 2003”. Warto zauważyć, że dzieci urodzone w 2003 roku w pierwszym roku realizacji programu (2020 r.) będą w wieku 17 lat. Wg. danych GUS powiat piaseczyński zamieszkuje 2 628 dzieci w wieku 10 lat oraz 2 229 dzieci w wieku 16 lat – wartości te znacząco odbiegają od podanej w projekcie liczebności populacji docelowej, jednakże może być to spowodowane założeniem objęcia programem jedynie dzieci uczących się w szkołach państwowych z terenu powiatu piaseczyńskiego.

Budżet programu natomiast zawiera informację, że: „ogólna liczba dzieci biorąca udział w badaniach przesiewowych to ok 2930 osób, z czego ok 20 % może być zaproszone do dalszej interwencji tj. ok 586 dzieci. Przyjmuje się za realne, że 60% (tj. 351 dzieci/młodzieży) z zaproszonych osób podejmie 2- letnie działania kompleksowej interwencji”. Nie wskazano na jakiej podstawie W projekcie przyjęto powyższe założenia dotyczące prawdopodobnej liczebności uczestników programu. W programie brak jest określenia liczebności populacji rodziców, którzy mają brać udział w programie. Podstawowymi kryteriami włączenia do programu będą: wiek 10 i 16 lat oraz zgoda rodziców na udział w programie.

Z programu wyłączone będą dzieci objęte już specjalistyczną opieką lekarską w zakresie leczenia chorób cywilizacyjnych w ramach NFZ. Kolejnym kryterium wykluczenia będzie brak zgody rodzica na udział dziecka w programie.

Interwencja

W programie zaplanowano interwencję podzieloną na 2 moduły:

- W ramach pierwszego modułu programu zaplanowano:
 - akcję edukacyjną;
 - badania przesiewowe (BMI w oparciu o siatki centylowe z programu OLAF);
 - indywidualną specjalistyczną konsultację lekarską z lekarzem specjalizującym się w chorobach dzieci lub lekarzem specjalizującym się w chorobach metabolicznych;
 - indywidualne porady psychologiczne;
 - indywidualne porady dietetyczne oraz indywidualne konsultacje ze specjalistą od aktywności fizycznej.
- Moduł drugi realizowany przez powiat w oparciu o specjalistów Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej i innych specjalistów zaproszonych do współpracy, obejmować ma edukację żywieniową i psychoedukację rodziców.

MODUŁ I:

Działania edukacyjne:

Zaplanowano przeprowadzenie wykładów dla całej populacji dzieci z zakresu profilaktyki chorób cywilizacyjnych, edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, realizowanych w szkołach, w formie godziny wychowawczej lub dodatkowych zajęć pozalekcyjnych. Wykłady w formie prelekcji ustnej opartej o prezentację multimedialną mają obejmować tematykę dotyczącą zdrowego żywienia, zapobiegania nadwadze i otyłości, kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych oraz konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej.

Zakres tematyczny jest zgodny z wytycznymi MQIC 2018b, NICE 2017, NICE 2015a oraz NICE 2015b. W wytycznych NICE 2015a 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). Można zatem uznać, że program został właściwie zaplanowany pod kątem edukacji jako dodatkowego elementu programu wspierającego działania multikomponentowe. W punkcie dotyczącym organizacji PPZ określono, że zajęcia te odbywając się będą z częstotliwością 1 raz na 2 miesiące.

Oprócz zajęć szkolnych zaplanowano edukację zdrowotną skierowaną do wszystkich mieszkańców z powiatu piaseczyńskiego, dotyczącą kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej oraz zapobiegania nadwadze i otyłości. Akcja ta ma być realizowana za pomocą ulotek i plakatów informacyjnych podmiotach leczniczych, szkołach oraz urzędach gminnych i powiatowych, a także za pośrednictwem stron internetowych wskazanych jednostek. Ponadto zawarto informację, że: władze powiatu Piaseczna wraz z podległymi gminami będą organizować i wspierać organizowanie różnorodnych imprez sportowych, happeningów oraz zawodów sportowych, w czasie, których promowana będzie aktywność fizyczna i prawidłowe odżywianie”.

Warto zauważyć, że w budżecie programu nie przewidziano dodatkowego finansowania działań edukacyjnych, ponieważ edukacja ma być prowadzona przez pielęgniarki, wychowawców, nauczycieli WF oraz specjalistów do spraw żywienia zatrudnionych w szkole. Projekt nie zawiera wymogów dotyczących kwalifikacji personelu szkolnego odpowiedzialnego za prowadzenie edukacji w zakresie programu.

Badania przesiewowe:

Badania przesiewowe dzieci w wieku 10 i 16 lat zostaną wykonane w szkole w gabinecie medycznym. W celu wyłonienia populacji zagrożonej ryzykiem chorób cywilizacyjnych zaplanowano przeprowadzenie badań antropometrycznych. W odnalezionych rekomendacjach podkreśla się, że pomiary antropometryczne stanowią integralną część oceny rozwoju somatycznego dzieci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018). Nadwaga lub otyłość będzie diagnozowana na podstawie wskaźnika masy ciała BMI w oparciu o siatki centylowe. Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi, BMI uznane zostało za stosunkowo dobry oraz prosty test diagnostyczny w kierunku wykrywania dziecięcej otyłości oraz otyłości (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, MQIC 2018b, ISPED, ISP 2018, USPSTF 2017, AAFP 2017, ES 2017, MoH NZ 2016, CTFPHC 2015).

Ponadto w ramach badania przesiewowego ma zostać przeprowadzony pomiar ciśnienia krwi którego wynik ma być również interpretowany przy pomocy siatek centylowych. W projekcie zaznaczono, że „w przypadku wykrycia podczas badań przesiewowych zaburzeń i chorób wymagających dalszego leczenia realizator/ pielęgniarka szkolna w trybie pilnym skieruje te dzieci do dalszej opieki specjalistycznej poza programem”, jednakże warto zauważyć, że w programie nie podano żadnych kryteriów wykrycia wyżej wspomnianych „zaburzeń i chorób wymagających dalszego leczenia”.

Po zakończeniu badań dzieciom zostaną przekazane „materiały edukacyjne oraz indywidualny plan postępowania zdrowotnego dla dzieci i rodziców bez wykrytych nieprawidłowości; ma to na celu wzmocnienie pozytywnych zachowań prozdrowotnych”.

Dzieci z widocznymi czynnikami chorób cywilizacyjnych zostaną zakwalifikowane do drugiego etapu programu obejmującego konsultacje indywidualne oraz skierowane na badania krwi (oznaczenie profilu lipidowego, poziomu glukozy, doustny test obciążenia glukozą, hormony tarczycy (TSH, FT4), parametry funkcji wątroby i nerek) w celu oceny możliwych przyczyn otyłości. Warto podkreślić informację dotyczącą powyższych badań zamieszczoną na 34 stronie programu: „w związku z tym, że są to świadczenia gwarantowane i finansowane ze środków publicznych, aby nie doszło do podwójnego ich finansowania uczestnicy programu zostaną skierowani do lekarza POZ opiekującego się dzieckiem z prośbą o skierowanie na te badania i tym samym włączenie się w zaplanowane działania”.

Założono, że badania przesiewowe zostaną przeprowadzone w ramach bilansów zdrowia oraz badań krwi finansowanych przez NFZ w związku z tym, w budżecie projektu nie zostały zaplanowane wydatki z nimi związane.

Działania multikomponentowe:

W ocenianym programie zaplanowano przeprowadzenie działań multikomponentowych, jednakże wszystkie działania mają charakter jednorazowy. W związku z czym nie będzie spełniony warunek minimum 26 godzin kontaktowych na które wskazują wytyczne. Na podstawie odnalezionych dowodów zaleca się realizację interwencji multikomponentowych, mających na celu redukcję masy ciała i wypracowanie odpowiednich nawyków (m.in. żywieniowych i w zakresie aktywności fizycznej), które umożliwią utrzymanie uzyskanych rezultatów. Interwencje te powinny obejmować w sumie minimum 26 godzin kontaktowych (APA 2018, MQIC 2018b, ES 2017, USPSTF 2017, AAFP 2017).

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 rekomendacjach/wytycznych zaleca się wdrożenie zintensyfikowanych, kompleksowych, multikomponentowych interwencji behawioralnych, mających na celu redukcję masy ciała (APA 2018, USPSTF 2017, AAFP 2017).

Opis interwencji wchodzących w zakres interwencji multikomponentowej

Konsultacje indywidualne:

Przed rozpoczęciem konsultacji indywidualnych (dziecko + rodzic) dla uczestników drugiego etapu programu zorganizowane ma zostać spotkanie informacyjno-organizacyjne z lekarzem, psychologiem, dietetykiem oraz specjalistą aktywności fizycznej.

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 (ES 2017). Spotkanie ma być dostosowane merytorycznie do wieku uczestników programu oraz dotyczyć ma czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych oraz zagrożeń związanych nadwagą i otyłością (wprowadzenie do konsultacji indywidualnych). Zgodnie z wytycznymi NICE 2015b należy dostosowywać przekazywane treści do odbiorców – ich wieku, statusu socjoekonomicznego, grupy etnicznej – oraz zapewnić, aby były one jasne, spójne, specyficzne i nikogo nie oceniały. Warto podkreślić, że 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).

Konsultacja z lekarzem specjalizującym się w chorobach dzieci lub lekarzem specjalizującym się w chorobach metabolicznych obejmować ma ocenę czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych, ocenę wyników uzyskanych z badań laboratoryjnych, a w przypadku rozpoznania zaburzeń istotnych klinicznie, skierowanie do dalszej opieki w warunkach poradni specjalistycznych poza programem.

Warto zauważyć, że zgodnie z treścią projektu „uczestnicy programu zostaną skierowani do lekarza POZ opiekującego się dzieckiem z prośbą o skierowanie na te badania”.

Konsultacja indywidualna z psychologiem ma w założeniu wzmocnić nastawienie rodziców do przeprowadzenia zmiany w zachowaniach zdrowotnych rodziny. Nie wskazano natomiast działań odnoszących się do dzieci w związku z konsultacją psychologiczną. W treści projektu podkreślono, że: nadmierna masa ciała obok szeregu powikłań zdrowotnych może prowadzić do poważnych problemów psychospołecznych, które wymagają terapii (np. lęk, wstyd, uległość, zaburzenia obrazu własnego ciała, obniżone poczucie własnej wartości, wycofywanie się z kontaktów interpersonalnych, doświadczanie uprzedzeń i dyskryminacji). Wytyczne również wskazują, że zaleca się utrzymywanie lub promowanie dobrego zdrowia psychicznego (samoocena, prawidłowe nastawienie do jedzenia i wyglądu ciała, jakość życia związana ze zdrowiem) (ISPED, ISP 2018).

Porada dietetyczna ma obejmować przeprowadzenie badania ankietowego dotyczącego stanu zdrowia, zachowań zdrowotnych, czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych u dzieci. Zaleca się przeprowadzenie wywiadu, 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). Ponadto dokonany ma zostać pomiar obwodu talii (ważny parametr oceny stanu odżywienia dostarczający informacji o trzewnej dystrybucji tkanki tłuszczowej). Wskazano, że w ciągu tygodnia od wizyty rodzice otrzymają jadłospis przygotowany dla dziecka, oraz wytyczne w jaki sposób prowadzić dzienniczek diety i aktywności fizycznej. Ponadto będzie możliwa dodatkowa konsultacja dietetyczna w wyznaczonym przez realizatora punkcie Promocji Zdrowia lub poprzez platformę internetową.

Indywidualne spotkanie ze specjalistą od aktywności fizycznej będzie miało na celu ustalenie indywidualnego planu aktywności fizycznej dla każdego dziecka. W projekcie wskazano, że zalecane powinno być, co najmniej 30 a optymalnie 60 minut codziennej aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności, „szczególnie zalecaną formą ruchu w I fazie odchudzania jest szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie”, co jest zgodne z wytycznymi (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, ISPED, ISP 2018).

W punkcie dotyczącym sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ zamieszczono następującą informację: „specjaliści będą również dostępni do konsultacji elektronicznych w ramach istniejącej platformy internetowej. Tam uczestnicy i ich rodzice będą mogli na bieżąco zadawać pytania i dzielić się rezultatami podejmowanych działań”. Budżet projektu zakłada finansowanie dyżurów 5 specjalistów w Punkcie Promocji Zdrowia (lekarz, dietetyk, psycholog, specjalista aktywności fizycznej) – dwa razy w miesiącu przez 1 godzinę w ramach konsultacje dodatkowych. Brak jest jednak opisu zasad korzystania z dodatkowych porad specjalistów, a ponadto założenie w budżecie wydatków związanych z przygotowaniem platformy internetowej świadczy o tym, że wspomniana platforma jeszcze nie istnieje.

MODUŁ II: Edukacja żywieniowa i psychoedukacja rodziców

Moduł II programu ma być realizowany przez powiat w oparciu o specjalistów Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej i innych specjalistów zaproszonych do współpracy. W ramach tego modułu zaplanowano cykl wykładów/warsztatów, w czasie trwania programu, pod nazwą „Akademia Czujnego Rodzica” skierowanych do wszystkich rodziców z terenu powiatu. Zajęcia mają poruszać problem otyłości dzieci i młodzieży oraz obejmować zagadnienia z zakresu: psychodietetyki; stylu wychowania w rodzinie i stylu życia rodzinnego; zaburzeń emocjonalnych dzieci i młodzieży oraz kształtowania prawidłowych relacji rodzice-dzieci. Spotkania mają mieć nie tylko formę prelekcji ustnej opartej o prezentację multimedialną upowszechniającej wiedzę na temat zdrowego żywienia, ale i warsztatową (np. komponowanie prawidłowych posiłków, unikanie soli i tłuszczów nasyconych w diecie, zdrowe alternatywy przekąsek.) Warto podkreślić, że edukacja kierowana do rodziców powinna podkreślać znaczenie roli modelowania przez nich zachowań zdrowotnych (dieta, ćwiczenia)

oraz kontroli rodzicielskiej (MQIC 2018a). W projekcie nie określono ilości oraz częstotliwości spotkań przeprowadzanych w ramach tych działań.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

Ocena zgłaszalności do programu dokonywana będzie na podstawie: „ankiet i zgody rodziców na uczestnictwo ucznia w programie”, „braku wyrażenia zgody na uczestnictwo w programie”, „prowadzonej bazy uczestników programu”, „liczby osób, które przerwały uczestnictwo w programie”, „prowadzonej dokumentacji lekarskiej”, „prowadzonego rejestru obecności i tematyki spotkań edukacyjnych dla dzieci/młodzieży”, „prowadzonego rejestru obecności i tematyki spotkań edukacyjnych dla rodziców dzieci/młodzieży” oraz „liczby osób, będących pod obserwacją w ciągu 1 roku od zakończenia programu”. Powyższe wskaźniki oraz rejestry będą pomocne w procesie oceny zgłaszalności.

Ocena jakości świadczeń ma być prowadzona na bieżąco na podstawie: „rozmów z młodzieżą i rodzicami”, „ankiet badających satysfakcje młodzieży i rodziców”, „zmiany nawyków żywieniowych młodzieży”, „poprawy stylu życia uczniów i zwiększenia uczestnictwa w zajęciach sportowych”, „obserwacji realizacji Programu” oraz „sprawozdań częściowych przedkładanych przez Koordynatora Programu”. W treści programu nie wytłumaczono czego dokładnie mają dotyczyć założone „rozmowy z młodzieżą i rodzicami”, na jakiej podstawie oceniana ma zostać „zmiana nawyków żywieniowych młodzieży” czy poprawa ich „stylu życia”. Brak jest sprecyzowania na czym dokładnie polegała będzie „obserwacja realizacji Programu”, a ponadto do projektu nie załączono wzoru ankiety satysfakcji. Biorąc pod uwagę powyższe należy uznać, że ocena jakości świadczeń została zaplanowana niepoprawnie.

Ewaluacja ma polegać na porównaniu stanu sprzed i po wprowadzeniu programu oraz ma być dokonana na podstawie wskaźników:

- porównanie wyników badań wstępnych i końcowych;
- zmniejszenie odsetka uczniów z nadwagą i otyłością,
- zwiększenie aktywności uczniów na zajęciach wychowania fizycznego i sportowych zajęciach pozalekcyjnych;
- zmiany nawyków żywieniowych i propagowanie zdrowego stylu życia przez uczniów;
- zwiększenie świadomości rodziców na temat problemu otyłości i nadwagi oraz małej aktywności fizycznej wśród młodzieży,
- zwiększenia świadomości rodziców na temat znaczenia zdrowia fizycznego i psychicznego dla prawidłowego rozwoju dziecka,
- umiejętności „wychwytywania” niepokojących zmian w zachowaniu młodego człowieka,
- uczestnictwa rodzin w zorganizowanych piknikach, eventach, zawodach sportowych,
- uczestnictwa rodziców w wykładach Akademii Czujnego Rodzica,
- wyniki ankiety ewaluacyjnej dotyczącej poziomu zadowolenia rodziców z uczestnictwa swojego i dziecka w Programie.

Warto podkreślić, że w treści projektu jedynie wypisano powyższe mierniki nie określając sposobu ich pomiaru. Nie sprecyzowano, wyniki jakich badań zostaną uwzględnione podczas ewaluacji programu. Ponadto większość wskaźników została sformułowana niepoprawnie, w formie odpowiadającej założeniom programu, a nie ich pomiarom. Miernikami mogłyby być np.: odsetek uczniów z nadwagą/otyłością, analiza nawyków żywieniowych czy liczba rodziców, u których wykazano wzrost wiedzy (na podstawie przeprowadzonych testów) na temat problemu otyłości, małej aktywności fizycznej oraz znaczenia zdrowia fizycznego i psychicznego dla prawidłowego rozwoju dziecka. Nie wskazano skąd w opisie ewaluacji odniesienie do „propagowania zdrowego stylu życia przez uczniów” oraz czego dotyczą wspomniane „umiejętności „wychwytywania” niepokojących zmian w zachowaniu

młodego człowieka”. W związku z powyższym należy uznać, że ewaluacja programu została zaplanowana niepoprawnie.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, z wykorzystaniem, co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu.

Uwzględniając powyższe, zarówno monitorowanie jak i ewaluacja, wymagają doprecyzowania.

Warunki realizacji

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

Warto podkreślić, że projekt nie zawiera wymogów dotyczących kwalifikacji personelu szkolnego odpowiedzialnego za prowadzenie edukacji w zakresie programu.

Projekt programu zawiera ogólny opis kosztów programu. W programie założono, że badania przesiewowe zostaną przeprowadzone w ramach bilansów zdrowia oraz badań krwi finansowanych przez NFZ w związku z tym, w budżecie projektu nie zostały zaplanowane wydatki z nimi związane.

Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku edukacji zdrowotnej prowadzonej w szkołach w ramach godzin wychowawczych – założono przeprowadzenie tych zajęć przez personel zatrudniony w szkole, bez zabezpieczenia środków na te działania.

Koszty przedstawione w programie to: 20 000 zł – koszt przygotowania platformy internetowej i materiałów informacyjnych, 10 000 zł – koszt prowadzenia wykładów w ramach Akademii Czujnego Rodzica (Moduł II), 200 zł/os – koszt interwencji specjalistycznej, 12 000 zł – koszt dyżurów 5 specjalistów w Punkcie Promocji Zdrowia (lekarz, dietetyk, psycholog, specjalista aktywności fizycznej - 2x miesiąc x 1 godzina) w ramach konsultacji dodatkowych oraz 25 000 zł – koszt ewaluacji programu.

W budżecie założono objęcie interwencjami ok. 351 dzieci, co przy koszcie jednostkowym 200 zł/os generuje koszt całkowity wysokości 70 200 zł. Nie podano szczegółów dotyczących składowych kosztów „kompleksowej interwencji” (200 zł/os), prawdopodobnie termin ten dotyczy indywidualnych konsultacji ze specjalistami. Na ewaluację zaplanowano przeznaczyć 25 000 zł.

Wg. autorów programu „koszt całościowy programu to 140 tys. złotych w ciągu dwóch lat trwania programu”. Warto zauważyć niespójność informacji, ponieważ suma przedstawionych powyżej kosztów jednostkowych wynosi 137 200 zł, a ponadto projekt planowany jest na lata 2020-2022 co oznacza 3 lata trwania.

Program ma zostać sfinansowany ze środków powiatu piaseczyńskiego.

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: National Institute for Health and Care Excellence, 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;
- być dopasowane do wieku i etapu rozwoju dzieci;
- być realizowane w miejscach łatwo dostępnych i dających poczucie nieskrępowania;
- podkreślać znaczenie aktywnego uczestnictwa rodziców w programach skierowanych dla ich dzieci;
- zapewniać wsparcie i zaangażowanie także po zakończeniu działań w ramach programu; punkty końcowe powinny być rewaluowane co najmniej rok po jego zakończeniu,
- zapewniać ten sam zespół personelu przez cały okres trwania poszczególnych cykli programu,
- zapewniać stały kontakt beneficjentów ze specjalistami odpowiedzialnymi za ich realizację,

Ponadto program powinien mieć zaplanowaną ocenę BMI na etapie rekrutacji do programu, na zakończenie oraz powinien być monitorowany po 6 miesiącach i po 1 roku od zakończenia programu. Należy także upewnić się, że cele programu, punkty końcowe i wymogi w zakresie monitorowania i ewaluacji, są jasno określone i zdefiniowane. W zakresie ewaluacji, powinno się monitorować: liczbę osób zakwalifikowanych procent jaki ukończył dany program, procent osób kontynuujący działania po 6 m-cach i po 1 roku od zakończenia programu, 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).

W celu wczesnego rozpoznania cukrzycy 2 typu i stanu przedcukrzycowego, doustny test tolerancji glukozy powinien być wykonany wszystkim dzieciom z nadwagą (BMI>85 lub >90 centyla) w wieku 10 lat lub starszym, które mają przynajmniej 2 z poniższych czynników ryzyka: osoby o bliskim pokrewieństwie mają cukrzycę 2 typu, przynależność do grupy etnicznej o zwiększonym ryzyku cukrzycy (Azjaci, Afroamerykanie, Latynosi), skrajna otyłość (BMI>99,5 centyla), oznaki insulinooporności (nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, podwyższone transaminazy, zespół policystycznych jajników, rogowacenie ciemne).

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 2019 r., poz. 1373, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.195.2019 „Mam apetyt na zdrowie” realizowany przez: powiat Piaseczyński, Warszawa, styczeń 2020 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 17/2020 z dnia 20 stycznia 2020 roku o projekcie programu „Mam apetyt na zdrowie” (pow. piaseczyński)