



Opinia Prezesa

Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

nr 22/2020 z dnia 21 kwietnia 2020 r.

o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkoły podstawowej w Gminie Bieliny na lata 2020-2022”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkoły podstawowej w Gminie Bieliny na lata 2020-2022”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Problem zdrowotny, którego dotyczy projekt programu, jest istotny zarówno z perspektywy globalnej, jak i ogólnokrajowej oraz regionalnej. Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych, w województwie świętokrzyskim, w 2016 r. odnotowano 0,12 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznanych zakwalifikowanych jako otyłość dzieci, co stanowiło 18,2% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznanych, zakwalifikowanych do grupy chorób metabolicznych w populacji dzieci do 18 r.ż.

Przeprowadzona analiza kliniczna wskazuje, że w redukcji występowania otyłości w populacji pediatrycznej, skuteczne jest prowadzenie interwencji multikomponentowej. Wyniki odnalezionych metaanaliz pokazują, że wdrożenie ww. działań, przyczynia się do redukcji BMI w populacji pediatrycznej. Odnalezione wytyczne kliniczne zgodnie rekomendują realizację interwencji multikomponentowych w celu obniżenia masy ciała u dzieci i zmniejszenia występowania otyłości.

Wobec powyższego, wdrażanie interwencji multikomponentowej jest działaniem prawidłowym i stanowi jeden z najważniejszych elementów programów polityki zdrowotnych odnoszących się do nadwagi i otyłości.

Jednocześnie należy rozszerzyć działania dotyczące aktywności fizycznych o grupowe zajęcia aktywności fizycznej, w których uczestniczą dzieci, co pozwoli na utrwalanie nawyków wypracowywanych w trakcie programu. Warto wskazać, że zgodnie z rekomendacjami, aktywność fizyczna w ramach prewencji nadwagi i otyłości jest zalecana w minimalnym zakresie wynoszącym 20 min, 5 razy w tygodniu, natomiast optymalny czas poświęcany na aktywność fizyczną wynosi 60 minut i powinna ona być podejmowana codziennie lub niemal codziennie (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, ES 2017, MoH NZ 2016).

U dzieci ze zidentyfikowaną nadwagą lub otyłością, powinny być wykonywane ćwiczenia co najmniej 3 razy w tygodniu, adekwatnie do ich fizycznych możliwości. Przykłady aerobowych i oporowych aktywności dla otyłych dzieci to: ćwiczenia na bieżni, na rowerku treningowym, na trenerze eliptycznym, zajęcia wodne (pływanie, aerobik wodny); pompki, przysiady, brzuski, podnoszenie ciężarów, ćwiczenia z wykorzystaniem maszyn do ćwiczeń siłowych i elastycznych taśm oporowych, trening obwodowy. Ćwiczenia powinny być wykonywane pod nadzorem wykwalifikowanej osoby (ISPED, ISP 2018).



Działania w ramach programu zostały zaplanowane z zachowaniem spójności wewnętrznej, co również jest istotnym elementem przemawiającym za pozytywną opinią.

Jednakże, w celu zachowania najwyższej jakości podejmowanych w ramach programu działań, należy uwzględnić poniższe uwagi:

- Cel główny oraz część celów szczegółowych należy uzupełnić o wartości docelowe, do których mają dążyć podejmowane w ramach programu działania. W odniesieniu do celu głównego, należy wskazać o ile punktów procentowych zmniejszy się odsetek dzieci z nadwagą i otyłością w stosunku do odsetka zidentyfikowanego w trakcie badań przesiewowych.

Część z interwencji zaplanowanych do realizacji w ramach programu, jest obecnie finansowanych ze środków publicznych, zatem należy mieć na uwadze ryzyko podwójnego finansowania świadczeń.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że program w znacznej mierze opiera się na działaniach mających na celu zmniejszenie odsetka dzieci z nadwagą i otyłością, natomiast sama nazwa programu odnosi się do profilaktyki.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości. Budżet programu wynosi 87 960 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 problem zdrowotny. Przedstawiono definicję otyłości i wskazano wartości BMI (ang. Body Mass Index), na podstawie których rozpoznaje się nadwagę i otyłość w populacji docelowej. W opisie problemu zdrowotnego odniesiono się również do czynników ryzyka oraz powikłań otyłości.

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.

W projekcie programu w opisie sytuacji epidemiologicznej przedstawiono europejskie dane dot. występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci. Ponadto na podstawie Narodowego Programu Zapobiegania i Leczenia Otyłości, dowiedziono, iż problem otyłości dotyczy ok. 12-14% całej populacji dzieci w Polsce i wykazuje zróżnicowanie regionalne. W projekcie podano również, że „wg danych Instytutu Żywności i Żywienia województwo świętokrzyskie zamieszkuje około 18% dzieci w wieku szkolnym borykających się z nadwagą i otyłością”.

W programie nie odniesiono się do map potrzeb zdrowotnych, zgodnie z którymi w 2016 r. odnotowano 0,12 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako otyłość dzieci w województwie świętokrzyskim, co stanowiło 18,2% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które kwalifikowano do grupy chorób metabolicznych w populacji dzieci do 18 r.ż.

Cele i efekty programu

Celem głównym projektu programu jest „zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych zamieszkałych w Gminie Bieliny poprzez objęcie kompleksową interwencją edukacyjno-zdrowotną w latach 2020-2022”.

W treści projektu wskazano również 4 cele szczegółowe, w tym:

1. „wzrost liczby osób, u których zaobserwowano poprawę sposobu odżywiania wśród dzieci 9-letnich oraz ich rodziców, mieszkańców Gminy Bieliny w efekcie odbytych w latach 2020-2022 porad dietetycznych”;
2. „wzrost liczby osób, u których zaobserwowano poprawę aktywności fizycznej przez dzieci 9-letnich oraz ich rodziców, mieszkańców Gminy Bieliny w efekcie odbytych w latach 2020-2022 zajęć z edukacji zdrowotnej”;
3. „poszerzenie wiedzy i świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości rodziców/opiekunów prawnych dzieci klas III szkół podstawowych w Gminie Bieliny w efekcie odbytych w latach 2020-2022 zajęć z edukacji zdrowotnej”;
4. „poszerzenie wiedzy i świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości dzieci w klasach III szkół podstawowych w Gminie Bieliny w efekcie odbytych w latach 2020-2022 zajęć z edukacji zdrowotnej”.

Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) zdefiniowany, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Nie wskazano wartości docelowej, do której mają dążyć podejmowane w ramach programu działania.

W odniesieniu do celu głównego, należy wskazać o ile punktów procentowych zmniejszy się odsetek dzieci z nadwagą i otyłością w stosunku do odsetka zidentyfikowanego w trakcie badań przesiewowych.

W odniesieniu do celów szczegółowych, również należy określić zmiany wartości, analogicznie do postępowania przyjętego względem celu głównego.

Poszczególne cele odnoszą się do różnych grup docelowych: cel główny oraz czwarty cel szczegółowy do populacji 9-latków, pierwszy cel szczegółowy do populacji dzieci, u których zdiagnozowano nadwagę lub otyłość oraz ich rodziców/opiekunów prawnych, a drugi i trzeci cel szczegółowy do populacji dzieci w wieku 9 lat i ich rodziców/opiekunów prawnych. Powyższe, należy mieć na uwadze w trakcie wdrażania ewaluacji programu. Warto również doprecyzować cele w taki sposób, aby grupy docelowe wynikały z ich treści, a nie pośrednio z interwencji kierowanych do poszczególnych grup.

W projekcie programu zaproponowano 5 mierników efektywności, tj.:

1. „BMI dzieci skorygowane o wiek i płeć w postaci centylów (pomiaru po zakończeniu interwencji, po 6 miesiącach oraz po 1 roku od zakończenia programu)”;
2. „liczba dzieci, u których poprawił się sposób odżywiania, mierzony poprzez porównanie liczby dzieci wykazujących prawidłowy sposób odżywiania przed i po programie (pre- i post test prawidłowych zachowań żywieniowych)”;
3. „liczba dzieci, u których poprawiła się aktywność fizyczna, mierzona poprzez porównanie liczby dzieci wykazujących prawidłowe wzorce aktywności fizycznej przed i po programie (pre- i post test prawidłowych wzorców aktywności fizycznej)”;
4. „liczba rodziców, u których zwiększyła się wiedza z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości (liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy z zakresu prawidłowego sposobu żywienia; ocena co najmniej dobra oznacza uzyskanie 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście)”;
5. „liczba dzieci, u których zwiększyła się wiedza z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości (liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy z zakresu prawidłowego sposobu żywienia; ocena co najmniej dobra oznacza uzyskanie 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście)”.

Miernik 1 w postaci wyników pomiarów BMI odnosi się pośrednio do celu głównego. Pozostałe wskaźniki odnoszą się do poszczególnych celów szczegółowych i zostały sformułowane w sposób prawidłowy.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią będą dzieci w wieku 9 lat, zamieszkałe na terenie gminy Bieliny (tj. uczniowie klas III szkół podstawowych z terenu gminy Bieliny) oraz ich rodzice/opiekunowie prawni, którzy zostaną objęci działaniami informacyjno-edukacyjnymi.

W projekcie wskazano, że liczebność dzieci z populacji docelowej podczas 3 lat trwania programu obejmie 295 osób. Liczebności dzieci w rocznikach urodzeniowych możliwych do objęcia udziałem w programie jest zbieżna z danymi GUS za 2018 roku. Można zatem przyjąć, że zaplanowano objęcie 100% populacji w przypadku badań przesiewowych.

Po części interwencji polegającej na badaniu przesiewowym, w przypadku wykrycia u dziecka nadwagi lub otyłości uczestnik programu zostanie włączony do części multikomponentowej. Na podstawie danych Instytutu Żywności i Żywienia oszacowano, że województwo świętokrzyskie zamieszkuje około 18% dzieci w wieku szkolnym borykających się z nadwagą i otyłością. Stwierdzono, że po zakończonych pomiarach antropometrycznych do dalszej części programu zostanie skierowanych ok. 28% populacji docelowej (tj. około 35 dzieci). Należy jednak wskazać, że w grupie docelowej, w trakcie trwania programu, może nastąpić wzrost BMI, w szczególności mając na uwadze, że grupa docelowa będzie w wieku dojrzewania, a co za tym idzie, powyższy odsetek może być niedoszacowany.

Liczebności populacji rodziców, którzy również mają brać udział w programie oszacowano mnożąc liczebność dzieci razy dwa, tj. program może objąć 590 rodziców/opiekunów.

Podstawowymi kryteriami włączenia do programu będą: „zamieszkiwanie na terenie gminy”, „rok urodzenia dziecka 2011, 2012, 2013” oraz „wyrażenie pisemnej zgody rodzica/opiekuna dziecka na udział w programie”.

Kryterium wyłączenia z programu jest „wcześniejsze objęcie dziecka z nadwagą lub otyłością specjalistyczną opieką lekarską w ramach NFZ”.

Interwencja

W programie zaplanowano badanie przesiewowe, w ramach którego nastąpi określenie BMI w odniesieniu do siatek centylowych. Następnie u dzieci u których zostanie zidentyfikowana nadwaga lub otyłość, przeprowadzona u wybranych dzieci interwencja multikomponentowa. W jej skład wchodzić będą: działania edukacyjne dla dzieci i rodziców na temat racjonalnego odżywiania, pomiary antropometryczne, a także konsultacje lekarskie, dietetyczne, psychologiczne oraz spotkania ze specjalistą aktywności ruchowej.

Badanie przesiewowe

W programie wskazano, że pierwszym etapem będzie przeprowadzenie badania przesiewowego na podstawie określenia BMI. Badanie to ma być prowadzone w „ramach bilansów zdrowia dziecka finansowanych w ramach NFZ”. Należy zaznaczyć, że u dzieci w klasach III szkoły podstawowej przeprowadza się kompleksową ocenę stanu zdrowia obejmującą m.in. ocenę rozwoju fizycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała wraz z określeniem współczynnika masy ciała (BMI) w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia powinna być przeprowadzana przez pielęgniarki lub higienistki szkolne.

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 został przewidziany do realizacji dopiero w ramach drugiego etapu 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 programie zamieszczono informacje związane z wartościami progowymi siatek centylowych warunkujących przejście do następnego etapu programu. W przypadku nadwagi ma to być przedział między 90 a 97 centylem, natomiast w przypadku otyłości – powyżej 97 centyla. Warto zaznaczyć, że w ramach odnalezionych wytycznych wskazuje się 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).

Działania edukacyjne

Zaplanowano przeprowadzenie zajęć edukacyjnych skierowanych do dzieci oraz do rodziców/opiekunów prawnych na temat racjonalnego odżywiania i aktywności fizycznej. Określono, że spotkania dla rodziców mają odbywać się 1 raz na 3 miesiące i będą realizowane w formie wykładów 90-minutowych. Spotkania z dziećmi mają odbywać się raz na 2 miesiące i mają być realizowane w formie godziny wychowawczej lub dodatkowych zajęć pozalekcyjnych.

Warto zaznaczyć, że dobrze zaplanowane działania edukacyjne powinny skupiać się na przedstawieniu informacji z zakresu zdrowego stylu życia, umiejętności radzenia sobie ze stresem, edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, możliwych powikłań nadwagi i otyłości, takich jak np. cukrzyca typu II (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).

W programie określono podział ze względu na prezentowane treści dla dwóch odmiennych grup odbiorców tj. dzieci i rodziców.

Zajęcia edukacyjne dla dzieci mają mieć charakter warsztatowy np.: „zabawy ruchowe, komponowanie prawidłowych posiłków, zdrowe alternatywy przekąsek.”

Dla rodziców zaplanowano prelekcje ustne w oparciu o prezentację dotyczącą tematyki otyłości i jej możliwych następstw, profilaktyki oraz zdrowych nawyków.

Dostosowanie działań edukacyjnych do wieku odbiorcy jest zgodne z wytycznymi NICE 2015b, które wskazują że należy dostosowywać przekazywane treści do odbiorców – ich wieku, statusu socjoekonomicznego, grupy etnicznej. Dodatkowo wskazują one że należy zapewnić, aby były one jasne, spójne, specyficzne i pozbawione ocennych komunikatów.

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). Edukacja kierowana do rodziców powinna podkreślać znaczenie roli modelowania przez nich zachowań zdrowotnych (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej (MQIC 2018a), co zostało uwzględnione w programie.

Działania multikomponentowe

Po przeprowadzeniu badania przesiewowego, dzieci z BMI ≥ 90 centyli zostaną włączone do części edukacyjno-leczniczej czyli do działań multikomponentowych.

Interwencja multikomponentowa będzie obejmowała:

- konsultacje dietetyczne (min. 10 godzin kontaktowych) dla dzieci ze zidentyfikowaną nadwagą lub otyłością w badaniu przesiewowym. Pierwsza wizyta będzie polegała na przeprowadzeniu wywiadu żywieniowego dotyczącego m.in. sposobu odżywiania dziecka, historii rodziny, troski rodziców o masę ciała dziecka, wzorców żywieniowych, poziomu aktywności fizycznej, aktualnej kondycji psychicznej, jakości snu, zażywania leków i suplementów diety oraz zostanie dokonany pomiaru masy ciała. Dietetyk oceni gotowość pacjenta do wprowadzenia zmian dotyczących stylu życia oraz przekaze pacjentowi dzienniczek żywieniowy, w którym możliwe będzie zapisywanie rodzaju i ilości spożywanych produktów w określonym czasie. Dodatkowo rodzice otrzymają jadłospis dla dziecka.;
- konsultacje psychologiczne (min. 8 godzin kontaktowych) obejmujące przekazanie wiedzy na temat kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych, umiejętności radzenia sobie ze stresem, odpowiedniej ilości snu, utrzymywania wysokiego poziomu motywacji w procesie redukcji nadmiernej i utrzymywaniu prawidłowej masy ciała, wzmocnienie nastawienia rodziców do wypracowania zmiany w zachowaniach zdrowotnych rodziny;
- konsultacje ze specjalistą aktywności ruchowej (min. 8 godzin kontaktowych) obejmujące przekazanie wiedzy na temat kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych, konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej, rekomendowanych rodzajów, intensywności i częstotliwości wysiłku fizycznego. Ustalone zostanie optimum wysiłku fizycznego zgodnie z masą ciała, a także możliwościami i preferencjami dziecka.
- dwukrotne pomiary antropometryczne, pół roku po zakończeniu programu i rok po zakończeniu, wykonywane przez higienistkę szkolną/pielęgniarkę środowiskową;

W odniesieniu do aktywności ruchowej bardzo ważną rolę odgrywa kształtowanie właściwych nawyków. Optymalny czas poświęcany na aktywność fizyczną wynosi 60 minut i powinna być ona podejmowana codziennie lub niemal codziennie (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, ES 2017, MoH NZ 2016). Szczególnie zalecane formy ruchu to: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie. (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, ISPED, ISP 2018). Zwiększenie poziomu aktywności fizycznej można osiągnąć od 2-3 roku życia poprzez aktywną zabawę, spacer, korzystanie z roweru trójkołowego i po 5-6 r.ż., promując także udział w zajęciach sportowych 2/3 razy w tygodniu (ISPED, ISP 2018). Interwencje ukierunkowane na zwiększenie poziomu aktywności fizycznej powinny skupiać się na działaniach, które łatwo wdrożyć w codziennym życiu (np. poruszanie się pieszo). Rekomenduje się również zbilansowanie związane z rozwojem technologicznym wydłużającego się czasu spędzanego przed ekranami przez dzieci i młodzież, zwiększoną aktywnością fizyczną (ES 2017). Czas spędzany przed ekranami nie powinien przekraczać 2 godzin dziennie w odniesieniu do dzieci >2. r.ż. (MQIC 2018a, MQIC 2018b, ISPED, ISP 2018, ES 2017, NICE 2015b).

U dzieci ze zidentyfikowaną nadwagą lub otyłością sugeruje się wykonywanie ćwiczeń oporowych co najmniej 3 razy w tygodniu, adekwatnych do fizycznych możliwości otyłego dziecka. Przykłady aerobowych i oporowych aktywności dla otyłych dzieci to odpowiednio: ćwiczenia na bieżni, rowerku treningowym, na trenażerze eliptycznym, zajęcia wodne (pływanie, aerobik wodny); pompki, przysiady, brzuszki, podnoszenie ciężarów, ćwiczenia z wykorzystaniem maszyn do ćwiczeń siłowych i elastycznych taśm oporowych, trening obwodowy. Ćwiczenia powinny być wykonywane pod nadzorem wykwalifikowanej osoby (ISPED, ISP 2018).

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), co zostało uwzględnione w programie.

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 zebranych z PPZ, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

W ramach oceny zgłaszalności do programu przeprowadzona będzie analiza:

1. „liczby osób, które zgłosiły się do programu i wzięły w nim udział prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu”;
2. „liczby osób, które ukończyły program prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu”;
3. „liczby osób, będących pod obserwacją w ciągu 6-ciu miesięcy i 1 roku od zakończenia programu przeprowadzona całościowo po zakończeniu programu”;
4. „liczby osób, które nie ukończyły pełnego cyklu interwencji prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu”;
5. „liczby osób, które uczestniczyły w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej”.

Ocena jakości świadczeń prowadzona będzie w oparciu o analizę ankiet satysfakcji uczestników programu oraz analizę pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do realizatora programu. Do projektu załączono wzór ankiety, który został poprawnie zaprojektowany.

W ramach projektu zaplanowano ewaluację cząstkową oraz końcową.

Ewaluacja cząstkowa ma objąć:

1. „oszacowanie liczby dzieci z nadwagą i otyłością w Gminie Bieliny”;
2. „coroczną analizę liczby osób biorących udział w programie”;
3. „coroczną analizę wyników ankiety ewaluacyjnej dot. wiedzy obiorców edukacji zdrowotnej”;
4. „monitorowanie przyczyn rezygnacji pojedynczych osób z programu”;
5. „coroczną analizę efektywności programu w opinii rodziców/opiekunów”.

Ewaluacja końcowa ma zostać oparta na podstawie:

1. „oceny stopnia realizacji programu (odsetek objęcia cyklem porad dietetycznych)”;
2. „identyfikacji ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu”.

Dodatkowo w ramach ewaluacji uwzględniono mierniki efektywności przypisane do celów szczegółowych, co jest prawidłowym działaniem.

Wskazano również, że „ewaluacja programu będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu, natomiast rzeczywistą efektywność realizacji programu ocenić będzie można dopiero w perspektywie wieloletniej, w oparciu o dane statystyczne dot. odsetka osób z nadwagą i otyłością oraz liczbą przypadków powikłań otyłości”. Warto dążyć do tego, by ocena efektywności programu (rozpatrywana jak wyżej, jako zmiana odsetka osób z nadwagą i otyłością) była dokonywana po każdym roku realizacji programu. Pozwoli to na bieżąco udoskonalać program i dokonywać zmian mających na celu podnoszenie efektywności programu.

Niektóre wymienione wskaźniki odnoszą się bardziej do zgłaszalności, tj.: „oszacowanie liczby dzieci z nadwagą i otyłością w Gminie Bieliny”, „coroczna analiza liczby osób biorących udział w programie”, „monitorowanie przyczyn rezygnacji pojedynczych osób z programu” oraz „ocena stopnia realizacji

programu (odsetek objęcia cyklem porad dietetycznych)”. Jednak biorąc pod uwagę prawidłowo zaplanowane mierniki efektywności będzie możliwe przeprowadzenie ewaluacji.

Warunki realizacji

Projekt zawiera ogólny opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszymi etapami mają być opracowanie programu oraz przesłanie go do Agencji celem wydania opinii. Kolejnymi etapami będą: wyłonienie realizatora, przeprowadzenie programu oraz jego ewaluacja.

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawy o świadczeniach. Przedstawiono informacje nt. personelu, jednak nie odniesiono się do wymagań dotyczących wyposażenia i warunków lokalowych oczekiwanych względem realizatora.

Zgodnie z projektem, 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. W programie uwzględniono informowanie pacjenta o możliwych dalszych ścieżkach diagnostycznych w poradniach specjalistycznych, które działają w ramach kontraktu z NFZ.

W projekcie przedstawiono koszt jednostkowy, który został oszacowany na 1 310 zł/os – obejmujący poradnictwo dietetyczne z przykładowym jadłospisem, w tym min. 10 wizyt (10x50 zł=500 zł), poradnictwo psychologiczne, min. 8 wizyt (8x50 zł=400 zł) oraz poradnictwo w zakresie aktywności ruchowej, min. 8 wizyt (8x50 zł=400 zł). Koszt pomiarów antropometrycznych pół roku i rok po zakończeniu programu dla dzieci biorących udział w 2 etapie programu został oszacowany na poziomie 10 zł/os. Ponadto budżet zawiera wyszczególnione koszty akcji informacyjno-edukacyjnej – 5 000 zł rocznie oraz koszt ewaluacji i monitorowania programu – 1 000 zł rocznie.

Całkowity koszt PPZ oszacowano na 87 960 zł. Program ma być sfinansowany ze środków gminy Bieliny.

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.

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 ramach wyszukiwania wytycznych dotyczących problemu zdrowotnego jakim jest nadwaga i otyłość u dzieci odnaleziono następujące dokumenty:

- Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością - KLRwP/ PTMR/ PTBO 2018 (Polska);
- American Psychological Association – APA 2018 (Stany Zjednoczone);

- Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetology, Italian Society of Pediatrics – ISPED, ISP 2018 (Włochy);
- Michigan Quality Improvement Consortium – MQIC 2018a I 2018b (Stany Zjednoczone);
- Endocrine Society – ES 2017 80 (UE);
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE 2017, 2015a, 2015b (Wielka Brytania);
- U.S. Preventive Service Task Force – USPSTF 2017 87 (Stany Zjednoczone);
- World Health Organization – WHO 2017;
- New Zealand Ministry of Health – MoH NZ 2016 91 (Nowa Zelandia);
- Canadian Task Force on Preventive Health Care – CTFPHC 2015 (Kanada).

Wnioski i podsumowanie wynikające z powyższych wytycznych zostały opisane z podziałem na:

Narzędzia służące diagnozowaniu nadwagi i otyłości

- Pomiar antropometryczny stanowi integralną część oceny rozwoju somatycznego dzieci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018);
- U dzieci i młodzieży do oceny prawidłowej masy ciała stosuje się BMI (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, MQIC 2018b, ISPED, ISP 2018, USPSTF 2017, AAFP 2017, ES 2017, MoH NZ 2016, CTFPHC 2015). Dodatkowo diagnostyka nadwagi i otyłości powinna być oparta na wartościach centylowych współczynnika stosunku wagi do wzrostu (weight to-height ratio) (ISPED, ISP 2018);
- Wywiad poprzedzający badania fizykalne powinien uwzględniać takie kwestie jak: historia rodziny, troska rodziców o masę ciała dziecka, wzorce żywieniowe (częstość spożywania posiłków poza domem, jedzenie śniadań, dobór odpowiednich warzyw i owoców, nadmierne porcje jedzenia, itp.), poziom aktywności fizycznej, aktualna kondycja psychiczna, sen, zażywanie leków, w tym suplementów diety (MQIC 2018b, MoH NZ 2016);
- Nie rekomenduje się badań laboratoryjnych w kierunku endokrynologicznych przyczyn otyłości dziecięcej (chyba że wzrost/prędkość wzrostu pacjenta są osłabione) oraz pomiaru stężenia insuliny podczas oceny dzieci i młodzieży w kierunku otyłości (ES 2017);
- W przypadku badań, lekarze powinni rozważyć następujące kwestie: pomiar ciśnienia krwi, ból biodra lub kolana, niewielki wzrost liniowy, cechy dysmorficzne, przerost migdałków, tkliwy ból brzucha lub hepatomegalia, stan skóry, niezstąpione jądro;
- Badania laboratoryjne mogą obejmować: profil lipidowy (na czczo), pomiar hemoglobiny glikowanej (HbA1c), badanie snu za pomocą pulsoksymetru (MoH NZ 2016).

Definiowanie oraz kryteria stwierdzenia nadwagi i otyłości

Rozpoznawanie nadwagi – wartość BMI w zakresie:

- >97 centyla (ISPED, ISP 2018);
- 90-97 centyla dla płci i wieku (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018);
- ≥85 centyla dla wieku i płci (APA 2018, ES 2017);
- >85 centyla (CTFPHC 2015);

Rozpoznawanie otyłości – wartość BMI w zakresie:

- >97. centyla dla wieku i płci (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, CTFPHC 2015);
- ≥95 centyla dla wieku i płci (APA 2018, ES 2017, USPSTF 2017, AAFP 2017);
- >98. centyla dla wieku i płci (MoH NZ 2016);
- >99. centyla dla wieku i płci – ciężka otyłość (ISPED, ISP 2018*)

- Sugeruje się wyliczenie oraz ocenę wartości BMI dziecka/nastolatka przynajmniej raz w roku (ES 2017, MoH NZ 2016).

Każde dziecko z BMI ≥ 85 . centyla powinno być monitorowane m.in. pod względem powikłań nadwagi lub otyłości (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, ES 2017).

Interwencje prowadzone w celu zapobiegania wystąpienia nadwagi/otyłości oraz ich adresaci

Dieta

Rekomenduje się, aby dziecko w każdym okresie życia spożywało 3–5 posiłków o stałych porach, w tym codziennie śniadania (przy jednoczesnym braku podjadania między posiłkami). Zalecenia żywieniowe dotyczące zapobiegania rozwojowi nadwagi i otyłości wśród dzieci od momentu urodzenia oraz u dzieci po 1. roku życia są takie same, jak zalecenia żywieniowe dotyczące prawidłowego rozwoju i wzrastania zdrowych dzieci i młodzieży. Należy:

- zachęcić matkę do karmienia dziecka wyłącznie piersią do ukończenia 6. miesiąca życia;
- dostosowywać energetyczność posiłków do potrzeb adekwatnych dla wieku;
- zalecać odpowiednio do wieku dziecka codzienne spożywanie warzyw i owoców oraz ograniczenie picia soków owocowych, zwłaszcza dosładzanych;
- odpowiednio do wieku dziecka zalecać, aby co najmniej połowę spożywanych produktów zbożowych stanowiły pokarmy pełnoziarniste;
- odpowiednio do wieku dziecka zalecać spożywanie roślin strączkowych;
- zalecać ograniczenie spożycia słodczy i słodzonych napojów oraz niedosładzanie potraw (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, ISPED, ISP 2018);

We wszystkich grupach wiekowych zalecane jest promowanie zdrowego stylu życia oraz diety z uwzględnieniem dziennego modelu 5-2-1-0: ≥ 5 porcji warzyw i owoców, do 2 godzin poświęconych na rekreacyjnym przebywaniu przed ekranami np. telewizora, ≥ 1 godziny aktywności fizycznej, 0 napojów słodzonych (MQIC 2018a, MQIC 2018b). Należy promować jedzenie w domu (ISPED, ISP 2018).

Interwencje służące poprawie diety powinny być multikomponentowe (uwzględniając modyfikację diety, poradnictwo, zaangażowanie rodziny, wyznaczanie celów). Dodatkowo powinny być dostosowane do danej osoby oraz zapewniać ciągłe wsparcie (NICE 2015a).

Należy zachęcać do wypracowywania odpowiednich nawyków żywieniowych – schematu żywieniowego opartego głównie na warzywach, owocach, fasoli i roślinach strączkowych, produktach pełnoziarnistych i rybach. Może to obejmować: zmniejszenie kaloryczności diety, ograniczenie konsumpcji posiłków typu fast food, posiłków 'na wynos', unikanie napojów słodzonych, zmniejszenie całkowitego spożycia tłuszczu, jedzenie śniadań (bez jednoczesnego zwiększenia przyjmowanej dziennie porcji kalorii), zwiększenie spożywania produktów bogatych w błonnik lub produktów pełnoziarnistych, ograniczenie spożycia mięsa i produktów mięsnych (średnio nie więcej niż 70g czerwonego i przetworzonego mięsa dziennie) (NICE 2015b).

Aktywność fizyczna

W zapobieganiu rozwojowi nadwagi i otyłości bardzo ważną rolę odgrywa kształtowanie właściwych nawyków związanych z aktywnością fizyczną. Optymalnym czasem poświęcanym na aktywność fizyczną wynosi 60 minut. rekomendacje wskazują, że aktywność ta powinna być podejmowana codziennie lub niemal codziennie (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, ES 2017, MoH NZ 2016). Szczególnie zalecane formy ruchu to: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie. (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, ISPED, ISP 2018). Zwiększenie poziomu aktywności fizycznej można osiągnąć od 2-3 roku życia poprzez aktywną zabawę, spacer, korzystanie z roweru trójkołowego i po 5-6 r.ż., promując także udział w zajęciach sportowych 2/3 razy w tygodniu (ISPED, ISP 2018).

Interwencje ukierunkowane na zwiększenie poziomu aktywności fizycznej powinny skupiać się na działaniach, które łatwo wdrożyć w codziennym życiu (np. poruszanie się pieszo). Powinny być one

dostosowane do indywidualnych preferencji, warunków życia, a ich celem powinna być poprawa wiary ludzi w ich zdolność do zmiany (np. przez perswazję werbalną, modelowanie zachowań związanych z podejmowaną aktywnością fizyczną, omawianie pozytywnych efektów) (NICE 2015a).

Rekomenduje się zbilansowanie związane z rozwojem technologicznym wydłużającego się czasu spędzanego przed ekranami przez dzieci i młodzież zwiększoną aktywnością fizyczną (ES 2017). Czas spędzany przed ekranami nie powinien przekraczać 2 godzin dziennie w odniesieniu do dzieci >2. r.ż. (MQIC 2018a, MQIC 2018b, ISPED, ISP 2018, ES 2017, NICE 2015b). Odradza się oglądanie TV i gry elektroniczne dzieciom <2. roku życia (ISPED, ISP 2018, MQIC 2018a).

Edukacja

Wszystkie działania ukierunkowane na zapobieganie nadmiernemu przyrostowi masy ciała, poprawę diety oraz poziomu aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży powinny aktywnie angażować ich rodziców oraz opiekunów (ES 2017, MoH NZ 2016, NICE 2015a, NICE 2015b);

Sugeruje się, aby zespół specjalistów identyfikował nieodpowiednie wzorce wychowawcze związane z dietą i aktywnością fizyczną oraz edukował rodziny nt. zdrowego odżywiania i nawyków związanych z podejmowaniem aktywności fizycznej. Rekomendacje wskazują, że multidyscyplinarny zespół specjalistów powinien obejmować dietetyków, psychiatrów oraz pielęgniarki (ES 2017).

Edukacja kierowana do rodziców powinna podkreślać znaczenie roli modelowania przez nich zachowań zdrowotnych (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej (MQIC 2018a).

Działania o charakterze informacyjnym oraz interwencje ukierunkowane na podnoszenie świadomości powinny być realizowane jako część długoterminowej, multikomponentowej interwencji, a nie w formie jednorazowych działań (powinna im towarzyszyć ukierunkowana na różne grupy obserwacja) (NICE 2015a).

Należy dostosowywać przekazywane treści do odbiorców – ich wieku, statusu socjoekonomicznego, grupy etnicznej – oraz zapewnić, aby były one jasne, spójne, specyficzne i nikogo nie oceniały. Ponadto należy zapewnić, aby podejmowane interwencje były zintegrowane z lokalnymi strategiami w zakresie otyłości (NICE 2015b).

Sugeruje się, aby lekarze promowali i uczestniczyli w edukacji dzieci, młodzieży, ich rodziców oraz całych społeczności nt. zdrowego żywienia oraz aktywności fizycznej, a także zachęcali szkoły do zapewnienia odpowiedniej edukacji nt. zdrowego odżywiania (ES 2017).

Każdy program mający na celu zapobieganie otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym, w środowisku rodzinnym powinien obejmować szereg komponentów (zamiast skupiać się wyłącznie na edukacji rodziców), takich jak:

- dieta – interaktywne pokazy gotowania, filmy oraz dyskusje grupowe dot. praktycznych kwestii związanych z planowaniem posiłków, zakupem żywności, napojów;
- aktywność fizyczna – pokazy interaktywne, filmy oraz dyskusje grupowe dot. praktycznych kwestii związanych z pomysłami na rodzaj podejmowanej aktywności, okazjami do aktywnego spędzania czasu, bezpieczeństwem oraz lokalnymi udogodnieniami (NICE 2015a);

Zdrowy sen

Sugeruje się sprzyjanie zdrowym wzorcom snu dzieci i młodzieży w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia otyłości spowodowanej zmianami w spożyciu kalorii oraz zmianami metabolicznymi związanymi z zaburzeniami snu (ES 2017).

Rekomendowany czas snu: 0-3 miesiące – 14-17 godzin, 4-12 miesięcy – 12-16 godzin, 1-2 lata – 11-14 godzin, 3-5 lata – 10-13 godzin, 6-12 lat – 9-12 godzin, 13-17 lat – 8-10 godzin, 18-25 lat – 7-9 godzin (ISPED, ISP 2018, MoH NZ 2016).

Zaangażowanie szkół w realizację interwencji prewencyjnych (ISPED, ISP 2018):

Rekomenduje się uwzględnianie szkół w programach prewencji otyłości. Następujące działania jakie powinny być prowadzone w warunkach szkolnych to:

- Wspieranie strategii personelu szkoły w zakresie wdrażania programów promocji zdrowia.
- Poprawa ogólnego środowiska dot. produktów żywnościowych w szkole:
 - Usuwanie automatów sprzedających słodzone napoje lub przekąski o wysokiej zawartości tłuszczu, cukru lub soli; zakaz sprzedaży tego rodzaju żywności; zmiany szkolnych obiadów w celu ograniczenia niezdrowej żywności o wysokiej kaloryczności.
 - Zapewnienie zdrowego śniadania.
 - Zapewnienie bezpłatnych lub tanich owoców.
 - Zapewnienie bezpłatnej/taniej wody.
- Poprawa ogólnego środowiska aktywności fizycznej w szkole:
 - Zwiększenie dziennych formalnych zajęć (lekcji) aktywności fizycznej zorganizowanych w trakcie i po godzinach lekcyjnych.
 - Dostępność szkolnych placów zabaw dla zorganizowanych lub dowolnych aktywności fizycznych podczas i po godzinach lekcyjnych.

Interwencje wdrażane w przypadku zdiagnozowania nadwagi/otyłości wraz z ich oczekiwanymi efektami

Głównym celem jest stała zmiana w nawykach żywieniowych dziecka i stylu życia. Niezbędne jest zaangażowanie całej rodziny i wyznaczanie realistycznych celów. Cele długoterminowe powinny obejmować:

- utrzymywanie odpowiedniego tempa wzrostu i osiągnięcie prawidłowego (zdrowszego) stosunku masy ciała do wzrostu (weight-to-height ratio);
- zmniejszenie masy ciała (niekoniecznie osiągnięcia idealnej wagi), w szczególności tkanki tłuszczowej, przy jednoczesnym zachowaniu beztłuszczowej masy;
- utrzymywanie lub promowanie dobrego zdrowia psychicznego (samoocena, prawidłowe nastawienie do jedzenia i wyglądu ciała, jakość życia związana ze zdrowiem);
- leczenie powikłań, jeśli są obecne, w możliwie najkrótszym czasie;
- osiągnięcie i utrzymanie zdrowszego stosunku masy ciała do wzrostu i zapobieganie ponownemu przybieraniu nadmiernej masy ciała (ISPED, ISP 2018).

Strategie multikomponentowe:

Należy rozważyć wdrożenie strategii multikomponentowych o umiarkowanej lub dużej intensywności w leczeniu otyłości wśród dzieci i młodzieży (APA 2018, MQIC 2018b, ES 2017, USPSTF 2017, AAFP 2017):

- w przypadku stwierdzenia otyłości należy oferować dzieciom/młodzieży (≥ 6 r.ż) bądź kierować je na kompleksowe, zintensyfikowane interwencje behawioralne mające na celu redukcję masy ciała (≥ 26 godzin kontaktowych), obejmujące m.in. sesje skierowane zarówno do rodziców, jak i dzieci (prowadzone oddzielnie, razem lub w obu ww. trybach), oferowanie indywidualnych sesji (zarówno rodzinnych, jak i grupowych), dostarczanie informacji nt. zdrowego odżywiania, bezpiecznego wykonywania ćwiczeń, czytania etykiet produktów spożywczych zachęcanie do wykorzystywania kontroli bodźców (np. ograniczanie dostępu do kuszających produktów spożywczych, ograniczenie czasu spędzanego przed ekranami) (USPSTF 2017, AAFP 2017);
- w przypadku dzieci oraz młodzieży w przedziale wiekowym 2-18 lat z nadwagą lub otyłością silnie rekomenduje się przeprowadzenie multikomponentowych interwencji behawioralnych kierowanych do rodziny, składających się z co najmniej 26 godzin kontaktowych – interwencja ta powinna być inicjowana tak szybko, jak jest to możliwe (APA 2018).

Kompleksowe interwencje behawioralne powinny być zintegrowane z programami realizowanymi w warunkach szkolnych lub środowiskowych (ES 2017).

Krótkoterminowe interwencje i jednorazowe akcje/wydarzenia są niewystarczające – powinny one stanowić część długoterminowego, zintegrowanego programu (NICE 2015a).

Zarówno terapie behawioralne, jak i rodzinne terapie behawioralne są rekomendowane w celu poprawy utrzymania prawidłowej diety i aktywności fizycznej. Terapie te wymagają zaangażowania profesjonalisty w ich prowadzenie. Najbardziej efektywne techniki to ustanawianie celów, samokontrola (z wykorzystaniem dzienniczków diety i aktywności), trening uważności, kontrola bodźców, pozytywne wzmocnienie, restrukturyzacja poznawcza, rozwiązywanie problemów (ISPED, ISP 2018).

Programy kierowane do rodzin, których celem jest zapobieganie otyłości, poprawa diety i/lub zwiększenie poziomu aktywności fizycznej powinny zapewniać stałe wsparcie, dostosowane do potrzeb adresatów oraz obejmować szereg technik behawioralnych. Programy powinny mieć także wyraźnie zdefiniowany cel ukierunkowany na poprawę kontroli masy ciała (NICE 2015a).

Rodziny dzieci i młodzieży będących w grupie wysokiego ryzyka wystąpienia otyłości (np. dzieci/młodzież z co najmniej jednym otyłym rodzicem) powinny otrzymywać stałe wsparcie ze strony odpowiednio wyszkolonego pracownika medycznego. Rozważone powinno zostać wdrożenie zarówno indywidualnych, jak i rodzinnych interwencji (w zależności od wieku oraz dojrzałości dziecka) (NICE 2015a).

Oczekiwane efekty

U dzieci z rozpoznaniem nadwagi oraz u dzieci otyłych rodziców, należy wdrożyć działania, których celem jest utrzymanie stałej masy ciała w miarę zwiększania się wzrostu u młodszych dzieci oraz ułatwienie powolnej redukcji masy ciała u nastolatków (ok. 0,5 kg/mies.) (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018).

Rekomenduje się wyliczanie odchylenia standardowego BMI w celu oszacowania utraty wagi. Zmniejszenie odchylenia standardowego BMI (BMI-SDS) jest najlepszym wskaźnikiem wielkości utraty wagi, biorąc pod uwagę wiek i płeć pacjenta. Zmniejszenie $>0,5$, ale nawet $> 0,25$ (zgodnie z redukcją BMI 1 kg/m² lub stabilną wagą przez ponad 1 rok u rosnącego dziecka) wiązało się z poprawą składu ciała i zmniejszeniem ryzyka sercowo-metabolicznego (na podstawie 1 badania obserwacyjnego) (ISPED, ISP 2018).

Inne wskaźniki behawioralne (związane z dietą, stylem życia, sprawnością fizyczną lub jakością życia) mogą być brane pod uwagę, jeśli nie występuje istotne zmniejszenie BMI-SDS (ISPED, ISP 2018).

Dieta

Rekomendowana jest zbalansowana i urozmaicona dieta. Proces edukacyjny rozpoczyna się od oceny nawyków żywieniowych dziecka i rodziny (ocena składu posiłków, porcji, częstotliwości przyjmowania pokarmów, preferencji, metod gotowania). W tym celu wskazuje się na korzystanie z dzienniczka żywieniowego prowadzonego wspólnie z rodzicami.

Zalecenia dietetyczne powinny obejmować: spożywanie 5 posiłków dziennie, spożywanie odpowiedniego śniadania, unikanie podjadania między posiłkami, unikanie produktów wysokoenergetycznych i o niskiej wartości odżywczej (słodzone lub energetyzujące napoje, soki owocowe, produkty typu fast food, wysokoenergetyczne przekąski), zwiększenie spożywania owoców, warzyw i produktów bogatych w błonnik, spożywanie mniejszych porcji.

Ogólne zalecenia dla diety niskokalorycznej: białko 1g/kg/dzień, węglowodany 45-60% całkowitej liczby kalorii, cukry proste $<15\%$ wszystkich kalorii, tłuszcze 20-35% wszystkich kalorii począwszy od 4 roku życia, nasycone kwasy tłuszczowe $<10\%$ całkowitej liczby kalorii (ISPED, ISP 2018).

Ćwiczenia

Słabe dowody pokazują, że połączenie ćwiczeń aerobowych i oporowych powoduje zmniejszenie masy tłuszczu, zwłaszcza w programach co najmniej 2 tygodniowych sesji i czasie trwania > 60 minut.

Sugeruje się wykonywanie ćwiczeń oporowych co najmniej 3 razy w tygodniu, adekwatnych do fizycznych możliwości otyłego dziecka. Przykłady aerobowych i oporowych aktywności dla otyłych dzieci to odpowiednio: ćwiczenia na bieżni, rowerku treningowym, na trenażerze eliptycznym, zajęcia wodne (pływanie, aerobik wodny); pompki, przysiady, brzuski, podnoszenie ciężarów, ćwiczenia z wykorzystaniem maszyn do ćwiczeń siłowych i elastycznych taśm oporowych, trening obwodowy.

Ćwiczenia powinny być wykonywane pod nadzorem wykwalifikowanej osoby (ISPED, ISP 2018).

Zintegrowane wdrażanie programu

Należy wspierać zintegrowane, długoterminowe (ponad 5-letnie) strategie na rzecz zdrowia. Wskazane jest skupienie się na wszystkich następujących obszarach (skupienie uwagi wyłącznie na jednej ze wskazanych kwestii, kosztem pozostałych, może wpływać na zmniejszenie skuteczności):

- podnoszenie świadomości nt. problemów zdrowotnych powodowanych przez otyłość oraz korzyści związanych z poprawą stanu zdrowia;
- szkolenia dla pracowników oraz wolontariuszy, które odpowiadają ich potrzebom (priorytetowe traktowanie osób pracujących bezpośrednio ze społecznościami lokalnymi);
- wpływ na szersze uwarunkowania zdrowia: zapewnienie dostępu do niedrogiej, zdrowszej żywności i napojów, przestrzeni zielonej oraz obiektów zachęcających do podejmowania aktywności fizycznej;
- ukierunkowanie szerokiego zakresu działań zarówno na osoby dorosłe, jak i dzieci;
- świadczenie usług z zakresu kontroli masy ciała dorosłym, dzieciom oraz całym rodzinom;
- świadczenie usług w zakresie leczenia otyłości (NICE 2017).

Część posiadanego budżetu powinna być przeznaczona na wdrażanie innowacyjnego podejścia w zakresie profilaktyki otyłości, opartego na rozsądnych zasadach, wspieranych przez lokalną społeczność i prawdopodobnie skutecznych (ale w przypadku których istniejące dowody są ograniczone). Wymagane jest regularne monitorowanie prowadzonych działań oraz ich ewaluacja – szczególnie w przypadku wdrażania nowych strategii (NICE 2017).

Należy zapewnić, aby prowadzone monitorowanie odpowiadało potrzebom informacyjnym i oczekiwaniom np. poprzez: ocenę szerokiej gamy wskaźników procesu takich jak opinie oraz doświadczenia osób, które uczestniczyły w programie profilaktyki otyłości, informacje zwrotne od organizacji partnerskich, wysokość stawek związanych z kierowaniem do programu, wpływ na dobrostan społeczeństwa (NICE 2017).

Pozostałe uwagi

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 prowadzone przez wykwalifikowany multidyscyplinarny zespół – dietetyk, specjalista aktywności fizycznej, specjalista promocji zdrowia (np. psycholog sportowy), psycholog kliniczny, psychiatra, pediatra, pielęgniarka pediatryczna.

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 kontynuujących działania po 6 m-cach i po 1 roku od zakończenia programu oraz zdefiniować grupy podwyższonego ryzyka.

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego 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 (doustny test tolerancji glukozy ang. *oral glucose tolerance test*) co 2 lata (należy również oznaczyć stężenie 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 2019 r., poz. 1373, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: nr: OT.441.18.2020 „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkoły podstawowej w Gminie Bieliny na lata 2020-2022” realizowany przez: gminę Bieliny, Warszawa, marzec 2020 r. oraz Opinia Rady Przejrzystości nr 79/2020 z dnia 14 kwietnia 2020 roku o projekcie programu „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkoły podstawowej w Gminie Bieliny na lata 2020-2022”