



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 78/2021 z dnia 31 grudnia 2021 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi
i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych na
terenie Miasta Zielonka”
(woj. mazowieckie)**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Miasta Zielonka”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Program polityki zdrowotnej dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim jest nadwaga i otyłość w populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Projekt realizuje priorytet zdrowotny: „*przeciwdziałanie występowaniu otyłości*” ujęty w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. 2018 poz. 469). Podstawowym argumentem za opinią warunkowo pozytywną jest zaplanowanie interwencji multikomponentowej, w której dzieci z wykrytymi w badaniu przesiewowym zaburzeniami masy ciała zostaną objęte opieką zespołu specjalistów.

Niemniej, w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości proszę o uwzględnienie poniższych uwag oraz uwag przedstawionych w dalszej części niniejszej opinii:

- Projekt wymaga poprawy w zakresie dotyczącym pomiaru efektywności podejmowanych działań, w tym celu głównego, celów szczegółowych i mierników efektywności interwencji.
- Projekt należy zweryfikować w zakresie nieściśłości odnośnie do kosztów, m.in. w przypadku wykładów edukacyjnych dla rodziców.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Miasta Zielonka. Program ma być realizowany w latach 2021-2025. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na ok. 1 499 664 zł. Program będzie finansowany z budżetu miasta Zielonka.

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 2021 r.



poz. 1285, 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. W dokumencie wskazano, że ww. problem zdrowotny przyczynia się do takich dolegliwości jak: choroby serca, cukrzyca czy nowotwory. W dokumencie wskazuje się, że otyłość definiowana jest jako przewlekła ogólnoustrojowa choroba metaboliczna spowodowana nadmiernym lub nieprawidłowym nagromadzeniem tłuszczu w tkance tłuszczowej, które prowadzi do negatywnych konsekwencji zdrowotnych oraz zwiększenia ryzyka chorobowości i śmiertelności. Przedstawiono także klasyfikację otyłości, która w praktyce klinicznej dzieli się na otyłość prostą i wtórną oraz na typ brzuszny i pośladkowo-udowy.

Projekt programu realizuje priorytet zdrowotny: „*przeciwdziałanie występowaniu otyłości*” ujęty w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. 2018 poz. 469).

Projekt programu zawiera referencje bibliograficzne, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego. Nie budzą one zastrzeżeń.

W opisie sytuacji epidemiologicznej przedstawiono światowe, europejskie, ogólnopolskie oraz regionalne dane dot. występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci. Projekt przytacza dane Instytutu Żywności i Żywienia z 2013 r., z których wynika, że w województwie mazowieckim zamieszkuje 32% dzieci w wieku szkolnym borykających się z nadwagą lub otyłością. Wynik ten był wyższy niż średnia dla Polski, która wynosiła 22,3%.

W opiniowanym dokumencie odniesiono się również do danych z Map Potrzeb Zdrowotnych z których wynika, że liczba hospitalizacji z rozpoznanych, zakwalifikowanych jako „Otyłość” w województwie mazowieckim w 2016 r. wyniosła 0,86 tys. co stanowiło 16,80% wszystkich hospitalizacji z zakresu chorób metabolicznych. Projekt wskazuje także, że w województwie tym w 2019 r. liczba osób objętych programem z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości wynosi 11 419 i w porównaniu do innych województw była to największa liczba osób włączona do programu profilaktycznego. Ponadto w MPZ dla województwa mazowieckiego wskazano, że rekomendowane jest wyrównywanie i zwiększanie dostępności do skutecznych programów profilaktycznych w zakresach czynników ryzyka najbardziej obciążających populację regionu tj. palenie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi, wysokie BMI i inne czynniki związane ze stylem życia

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „*zmniejszenie częstości występowania nadmiaru masy ciała (redukcja średnio o 3 centyle BMI w stosunku do wyniku badania antropometrycznego w momencie rozpoczęcia badania) w okresie trwania programu – wśród około 25% uczniów klas 0-VIII uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Miasta Zielonka, w latach 2021-2025*”. Należy podkreślić, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania określonych potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. W zaproponowanym celu nie wskazano uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej. Ponadto zaproponowany cel główny odnosi się do wszystkich dzieci uczęszczających do szkół podstawowych, czyli do szerszej populacji niż ta, która ma być objęta działaniami w ramach programu polityki zdrowotnej.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) „*zdiagnozowanie potrzeb zdrowotnych min. 75% populacji dzieci uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Miasta Zielonka w latach 2021-2025*”,

- (2) „uczestnictwo w programie około 50% uczniów szkół podstawowych z terenu Miasta Zielonka w latach 2021-2025”,
- (3) „wzrost o co najmniej 30% stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu aktywności fizycznej przez dzieci i rodziców/opiekunów zamieszkujących na terenie Miasta Zielonka, uczestników programu, w efekcie odbytych zajęć z edukacji zdrowotnej, w latach 2021-2025”,
- (4) „wzrost poziomu wiedzy u co najmniej 30% uczniów, ich rodziców/opiekunów zamieszkujących na terenie Miasta Zielonka, uczestniczących w programie, w zakresie znaczenia zdrowego odżywiania dla zdrowia całego organizmu oraz konsekwencji nadwagi i otyłości, w latach 2021-2025”.

Warto podkreślić, że cel szczegółowy powinien odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś jego osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinien być mierzalny i możliwy do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. W przedłożonym projekcie cel nr 1 nie odnosi się bezpośrednio do problemu zdrowotnego i został określony zbyt ogólnie. Cel nr 2 sformułowano niepoprawnie w postaci działania. Ponadto w odniesieniu do celu nr 3 i 4 w projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre-testów i post-testów z ww. zakresów tematycznych, co umożliwi sprawdzenie stopnia realizacji celów. Należy zaznaczyć, że w żadnym z zaproponowanych w projekcie celów szczegółowych nie wskazano uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych, co wymaga uzupełnienia.

W treści projektu programu zaproponowano mierniki efektywności interwencji:

- (1) „określenie wskaźnika BMI u dzieci objętych programem na podstawie pomiarów antropometrycznych wykonanych przez realizatorów i jego zmiana w czasie trwania programu”,
- (2) „określenie liczby i odsetka dzieci ze stanami nadwagi i otyłości u dzieci objętych programem, na podstawie pomiarów wykonanych przez realizatorów”,
- (3) „liczba dzieci u których nastąpiło zmniejszenie masy ciała, z uwzględnieniem wartości w kg, % masy ciała i wskaźnika BMI – na podstawie danych uzyskanych podczas pomiarów antropometrycznych wykonywanych przez realizatora”,
- (4) „liczba uczniów, ich rodziców/opiekunów, którzy poszerzyli wiedzę, biorąc udział w działaniach na rzecz znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia całego organizmu”,
- (5) „liczba uczniów, ich rodziców/opiekunów, którzy poszerzyli wiedzę, biorąc udział w działaniach na rzecz znaczenia zdrowego odżywiania dla zdrowia całego organizmu”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. W przekazanym dokumencie mierniki nr 1 swoją konstrukcją bardziej przypominają działania podejmowane w ramach programu. Mierniki nr 2 nie spełniają funkcji miernika efektywności, jednak może zostać wykorzystane podczas monitorowania. Pozostałe mierniki nie wzbudzają zastrzeżeń i odnoszą się do zaproponowanych celów programu.

Podsumowując, element projektu dotyczący celów i mierników efektywności wymaga doprecyzowania zgodnie z powyższymi uwagami.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią będą dzieci uczęszczające do klas 0-VIII szkół podstawowych (4 szkoły) z terenu miasta Zielonka, rodzice/opiekunowie prawni oraz nauczyciele. W projekcie oszacowano wielkość populacji włączonych do programu: dzieci na 2376 dzieci, rodziców/opiekunów prawnych na 1 114 oraz 140-150 nauczycieli. W dokumencie wskazuje się, że w ciągu 5 lat realizacji programu wsparciem diagnostycznym zostanie objęta cała populacja docelowa dzieci, a na podstawie danych epidemiologicznych oszacowano, że do interwencji multikomponentowej kwalifikować

się będzie 760 osób. W projekcie wskazuje się, że 380 dzieci będzie potrzebowało co najmniej jednej konsultacji psychologicznej. Zaleca się, aby gmina w miarę możliwości objęła program jak największą grupę dzieci uczęszczające do szkół podstawowych na terenie miasta

Kryteriami kwalifikacji do programu będą:

- status ucznia szkoły podstawowej znajdującej się na terenie Miasta Zielonka,
- podpisanie przez rodzica/opiekuna uczestnika programu druku świadomej zgody na udział dziecka w programie (przykładowy druk zgody w załączniku),
- zameldowanie dziecka i/lub rodzica/opiekuna na stałe lub czasowo w Mieście Zielonka lub zamieszkanie na terenie Miasta Zielonka i odprowadzanie podatku dochodowego w Urzędzie Skarbowym w Wołominie ze wskazaniem Zielonki jako miejsca zamieszkania (weryfikacja na podstawie dokumentów przedłożonych do wglądu, stosownego zaświadczenia lub oświadczenia, np. Karty Mieszkańca),
- brak stałych lub czasowych przeciwwskazań dyskwalifikujących udział w programie.

Kryterium kwalifikacji do części wsparcia mulitdyscyplinarnego, oprócz tych wskazanych powyżej, będzie zdiagnozowanie nadwagi (BMI > 85 centyla) lub otyłości (BMI >95 centyla).

Kryteriami wykluczenia z programu zostały sformułowane poprawnie.

Interwencja

W projekcie programu zaplanowano następujące interwencje:

- Działania edukacyjne dla dzieci, rodziców/opiekunów oraz wychowawców, a także osób mających styczność z dziećmi w szkole.
- Pomiar antropometryczny i określenie wskaźnika BMI korygowanego do wieku ucznia oraz ocena lekarska, kwalifikująca do działań terapeutycznych (multikomponentowych).
- Działania multikomponentowe (co najmniej 26 godzin):
 - konsultacje lekarskie,
 - konsultacje dietetyczne,
 - konsultacje psychologiczne,
 - konsultacje ze specjalistą aktywności ruchowej,
 - badanie lekarskie końcowe

Działania edukacyjne

W projekcie szczegółowo opisano zakres działań edukacyjnych dla dzieci, rodziców, wychowawców i osób mających kontakt z dziećmi w szkole. W przypadku działań edukacyjnych skierowanych do dzieci zakłada się, że mogą być prowadzone w formie wykładów, warsztatów, pogadanek i dyskusji, zabaw lub innych form. Podkreśla się, że forma ta będzie dostosowana do wieku uczestników, mając na celu maksymalne zainteresowanie i zaktywizowanie grupy docelowej. Podkreślono zasadność wprowadzenia elementu praktycznego tj. wspólnego przygotowywania drugiego śniadania w formie warsztatów lub pokazu z udziałem uczniów. Czas działań edukacyjnych dla dzieci wyniesie 3 godziny (4 lekcje) zajęć w trakcie roku szkolnego, które będą odbywały się na terenie poszczególnych placówek oświatowych uczestniczących w programie. W projekcie wskazano, że w zajęciach edukacyjnych uczniów uczestniczyć mogą również nauczyciele uczący daną klasę. Zajęcia będą zaczynały i kończyły się sprawdzeniem wiedzy uczniów.

Działania edukacyjne skierowane do rodziców/opiekunów oraz wychowawców uczniów będą odbywały się w formie wykładów, podczas których będą przekazane materiały edukacyjne. Wskazano, że tematyka obejmować będzie w szczególności dietę i aktywność fizyczną oraz czynniki wpływające na występowanie nadwagi i otyłości. Nauczyciele będą mogli m.in. uzupełnić swoją wiedzę w zakresie

profilaktyki i edukacji zdrowotnej, która powinna być realizowana na godzinach wychowawczych czy zajęciach wychowania fizycznego. Zakłada się, że czas takich wykładów wyniesie 90 minut w ciągu semestru (co najmniej 2 spotkania po 45 minut). Podczas działań edukacyjnych dla rodziców i wychowawców odbędzie się test sprawdzający poziom wiedzy uczestników (pre-test i post-test). Przeprowadzenie wykładów edukacyjnych ww. uczestników może odbyć się również w placówkach opieki zdrowotnej, czy też w instytucjach kultury. Uczestnikom programu będą przekazywane podstawowe informacje dotyczące przedstawienia założeń programu oraz zachęcenia rodzica/opiekuna do wzięcia udziału dziecka w programie oraz wyrażenie pisemnej zgody na udział dziecka. W projekcie programu założono, że zajęcia przeznaczone są dla wszystkich osób chętnych z grupy docelowej, spełniającej kryteria włączenia i nie zostaną ograniczone minimalną ani maksymalną liczbą uczestników.

W odniesieniu do szkoleń i dzieci i rodziców w projekcie podkreślono, aby w miarę potrzeb lub konieczności realizator zapewnił prowadzenie edukacji w formie zdalnej/on-line wykorzystując kanały i narzędzia umożliwiające dwukierunkowy przekaz pomiędzy prowadzącym, a uczestnikami zajęć

Odnalezione rekomendacje podkreślają, 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). W związku z powyższym zaproponowane działania edukacyjne dla rodziców znajdują odzwierciedlenie w ww. rekomendacjach klinicznych. Ponadto w przeglądzie systematycznym Wang 2018 wskazano, że interwencje edukacyjne m.in.: sesje konsultacyjne, sesje szkoleniowe/dyskusyjne dla rodziców czy spotkania edukacyjno-informacyjne kierowane do rodziców i nauczycieli ukierunkowane m.in. na zdrowe odżywianie, mają pozytywny wpływ na zmiany w obrębie obwodu tali – (WC) [WMD: -0,97; 95% CI: -1,95;-0,00; P=0,050], przy czym interwencje edukacyjne istotnie zmniejszyły poziom WC [WMD: -1,11; 95% CI: -1,53;-0,68; P=0,001], gdy długość okresu obserwacji wynosiła ≤ 12 miesięcy.

Działania kwalifikacyjne do działań multikomponentowych

W projekcie wskazano, że wykonanie pomiaru antropometrycznego i określenie wskaźnika BMI korygowanego do wieku ucznia odbędzie się, jeżeli rodzic/opiekun wyrazi zgodę na uczestnictwo dziecka w programie i otrzyma do wypełnienia krótki wywiad kwestionariuszowy. Następnie wykonane zostaną pomiary antropometryczne (pomiar masy ciała i wzrostu dzieci oraz określenie wskaźnika BMI wg siatek centylowych). Kwalifikacja do interwencji multikomponentowej zostanie przeprowadzona w szkole w godzinach zajęć lekcyjnych.

Nadwaga lub otyłość rozpoznana będzie na podstawie BMI w oparciu o siatki centylowe. Dla nadwagi jest to „wartość BMI w zakresie > 85 centyla dla wieku i płci i/lub otyłość – wartość BMI w zakresie > 95 centyla dla wieku i płci”. W projekcie wskazano, że w „badaniu przedmiotowym ma towarzyszyć przeprowadzenie pogłębionego wywiadu w kierunku obciążenia ryzykiem chorób metabolicznych”. Jeżeli wyniki pomiarów wskażą, iż rozpoznano nadwagę lub otyłość, uczeń będzie mógł skorzystać z interwencji multikomponentowej.

W odnalezionych rekomendacjach podkreśla się, że pomiary antropometryczne stanowią integralną część oceny rozwoju somatycznego dzieci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018). W programie zaplanowano przeprowadzenie badań antropometrycznych poprzez pomiar masy ciała i wzrostu dzieci oraz określenie wskaźnika BMI wg siatek centylowych oraz analizę składu ciała metodą BIA.

Zgodnie z rekomendacjami, 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). Zgodnie z powyższym zaproponowana tematyka PPZ znajduje odzwierciedlenie w ww. rekomendacjach klinicznych.

Konsultacje lekarskie

W ramach programu przewidziane są badania lekarskie – początkowe, w połowie interwencji oraz końcowe (dodatkowo badanie opisane w powyższym punkcie, na etapie kwalifikacji do interwencji multikomponentowej). W projekcie wskazano, że w trakcie badania początkowego lekarz przeprowadzi wywiad, odpowiednie badania przedmiotowe i podmiotowe oraz ustali cel, który powinien osiągnąć uczestnik programu. W ramach badania początkowego zdublowany zostanie pomiar masy ciała wykonywany już podczas kwalifikacji. Kolejne spotkania mają za zadanie zweryfikować efektywność prowadzonych w ramach programu działań. W razie konieczności interwencja oraz cele jakie ma osiągnąć uczestnik powinny zostać dostosowane do możliwości oraz stanu zdrowia uczestnika programu. Natomiast badanie końcowe ma na celu ocenić, czy zostały osiągnięte założenia.

Konsultacje specjalistyczne z dietetykiem

Zakłada się przeprowadzenie co najmniej 5 indywidualnych spotkań dla każdego uczestnika programu, które będą prowadzone w formie spotkań osobistych lub w formie spotkań zdalnych/online. Zaplanowano, że ww. zajęcia powinny odbywać się nie rzadziej niż raz w miesiącu i trwać nie krócej niż 30 minut. Wskazano, że celem konsultacji dietetycznych jest ocena i *omówienie dotychczasowego sposobu odżywiania, wskazanie popełnianych błędów i nauka ich eliminowania*. W projekcie wskazano, że „*na podstawie szczegółowego wywiadu żywieniowego i zdrowotnego (z uwzględnieniem upodobań kulinarnych i stylu życia) zostaną opracowane zalecenia żywieniowe dopasowane do uczestnika programu*”.

Konsultacje specjalistyczne z psychologiem

Konsultacje psychologiczne, będą skierowane do dzieci i rodziców/opiekunów prawnych. Zostaną przeprowadzone w kierunku „*wzmacniania nastawienia ucznia i rodziców do zmian nawyków żywieniowych, w tym dla całej rodziny, umiejętność radzenia sobie ze stresem, utrzymywanie wysokiego poziomu motywacji*”. Program zakłada przeprowadzenie jednej konsultacji dla uczestnika.

Konsultacje ze specjalistą aktywności fizycznej

W ramach konsultacji z aktywności fizycznej, przeprowadzone zostaną zajęcia w kierunku zapoznania uczestników z rodzajami ćwiczeń, które pozwalają zmniejszyć masę ciała oraz rozwinąć potrzebę podejmowania aktywności fizycznej. Świadczenia z aktywności fizycznej odbywać się będą co najmniej 2 razy w tygodniu przez cały okres uczestniczenia w projekcie. Formy aktywności fizycznej zostaną dobrane zgodnie z preferencjami i możliwościami uczestników. Zajęcia zostaną przeprowadzone w grupach o podobnych możliwościach fizycznych oraz wśród osób o zbliżonym wieku. Podczas ww. zajęć uczestnicy zostaną zachęcani do aktywności fizycznej, która powinna być stałym elementem codziennej aktywności życiowej. W projekcie przedstawiono przykłady aerobowych i oporowych aktywności dla otyłych dzieci, W projekcie wskazano, że głównym celem ww. ćwiczeń jest uzyskanie i utrzymanie prawidłowej masy ciała w dłuższym okresie.

W ramach aktywności fizycznej, w rekomendacjach sugeruje się wykonywanie ćwiczeń oporowych co najmniej 2/3 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 (ISPED, ISP 2018).

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).

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). Na podstawie wyników metaanaliz RCT (*Al-Khudairy 2017, Elvsaas 2017, Mead 2017*) można wnioskować, że multikomponentowe interwencje, obejmujące terapię behawioralną, komponent żywieniowy i/lub aktywności fizycznej wpływają na redukcję wskaźników związanych z masą ciała (waga, BMI, BMI z-score) w populacji dzieci i młodzieży (powyżej 2 r.ż.). Zaproponowane w programie działania obejmują zalecane przez USPSTF 26 godzin kontaktowych.

Rekomendacje wskazują, że multidyscyplinarny zespół specjalistów powinien obejmować dietetyków, psychiatrów, pielęgniarki (ES 2017), a także pediatrów, psychologów oraz specjalistów w dziedzinie zdrowia i promowania aktywności fizycznej (ISPED, ISP 2018). Zgodnie z powyższym skład zespołu multidyscyplinarnego znajduje odzwierciedlenie w większości rekomendacji.

Przy realizacji programu należy mieć na uwadze także wytyczne i inne dowody naukowe wskazane w rozdziale „Ocena technologii medycznej” niniejszej opinii.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

W przedłożonym dokumencie wskazano, że ocena zgłaszalności będzie polegała na analizie raportów oraz okresowych i rocznych sprawozdań z realizacji programu. Wskazano również, że monitorowaniu poddana zostanie: „liczba zgód na udział w programie, jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania projektu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych”. „liczba dzieci zamieszkujących Miasto Zielonka, uczestniczących w programie w latach 2021-2025, wynik wyrażony liczbowo”, „liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie i wzięły udział w interwencjach (z podziałem na interwencje)”, „liczba uczestników programu, zamieszkujących Miasto Zielonka, którym wykonano badania diagnostyczne w ramach programu, w latach 2021-2025”, „dzieci zamieszkujących Miasto Zielonka, uczestniczących w programie w latach 2021-2025”, „liczba dzieci, które nie zostały objęte programem, z określeniem przyczyn”, „osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu”, „liczba wychowawców szkolnych uczestniczących w zajęciach informacyjno-edukacyjnych”.

Wskaźnik „liczba rodziców włączonych do programu, którzy w wyniku działań edukacyjnych podnieśli poziom wiedzy z zakresu występowania i czynników nadwagi i otyłości”, „liczba wychowawców szkolnych uczestniczących w programie, u których wykazano wzrost wiedzy dotyczącej czynników nadwagi i otyłości (na podstawie analizy testów przeprowadzonych przed oraz po udzielonym wsparciu)” czy „liczba wydanych zaleceń dalszej diagnostyki dziecka w ramach NFZ”, odnosi się bardziej do oceny efektywności.

Ocena jakości świadczeń prowadzona będzie w oparciu o anonimowe ankiety. Kwestionariusze zostaną przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Powyższe działania nie budzą zastrzeżeń.

Ewaluacja programu, będzie przeprowadzana poprzez analizę: „liczby dzieci, u których zdiagnozowano nadwagę i otyłość (nieprawidłowy wskaźnik BMI)” oraz „liczby dzieci z prawidłowym wskaźnikiem BMI”. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie. W ramach ewaluacji zakłada się, że zostanie dokonana ocena efektywności programu oraz trwałości jego rezultatów, a do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. W zakresie oceny efektywności należy także uwzględnić uwagi przytoczone dla celów i mierników efektywności.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu.

W projekcie odniesiono się do informacji nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych, a także do sposobu zakończenia udziału w programie.

W projekcie wskazano, że realizator programu wybrany zostanie w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W opiniowanym programie wskazano, że do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów jak: lokalne media, jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucje wsparcia społecznego, a także kościoły parafialne.

W ocenianym dokumencie wskazuje się okres realizacji programu lata 2021-2025 z możliwością kontynuacji w latach następnych. Należy jednak zaznaczyć, że projekcie zapisano, także iż „program zakłada trzyletni okres realizacji. Jeżeli w trakcie trwania programu Instytucja Zarządzająca zmieni poziom finansowania lub też zmieni się koszty składowych w interwencji, automatycznie wpłynie to na liczbę osób w nim uczestniczących”. Istnieje zatem niejasność w omawianym zakresie, co wymaga wyjaśnienia i skorygowania.

W projekcie programu przedstawiono koszty jednostkowe poszczególnych interwencji, koszty organizacyjne, monitorowania i ewaluacji. W programie występuje jednak nieścisłość, ponieważ podane są dwie różne kwoty dotyczące kosztu dla wykładów edukacyjnych dla rodziców 1 500 zł/wykład i 1 000 zł/wykład, wymaga to wyjaśnienia i skorygowania.

Całkowity koszt programu oszacował na 499 664 zł (ok. 299 932,80 zł rocznie).

Program będzie finansowany ze środków budżetu Miasta Zielonka.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Według 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. U osób dorosłych 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 finansowania działań związanych z profilaktyką i edukacją prozdrowotną.

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 (UE);
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE 2017, 2015a, 2015b (Wielka Brytania);
- U.S. Preventive Service Task Force – USPSTF 2017 (Stany Zjednoczone);
- World Health Organization – WHO 2017;
- New Zealand Ministry of Health – MoH NZ 2016 (Nowa Zelandia);
- Canadian Task Force on Preventive Health Care – CTFPHC 2015 (Kanada).

Narzędzia służące diagnozowaniu nadwagi i otyłości:

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

Definiowanie oraz kryteria stwierdzenia nadwagi i otyłości:

- Rozpoznawanie nadwagi – wartość BMI w zakresie: >97 centyla (ISPED, ISP 2018); 90-97 centyla dla płci i wieku (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018); ≥85 centyla dla wieku i płci (APA 2018, ES 2017); >85 centyla (CTFPHC 2015);
- Rozpoznawanie otyłości – wartość BMI w zakresie: >97. centyla dla wieku i płci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, CTFPHC 2015); ≥95 centyla dla wieku i płci (APA 2018, ES 2017, USPSTF 2017, AAFP 2017); >98. centyla dla wieku i płci (MoH NZ 2016); >99. centyla dla wieku i płci – ciężka otyłość (ISPED, ISP 2018).
- Sugeruje się wyliczenie oraz ocenę wartości BMI dziecka/nastolatka przynajmniej raz w roku (ES 2017, MoH NZ 2016).
- Każde dziecko z BMI ≥85. centyla powinno być monitorowane m.in. pod względem powikłań nadwagi lub otyłości (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, ES 2017).

W odnalezionych dowodach wtórnych (przeglądy systematyczne z metaanalizami: *Simmonds 2016, Simmonds 2015, Javed 2014*) wskazuje się na zróżnicowaną czułość i swoistość BMI w odniesieniu zarówno do nadwagi (czułość: 19%-94%, swoistość: 82%-100%) jak i otyłości (czułość: 23%-96%, swoistość: 89,4%-100%).

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

Dieta

Rekomenduje się, aby dziecko w każdym okresie życia spożywało 3-5 posiłków o stałych porach, w tym codziennie śniadania (przy jednoczesnym braku podjadania między posiłkami). Zalecenia żywieniowe dotyczące zapobiegania rozwojowi nadwagi i otyłości wśród dzieci od momentu urodzenia oraz u dzieci po 1. roku życia są takie same, jak zalecenia żywieniowe dotyczące prawidłowego rozwoju i wzrastania zdrowych dzieci i młodzieży. Należy: 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 niedostarczanie 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 (NICE 2015b).

Aktywność fizyczna

W zapobieganiu rozwojowi nadwagi i otyłości bardzo ważną rolę odgrywa kształtowanie właściwych nawyków związanych z aktywnością fizyczną. Optymalny czas poświęcany na aktywność fizyczną wynosi 60 minut; rekomendacje wskazują, że aktywność ta powinna być podejmowana codziennie lub niemal codziennie (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, ES 2017, MoH NZ 2016). Szczególnie zalecane formy ruchu to: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie. (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, ISPED, ISP 2018). Zwiększenie poziomu aktywności fizycznej można osiągnąć od 2-3 r.ż. poprzez aktywną zabawę, spacer, korzystanie z roweru trójkołowego i po 5-6 r.ż., promując także udział w zajęciach sportowych 2/3 razy w tygodniu (ISPED, ISP 2018). Interwencje ukierunkowane na zwiększenie poziomu aktywności fizycznej powinny skupiać się na działaniach, które łatwo wdrożyć w codziennym życiu (np. poruszanie się pieszo). Powinny być one dostosowane do indywidualnych preferencji, warunków życia, a ich celem powinna być poprawa wiary ludzi w ich zdolność do zmiany (np. przez perswazję werbalną, modelowanie zachowań związanych z podejmowaną aktywnością fizyczną, omawianie pozytywnych efektów) (NICE 2015a). Rekomenduje się zbilansowanie związane z rozwojem technologicznym wydłużającego się czasu spędzanego przed ekranami przez dzieci i młodzież zwiększoną aktywnością fizyczną (ES 2017). Czas spędzany przed ekranami nie powinien przekraczać 2 godzin dziennie w odniesieniu do dzieci >2 . r.ż. (MQIC 2018a, MQIC 2018b, ISPED, ISP 2018, ES 2017, NICE 2015b). Odradza się oglądanie TV i gry elektroniczne dzieciom (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), a także pediatrów, psychologów oraz specjalistów w dziedzinie zdrowia i promowania aktywności fizycznej (ISPED, ISP 2018).

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

Działania o charakterze informacyjnym oraz interwencje ukierunkowane na podnoszenie świadomości powinny być realizowane jako część długoterminowej, multikomponentowej interwencji, a nie w formie jednorazowych działań (powinno 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 kuszących produktów spożywczych, ograniczenie czasu spędzanego przed ekranami) (USPSTF 2017, AAFP 2017);
- w przypadku dzieci oraz młodzieży w przedziale wiekowym 2-18 lat z nadwagą lub otyłością silnie rekomenduje się przeprowadzenie multikomponentowych interwencji behawioralnych kierowanych do rodziny, 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 wyliczenie 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 spożycia 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 r.ż., 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 (u osób dorosłych ze wskaźnikiem 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 miesiącach 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 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.109.2021 „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Miasta Zielonka”, data ukończenia: grudzień 2021 oraz raportu nr OT.423.2.2018 „Profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci i młodzieży w ramach programów polityki zdrowotnej” z kwietnia 2019 r oraz opinii Rady Przejrzystości nr 183/2021 z dnia 20 grudnia 2021 roku o projekcie programu „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Miasta Zielonka”