



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 1/2022 z dnia 14 stycznia 2022 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów
uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Gminy Dywity”

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

Uzasadnienie

Program polityki zdrowotnej dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim jest nadwaga i otyłość wśród dzieci w wieku szkolnym. Podstawowym argumentem za opinią pozytywną jest zaplanowanie działań w sposób zgodny z zaleceniami rekomendacji towarzystw naukowych. Nadwaga i otyłość u dzieci będą stwierdzane z wykorzystaniem siatek centylowych BMI, co jest podejściem prawidłowym. W ramach terapii nadwagi i otyłości zaplanowano realizację interwencji multikomponentowej obejmującej co najmniej 26 godzin kontaktowych, na którą składają się m.in. zajęcia ruchowe, konsultacje dietetyczne, konsultacje psychologiczne i konsultacje lekarskie. Cele i mierniki efektywności zostały sformułowane w sposób, który może pozwolić na ocenę skuteczności programu. Niemniej w celu uzyskania jak najlepszej jakości programu polityki zdrowotnej należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, dotyczące doprecyzowania zapisów, w szczególności w odniesieniu do celów i mierników oraz populacji docelowej.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez gminę Dywity, zakładający przeprowadzenie działań edukacyjnych oraz interwencji multikomponentowej, w tym: konsultacje lekarskie, dietetyczne, psychologiczne oraz zajęcia ruchowe. Program ma być realizowany w latach 2022-2024. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na 108 000 zł. Program finansowany będzie z budżetu gminy Dywity.

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. Podano definicję, czynniki ryzyka oraz powikłania otyłości. Wskazano na BMI jako wskaźnik właściwy dla diagnozy nadwagi i otyłości.

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

W projekcie przedstawiono sytuację epidemiologiczną. Przytoczono dane światowe, ogólnopolskie oraz regionalne dotyczące występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci. W projekcie powołano się na dane WHO (World Health Organization) i Imperial College London, IOTF (International Obesity Task Force), UNICEF (United Nations Children's Fund), NIZP PZH-PIB, HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) oraz NIK. Podano, że „według danych Instytutu Żywności i Żywienia za 2013 rok w woj. warmińsko-mazurskim zamieszkuje 21,4% dzieci w wieku szkolnym borykających się z nadwagą lub otyłością”.

W projekcie odniesiono się do MPZ z danymi za rok 2016. W MPZ na lata 2022-2026 w ramach rekomendowanych kierunków działań dla województwa warmińsko-mazurskiego wskazano, że „należy wzmocnić działania profilaktyczne, edukacyjne, które realizowane będą przez pielęgniarkę i lekarza POZ we współpracy z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania”. Podkreślono również, że „należy dążyć do wzmacniania roli członków rodziny we wdrażaniu nawyków prozdrowotnych i promocji zdrowia”.

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 50% uczniów klas 0-VIII uczęszczających w interwencji, uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Gminy Dywity, w latach 2022-2024”. 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. Zaproponowane brzmienie celu głównego spełnia powyższe kryteria. Projekt warto uzupełnić o uzasadnienie dla podanej wartości docelowej.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) „*zdiagnozowanie potrzeb zdrowotnych min. 50% populacji dzieci uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Gminy Dywity w latach 2022-2024*”;
- (2) „*uczestnictwo w programie około 50% uczniów szkół podstawowych z terenu Gminy Dywity w latach 2022-2024*”;
- (3) „*wzrost o co najmniej 30% stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu aktywności fizycznej przez dzieci i rodziców/opiekunów zamieszkujących na terenie Gminy Dywity, uczestników programu, w efekcie odbytych zajęć z edukacji zdrowotnej, w latach 2022-2024*”;
- (4) „*wzrost poziomu wiedzy u co najmniej 30% uczniów, ich rodziców/opiekunów/nauczycieli zamieszkujących na terenie Gminy Dywity, uczestniczących w programie, w zakresie znaczenia zdrowego odżywiania dla zdrowia całego organizmu oraz konsekwencji nadwagi i otyłości, w latach 2023-2024*”;
- (5) „*wzrost poziomu wiedzy u co najmniej 30% pracowników kuchni/stołówek uczestniczących w programie, w zakresie znaczenia zdrowego odżywiania dla zdrowia całego organizmu oraz konsekwencji nadwagi i otyłości, w latach 2023-2024*”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego.

Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. Cel szczegółowy nr 1 dotyczący zdiagnozowania potrzeb zdrowotnych jest zbyt ogólny i nie odnosi się bezpośrednio do efektu zdrowotnego. Ponadto analiza potrzeb zdrowotnych powinna odbywać się na etapie wstępnym planowania PPZ, a nie w trakcie jego trwania. Cel nr 2 został sformułowany w sposób niepoprawny, w postaci działania. Jego brzmienie warto skorygować. W odniesieniu do celu nr 3, 4 oraz 5 dot. stosowania zachowań prozdrowotnych oraz wzrostu wiedzy, w projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre-testów i post-testów z ww. zakresów tematycznych, co umożliwi sprawdzenie stopnia realizacji celów. Dla żadnego z celów szczegółowych nie wskazano uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych, co warto jest uzupełnić.

W treści projektu programu zaproponowano następujące 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 score – na podstawie danych uzyskanych podczas pomiarów antropometrycznych wykonywanych przez realizatora”;
- (4) „liczba uczniów, ich rodziców/opiekunów/nauczycieli, którzy poszerzyli wiedzę, biorąc udział w działaniach na rzecz znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia całego organizmu”;
- (5) „liczba pracowników kuchni/stołówek, 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. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Miernik nr 1 został sformułowany nieprawidłowo, a swoją konstrukcją bardziej przypomina działanie podejmowane w ramach programu. Wskaźnik nr 2 nie odnosi się bezpośrednio do celów programu, jednak może zostać wykorzystany podczas ewaluacji. Miernik nr 3 odnosi się do założenia głównego dot. zmniejszenia częstości występowania nadmiaru masy ciała. W kontekście wzrostu poziomu wiedzy, miernik nr 4 odnosi się do celu szczegółowego nr 4, natomiast miernik nr 5 odnosi się do celu szczegółowego nr 5. Nie zaproponowano miernika do 3 celu szczegółowego, co należy uzupełnić.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią będą dzieci uczęszczające do klas 0-VIII szkół podstawowych z terenu gminy Dywity wraz z ich rodzicami/opiekunami prawnymi, wychowawcy/nauczyciele szkolni oraz pracownicy kuchni/osoby przygotowujące/wydające posiłki. Do działań informacyjno-edukacyjnych zaplanowano włączenie rodziców/opiekunów prawnych dzieci (ok. 947 osób), wychowawców/nauczycieli szkolnych (ok. 70 osób) oraz pracowników kuchni/osób przygotowujących/wydających posiłki (ok. 20 osób). W projekcie wskazano, że liczebność uczniów w poszczególnych szkołach w Gminie Dywity wynosi 1 054 dzieci (uczęszczających do 59 klas z 4 szkół), jednak zakładając zgłaszalność do programu na poziomie 80%, określono planowaną populację docelową na poziomie ok. 1 023 uczniów, w ciągu 3 lat realizacji programu w zakresie działań edukacyjnych i diagnostycznych. Wskazana liczba uczniów (ok. 1 023) wynika z oszacowań dot. przyrostu liczby uczniów klas 0-I, które będą włączone do programu w kolejnych latach (80% z 75 osób rocznie, co daje 180 dodatkowych osób w ciągu 3 lat trwania PPZ). Należy jednak zaznaczyć, że w części dot. budżetu przyjęte założenia wskazują, że działania te będą prowadzone dla 50% osób z ww. populacji, tj. 512 uczniów. Zapisy warto jest poddać weryfikacji i nanieść ewentualne korekty. Z kolei z lekarskiej oceny kwalifikacyjnej założono, że skorzysta „połowa z połowy z 80% zakładanej

populacji” tj. 265 osób. Natomiast do działań terapeutycznych jakimi są interwencje multikomponentowe zaplanowano włączenie dzieci ze stwierdzoną nadwagą (BMI ≥ 85 centyla) lub otyłością (BMI ≥ 95 centyla). Liczebność tej populacji określono na poziomie 22% uczniów włączonych do programu, tj. 225 osób. Jednak ze względu na ograniczenia budżetowe, grupa ta ma stanowić ok. 20% ze wskazanych 225 osób, tj. ok. 45 dzieci w czasie trwania 3-letniego programu.

Kryteriami kwalifikacji do części edukacyjnej i diagnostycznej programu będą: status ucznia szkoły podstawowej znajdującej się na terenie gminy Dywity, podpisanie przez rodzica/opiekuna uczestnika programu druku świadomej zgody na udział dziecka w programie oraz brak stałych lub czasowych przeciwwskazań dyskwalifikujących udział w programie. Kryterium kwalifikacji do części terapeutycznej, tj. wsparcia multidyscyplinarnego, oprócz tych wskazanych powyżej, będzie zdiagnozowanie nadwagi (BMI ≥ 85 centyla) lub otyłości (BMI ≥ 95 centyla). Kryteriami wykluczenia z programu będą: brak statusu ucznia szkoły podstawowej znajdującej się na terenie gminy Dywity, brak pisemnej zgody rodzica/opiekuna na udział w programie, brak współpracy rodzica/opiekuna dziecka włączonego w ramach programu w zakresie przekazywania niezbędnych danych (wzrost, waga, BMI) realizatorowi, po pierwszym cyklu interwencji oraz wcześniejsze objęcie dziecka specjalistyczną opieką lekarską w ramach NFZ. Zapisy nie budzą zastrzeżeń.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano działania edukacyjne dla dzieci, ich rodziców/opiekunów prawnych, wychowawców/nauczycieli szkolnych oraz pracowników kuchni/osób przygotowujących/wydających posiłki. Przeprowadzone zostaną również działania kwalifikacyjne i diagnostyczne, w ramach których będą wykonane pomiary antropometryczne i określony zostanie wskaźnik BMI korygowany do wieku ucznia, a także ocena lekarska i kwalifikacja do działań terapeutycznych. Zaplanowana w projekcie interwencja multikomponentowa obejmować będzie badania lekarskie, konsultacje dietetyczne, konsultacje psychologiczne oraz zajęcia ruchowe.

Działania edukacyjne dla uczniów klas 0-III oraz IV-VIII

Edukacja zdrowotna dla uczniów będzie przeprowadzona w podziale na klasy 0-III oraz IV-VIII. Dla dzieci młodszych (klasy 0-III) odbywać będzie się w formie ukierunkowanej na zabawy, pogadanki, aktywizację dzieci, w oparciu o pakiety edukacyjne. Zajęcia te realizowane będą w czasie zajęć w szkole. Szczególna uwaga ma zostać zwrócona na wiedzę o zagrożeniach związanych z otyłością. Interwencje skupią się na działaniach z zakresu profilaktyki pierwotnej i będą polegały na promowaniu właściwych zachowań oraz wpajaniu prostych nawyków wśród dzieci, np. unikanie słodczy, wysoko słodzonych napojów, informacje dotyczące odpowiedniego jakościowo i ilościowo żywienia. Zakres treści, forma i sposób przekazu będą dostosowane do wieku i percepcji dzieci.

W przypadku dzieci z klas IV-VIII planowane jest wzmocnienie prozdrowotnych postaw u dzieci. Podczas spotkań uczestnicy będą poszerzali wiedzę dotyczącą prawidłowego żywienia i ogólnie pojętego zdrowego stylu życia. W projekcie wskazano, że działania z zakresu edukacji zdrowotnej mogą być prowadzone w formie wykładów, warsztatów, pogadanek i dyskusji, zabaw lub innych form. Natomiast forma ww. działań będzie dostosowana do wieku uczestników, mając na celu maksymalne zainteresowanie i zaktywizowanie grupy docelowej. Podkreślono również zasadność wprowadzenia elementu praktycznego tj. „wspólnego przygotowywania II śniadania w formie warsztatów lub pokazu z udziałem uczniów”. W projekcie podkreślono, aby w miarę potrzeb lub konieczności realizator zapewnił realizację edukacji w formie zdalnej/on-line wykorzystując kanały i narzędzia umożliwiające dwukierunkowy przekaz pomiędzy prowadzącym, a uczestnikami zajęć. Czas działań edukacyjnych dla dzieci wyniesie 3 godziny (4 godziny lekcyjne) 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 dla rodziców/opiekunów oraz pracowników szkół

Działania edukacyjne dla 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. W przypadku nauczycieli wskazano, że będą oni mogli m.in. uzupełnić swoją wiedzę w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej, która powinna być realizowana na godzinach wychowawczych czy zajęciach wychowania fizycznego. Podkreślono, że czas spotkań powinien być adekwatny do ilości treści przekazywanych uczestnikom. W projekcie przyjęto, że czas wykładów wyniesie 90 minut w ciągu semestru (co najmniej 2 spotkania po 45 minut). Podobnie jak w przypadku zajęć dla dzieci, podkreślono również, aby w miarę potrzeb lub konieczności realizator zapewnił realizację edukacji w formie zdalnej/on-line wykorzystując kanały i narzędzia umożliwiające dwukierunkowy przekaz pomiędzy prowadzącym, a uczestnikami zajęć. Wskazano, że podczas działań edukacyjnych realizatorzy mogą wykorzystać własne materiały poglądowe, opracowane na podstawie wiarygodnych i rzetelnych źródeł naukowych oraz mogą posiłkować się np. ulotkami lub broszurami stworzonymi przez towarzystwa naukowe, fundacje i podobne podmioty. Podczas działań edukacyjnych dla rodziców i wychowawców odbędzie się test sprawdzający poziom wiedzy uczestników (pre-test i post-test). Podkreślono, że test może być udostępniony w formie papierowej lub za pomocą e-platformy testowej umożliwiającej tę formę sprawdzania wiedzy. Przeprowadzenie wykładów edukacyjnych dla ww. uczestników może odbyć się również w placówkach opieki zdrowotnej, czy też w „instytucjach kultury”. Uczestnikom programu będą przekazywane podstawowe informacje dotyczące założeń programu, zachęcenia rodzica/opiekuna do wzięcia udziału oraz wyrażenie pisemnej zgody na udział dziecka. Wskazano, że zajęcia przeznaczone są dla wszystkich osób chętnych z grupy docelowej, spełniającej kryteria włączenia i nie zostaną ograniczone minimalną ani maksymalną liczbą uczestników.

W przypadku pracowników stołówek szkolnych, celem podejmowanych działań jest uzyskanie i utrzymanie prawidłowej masy ciała u uczniów poprzez wdrożenie zasad odpowiedniego żywienia zbiorowego w placówkach oświatowych. Wskazano, że w trakcie działań powinny zostać omówione kwestie dotyczące m.in. warunków żywienia uczniów w tym stanu sanitarnego kuchni i jadalni, zapewnienia higieny przygotowywania i podawania posiłków, omówienia bezpieczeństwa przygotowywanego posiłku na podstawie badania mikrobiologicznego pobranych próbek, oceny i weryfikacji jadłospisów wraz z oceną kaloryczności, wartości odżywczej oraz urozmaicenia posiłków uczniów. Zajęcia edukacyjne mają być przeznaczone dla pracowników stołówek, administracji/dyrekcji szkół z terenu gminy Dywity oraz będą trwały 5 godz. zegarowych co najmniej 2 razy w ciągu roku szkolnego.

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

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 talii dzieci – (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 i diagnostyczne

Rodzic/opiekun otrzyma do wypełnienia krótki wywiad kwestionariuszowy, a następnie wykonane zostaną pomiary antropometryczne dziecka (pomiar masy ciała i wzrostu dzieci oraz określenie wskaźnika BMI wg siatek centylowych). Na podstawie faktycznie uzyskanych wyników każdy uczestnik powinien mieć obliczone aktualne wartości wskaźników: BMI (ang. *body-mass index*). W przypadku, gdy rodzic chce wykonać pomiary samodzielnie w warunkach domowych (np. przy edukacji realizowanej w formie zdalnej), edukator powinien wyczerpująco przedstawić zasady prawidłowego wykonywania pomiarów antropometrycznych, ze szczególnym uwzględnieniem czynników zmniejszających precyzję pomiaru, omówić często popełniane przy pomiarach błędy, a także odnieść się do dostępnych w warunkach domowych narzędzi pomiarowych (np. centymetr krawiecki, waga łazienkowa). Nadwaga lub otyłość rozpoznane będą na podstawie BMI w oparciu o siatki centylowe. Dla nadwagi jest to BMI w zakresie ≥ 85 centyla dla wieku i płci, natomiast dla otyłości zakresie ≥ 95 centyla dla wieku i płci.

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

W 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). Kryteria zaproponowane w projekcie są zgodne z wytycznymi APA 2018.

W projekcie wskazano, że „badaniu przedmiotowemu ma towarzyszyć przeprowadzenie pogłębionego wywiadu w kierunku obciążenia ryzykiem chorób metabolicznych”. Wywiad ma zostać przeprowadzony np. przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną, fizjoterapeutę/nauczyciela wychowania fizycznego lub studenta uczelni medycznej. Zapis budzi zastrzeżenia, gdyż nauczyciel wychowania fizycznego i student uczelni medycznej nie są osobami wykonującymi zawody medyczne.

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).

Następnie po pomiarach każdy rodzic/opiekun dziecka zostanie skierowany do lekarza, który poinformuje o uzyskanych wynikach. W projekcie podkreślono, że „badanie lekarskie musi wykonywać lekarz specjalista w zakresie chorób dziecięcych i/lub chorób metabolicznych z aktualnym prawem wykonywania zawodu”. W programie zaplanowano przekazanie wyników rodzicom/opiekunom dzieci w formie pisemnej wraz z adnotacją o konieczności przekazania ich do pediatry opiekującego się dzieckiem w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. W przypadku gdy wyniki pomiarów nie kwalifikują ucznia do włączenia do części terapeutycznej na tym kończy się jego uczestnictwo w programie. Rodzic i uczeń w takim przypadku zostaje poinformowany o zasadach postępowania w celu utrzymania właściwej masy ciała, poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety,

której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu, a także ocenia jakość świadczeń i udzielonego wsparcia, a następnie kończy udział w programie. Natomiast jeżeli wyniki pomiarów wskażą, że rozpoznano nadwagę lub otyłość, uczeń będzie mógł skorzystać z kolejnego etapu programu jakim są działania terapeutyczne, tj. interwencja multikomponentowa.

Działania terapeutyczne

Działania w ramach tego etapu powinny trwać minimum 12 tygodni. Liczba kursów zrealizowanych przez ucznia zależy będzie od dostępności miejsc i możliwości organizacyjnych realizatora.

W ramach programu przewidziane są min. 3 badania lekarskie (początkowe, w połowie interwencji oraz końcowe). W projekcie wskazano, że powinno ono zostać wykonane przez lekarza specjalistę w zakresie chorób dziecięcych i/lub chorób metabolicznych z aktualnym prawem wykonywania zawodu. Podkreślono, 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 ponownie zostanie wykonany pomiar masy ciała uczestnika w kilogramach. Kolejne spotkania mają za zadanie zweryfikować efektywność prowadzonych w ramach programu działań oraz „w razie konieczności interwencja oraz cele jakie ma osiągnąć uczestnik powinny zostać dostosowane do możliwości oraz stanu zdrowia uczestnika programu”. Badanie końcowe będzie miało na celu ocenić, czy zostały osiągnięte założone cele, tj. „czy nastąpiło zmniejszenie masy ciała uczestnika, mierzonej w kilogramach, o co najmniej 3 centyle” oraz przekazane zostaną indywidualne zalecenia do postępowania po zakończeniu udziału w programie. Podkreślono również, że „indywidualne zalecenia muszą być efektem pracy specjalistów udzielających interwencji w ramach programu”. W projekcie wskazano, że ww. zalecenia będą przygotowywane w formie pisemnej. Podczas badania końcowego realizator ma poinformować uczestnika programu lub/i jego opiekuna, że program zakłada zbieranie danych od uczestników programu w terminie 6 i 12 miesięcy od przeprowadzenia badania. Ww. dane „będą dotyczyć wartości masy ciała i wzrostu (lub wskaźnika BMI) uczestnika programu oraz stosowania się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie”.

Konsultacje dietetyczne

Zaplanowano przeprowadzenie co najmniej 3 indywidualnych spotkań dla każdego uczestnika programu, które będą prowadzone w formie spotkań osobistych lub 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 zaznaczono, że „na podstawie szczegółowego wywiadu żywieniowego i zdrowotnego (z uwzględnieniem upodobań kulinarnych i stylu życia) zostaną opracowane zalecenia żywieniowe dopasowane do uczestnika programu”. Każdy uczestnik programu otrzyma wskazania dietetyczne, które również zostaną przekazane w formie kopii dla rodzica/opiekuna. Podkreślono, że wskazane jest uczestnictwo rodzica/opiekuna w indywidualnych poradach dietetycznych. Porady dietetyczne będą udzielane przez osobę, która posiada ukończone studia I lub II stopnia na kierunku dietetyka, lub wykształcenie pokrewne z zakresu żywienia człowieka.

Pierwsza konsultacja polegać będzie na zebraniu szczegółowych informacji o uczestniku: wieku, chorobach, ogólnym samopoczuciu, trybie życia, nawykach żywieniowych, aktywności fizycznej i innych, które dietetyk uwzględni w wywiadzie. Dokonane zostaną ponowne pomiary antropometryczne. Podczas konsultacji zostaną z uczestnikiem ustalone cele tj. „zmiana nawyków żywieniowych, redukcja masy ciała, możliwość opracowania specjalnego jadłospisu, stosowanie określonych modeli żywieniowych, m.in. diety DASH lub diety śródziemnomorskiej”. Podkreślono także, że „należy wskazywać na artykuły spożywcze faktycznie dostępne dla rodziców i uczniów, w tym uwzględnić ewentualne restrykcje pokarmowe (np. alergie, nietolerancje), należy uwzględnić sezonową dostępność owoców i warzyw oraz zaplanować zwiększenie aktywności fizycznej”. Należy podkreślić, że przeprowadzenie wywiadu oraz pomiary antropometryczne zaplanowano również w ramach kwalifikacji do programu. Powyższe działania w znacznej części stanowią powtórzenie poprzedniego etapu programu.

Kolejne konsultacje będą miały na celu monitorowanie efektów wprowadzonych zmian oraz podtrzymanie zmian wcześniej zaleconych. W przypadku kolejnych konsultacji przeprowadzony zostanie wywiad obejmujący takie informacje jak: „ogólne samopoczucie, pomiary antropometryczne, efekty wprowadzonych zmian dotyczących żywienia i aktywności fizycznej oraz ewentualne problemy związane z wprowadzeniem zaleceń, z którymi zetknął się uczestnik”. W projekcie zaznaczono, że należy omówić efekty wprowadzonych zmian i ewentualnie zmodyfikować plan działań. Warto podkreślić, że wskaźnik BMI będzie mierzony na etapie kwalifikacji do programu, na zakończenie oraz na każdej konsultacji dietetycznej. Wnioskodawca zaznacza, że „zalecany jest pomiar BMI, w cyklu 0-3-6-12 tydzień realizacji programu”.

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 (ISPED, ISP 2018), co zostało uwzględnione w projekcie.

Konsultacje psychologiczne

Konsultacje psychologiczne będą skierowane do dzieci i ich 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”. Zgodnie z informacjami zawartymi w części dot. budżetu, program zakłada przeprowadzenie jednej konsultacji dla uczestnika. W projekcie wskazano, że ww. zajęcia prowadzone będą przez psychiatrę, psychologa lub terapeutę (w tym behawioralnego). Nie odniesiono się do czasu trwania ww. konsultacji.

Zajęcia ruchowe

W ramach konsultacji z zakresu aktywności fizycznej, przeprowadzone zostaną zajęcia w kierunku zapoznania uczestników z rodzajami ćwiczeń, które pozwalają zmniejszyć masę ciała oraz rozwinąć potrzebę podejmowania aktywności fizycznej. Zajęcia prowadzone będą przez „wykwalifikowany personel zajmujący się aktywnością fizyczną, np. rehabilitant, fizjoterapeuta, nauczyciel WF, trener sportowy/personalny, student/absolwent AWF”. Zajęcia z aktywności fizycznej odbywać się będą co najmniej 2 razy w tygodniu, co najmniej 75 minut przez cały okres uczestniczenia w projekcie. Wskazano, że „prowadzący powinni wybrać odpowiednie zestawy ćwiczeń, tak, aby mogły być one realizowane zarówno na sali ćwiczeń, jak również kontynuowane przez uczestników w warunkach środowiska domowego”. W projekcie rekomendowane są zajęcia ogólnousprawniające w zależności od możliwości i dostępności, np. na basenie, na sali gimnastycznej, na świeżym powietrzu oraz ćwiczenia aerobowe połączone z ćwiczeniami oporowymi. Formy aktywności fizycznej mają zostać 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, tj. „jazda na rowerze, szybki chód, nadzorowane programy ćwiczeń. Zalecane będzie promowanie ograniczenia biernych aktywności, przede wszystkim oglądania telewizji i korzystania z komputera. Interwencja może być realizowana w formie zajęć grupowych lub indywidualnych”. W projekcie przedstawiono przykłady aerobowych i oporowych aktywności dla otyłych dzieci.

W ramach aktywności fizycznej, w rekomendacjach 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 (ISPED, ISP 2018), co zostało uwzględnione w projekcie.

Na podstawie odnalezionych dowodów zaleca się realizację interwencji multikomponentowych, mających na celu redukcję masy ciała i wypracowanie odpowiednich nawyków (m.in. żywieniowych i w zakresie aktywności fizycznej), które umożliwią utrzymanie uzyskanych rezultatów. Interwencje te powinny obejmować w sumie minimum 26 godzin kontaktowych (APA 2018, MQIC 2018b, ES 2017, USPSTF 2017, AAFP 2017). Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami/dowodami skuteczności w odniesieniu do zapobiegania wystąpienia nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży, wymienia się działania obejmujące właściwą dietę, odpowiedni poziom aktywności fizycznej, działania edukacyjne oraz odpowiednią ilość snu. Ponadto, w zaleceniach podkreśla się konieczność zaangażowania szkół w realizację interwencji prewencyjnych. Wszystkie działania ukierunkowane na zapobieganie nadmiernemu przyrostowi masy ciała, poprawę diety oraz poziomu aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży powinny aktywnie angażować ich rodziców oraz opiekunów (ES 2017, MoH NZ 2016, NICE 2015a, NICE 2015b). W przeglądzie systematycznym z metaanalizą Specchia 2018, oceniano wpływ wysoce zintegrowanych programów prewencyjnych realizowanych wśród osób <18 r.ż., na występowanie nadwagi i/lub otyłości. Wykazano statystycznie istotne różnice w zakresie występowania nadwagi/otyłości u uczestników ww. programów w porównaniu z grupami kontrolnymi. W rekomendacjach/wytycznych zaleca się wdrożenie zintensyfikowanych, kompleksowych, multikomponentowych interwencji behawioralnych, mających na celu redukcję masy ciała (APA 2018, USPSTF 2017, AAFP 2017). Na podstawie wyników metaanaliz RCT (Al-Khudairy 2017, Elvsaas 2017, Mead 2017) można wnioskować, że multikomponentowe interwencje, obejmujące terapię behawioralną, komponent żywieniowy i/lub aktywności fizycznej wpływają na redukcję wskaźników związanych z masą ciała (waga, BMI, BMI z-score) w populacji dzieci i młodzieży (powyżej 2 r.ż.). Zaproponowane w PPZ działania obejmują zalecanych 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), co zostało uwzględnione w projekcie.

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 ramach monitorowania mają być gromadzone dane dotyczące zarówno realizacji jak i wymaganych dla oceny efektywności, co jest podejściem prawidłowym.

Ocena jakości świadczeń prowadzona będzie w oparciu o anonimowe ankiety. Następnie kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Zapisy nie budzą zastrzeżeń.

Ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym etapem będzie rekrutacja uczestników. Następnie zaplanowano działania edukacyjne dla dzieci, ich rodziców/opiekunów, wychowawców oraz pracowników stołówek szkolnych. Kolejnym etapem są interwencje multikomponentowe składające się z konsultacji lekarskiej, konsultacji dietetycznej, konsultacji psychologicznej oraz zajęć ruchowych. Ostatnim etapem będzie przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu wraz z ewaluacją.

W projekcie odniesiono się do wymogów w zakresie personelu, wyposażenia i warunków lokalowych, co jest podejściem poprawnym.

Akcja informacyjna ma być prowadzona ze wsparciem podmiotów jak: lokalne media, jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze oraz inne instytucje wsparcia społecznego, a także kościoły parafialne. Zapisy nie budzą zastrzeżeń.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

W projekcie programu przedstawiono koszty jednostkowe poszczególnych interwencji: 2,5 zł/os – koszt badania antropometrycznego z wyliczeniem BMI, 80 zł/os – koszt lekarskiego badania kwalifikującego, 100 zł/os – koszt badania lekarskiego, 80 zł/os – koszty konsultacji dietetycznej, 100 zł/os – koszt konsultacji psychologicznej, 15 zł/os – koszt zajęć ruchowych grupowych dla uczniów, 5 zł/os – koszt działań edukacyjnych dla uczniów, 750 zł/wykład – koszt działań edukacyjnych dla rodziców/opiekunów/nauczycieli, 1 250 zł/wykład – koszt działań edukacyjnych dla pracowników stołówek/kuchni. Koszty organizacyjne, w tym: koszt akcji informacyjnej, koszty administracyjno-biurowe, wydruki ankiet, usługi kurierskie, transport materiałów, zaprojektowanie i przygotowanie ulotek w ramach kampanii informacyjnej oraz plakatów informacyjnych, koszty marketingu, zaprojektowanie i utrzymanie zakładki na stronie internetowej dedykowanej programowi (przygotowanie grafiki, treści, informacji w serwisie), przygotowanie wniosków aplikacyjnych i opracowanie sposobu rekrutacji uczestników oraz koszty monitorowania i ewaluacji oszacowano na 1 500 zł/rok.

Całkowity koszt programu oszacowano na 108 000 zł.

Program będzie finansowany ze środków budżetu gminy Dywity.

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 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).

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);
- 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: 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 70 g 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. 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 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 związanego 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 uczył 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 (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.

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).

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/m^2 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).

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 czynniki warunkujące zdrowie: zapewnienie dostępu do niedrogiej, zdrowszej żywności i napojów, przestrzeni zielonej oraz obiektów zachęcających do podejmowania aktywności fizycznej; skierowanie szerokiego zakresu działań zarówno do osób dorosłych, jak i dzieci i młodzieży; świadczenie usług z zakresu kontroli masy ciała dorosłym, dzieciom (całym rodzinom); świadczenie usług w zakresie leczenia otyłości (NICE 2017).

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.431.112.2021 pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Gminy Dywity” realizowany przez: gminę Dywity, Warszawa, styczeń 2022; 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 1/2022 z dnia 10 stycznia 2022 roku o projekcie programu „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Gminy Dywity”.