



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 13/2022 z dnia 18 marca 2022 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci
klas III szkół podstawowych w Mieście Lubliniec oraz wśród
mieszkańców w wieku 65+ na lata 2022-2026”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych w Mieście Lubliniec oraz wśród mieszkańców w wieku 65+ na lata 2022-2026” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Program polityki zdrowotnej dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim jest nadwaga i otyłość wśród dzieci w wieku szkolnym. Dodatkowo obejmuje populację osób dorosłych w wieku powyżej 65 roku życia. Podstawowym argumentem za opinią pozytywną jest zaplanowanie działań w sposób zgodny z zaleceniami rekomendacji towarzystw naukowych. Przewidziane do realizacji interwencje stanowią w założeniu kompleksowy program. W ramach terapii nadwagi i otyłości zaplanowano realizację interwencji multikomponentowej obejmującej co najmniej 26 godzin kontaktowych, na którą składają się m.in. działania edukacyjne, konsultacje dietetyczne, konsultacje psychologiczne i konsultacje ze specjalistą aktywności ruchowej. Nadwaga i otyłość u dzieci będą stwierdzane z wykorzystaniem siatek centylowych BMI, co jest podejściem prawidłowym. 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.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez miasto Lubliniec, zakładający przeprowadzenie działań edukacyjnych oraz interwencji multikomponentowej, w tym konsultacje dietetyczne, psychologiczne oraz z zakresu aktywności ruchowej. Program ma być realizowany w latach 2022-2026. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na 438 755 zł. Program finansowany będzie z budżetu miasta Lublińca.

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

Projekt programu zawiera wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego. Nie budzi ono zastrzeżeń.

W projekcie przedstawiono sytuację epidemiologiczną. Przytoczono dane światowe, europejskie, ogólnopolskie oraz regionalne dane dot. występowania nadwagi i otyłości. Zgodnie z przytoczonymi danymi Instytutu Żywności i Żywienia „problem nadwagi i otyłości dotyczy ogółem ok. 12-14% dzieci w Polsce i wykazuje zróżnicowanie regionalne”, natomiast „województwo śląskie zamieszkuje ok. 16,5% dzieci w wieku szkolnym borykających się z nadwagą i otyłością i jest to w skali kraju poziom niski”. Przedstawiono także dane dotyczące osób starszych – „otyłość w wieku starszym (powyżej 60 r.ż.) dotyczy w Polsce ok. 21% populacji, w tym 21,8% kobiet oraz 22,9% mężczyzn” (GUS).

W projekcie nie odniesiono się do MPZ, co warto jest uzupełnić. W MPZ na lata 2022-2026 w ramach wyzwań systemu opieki zdrowotnej dla województwa śląskiego zaznaczono, że „czynniki ryzyka takie jak: wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo, niska aktywność fizyczna, niska gęstość mineralna kości oraz wysoki indeks BMI w ostatnich latach zwiększają swój wpływ na DALY”. Z kolei w zakresie rekomendowanych kierunków działań wskazano na „podejmowanie inicjatyw upowszechniających prawidłowe żywienie, upowszechnianie w społeczeństwie wiedzy na temat zasad zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej oraz prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej”.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zmniejszenie o 5 punktów procentowych częstości występowania nadwagi i otyłości wśród zakwalifikowanych do programu dzieci uczęszczających do klas III szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Lubliniec oraz wśród osób powyżej 65 r.ż. w Mieście Lublińcu, poprzez objęcie kompleksową interwencją edukacyjno-zdrowotną”. 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) „wzrost o 30% liczby zakwalifikowanych do programu dzieci 9-letnich, uczęszczających do klas III na terenie Miasta Lublińca, u których zaobserwowano poprawę sposobu odżywiania w efekcie odbytych w latach 2022-2026 porad dietetycznych”;
- (2) „wzrost o 30% liczby zakwalifikowanych do programu dzieci 9-letnich, uczęszczających do klas III na terenie Miasta Lublińca, u których zaobserwowano poprawę aktywności fizycznej w efekcie odbytych w latach 2022-2026 zajęć ze specjalistą aktywności ruchowej”;
- (3) „poszerzenie wiedzy w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u co najmniej 30% całej populacji dzieci klas III szkół podstawowych w Mieście Lublińcu w efekcie odbytych w latach 2022-2026 zajęć z edukacji zdrowotnej”;
- (4) „poszerzenie wiedzy w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u co najmniej 30% rodziców/opiekunów prawnych całej populacji dzieci klas III szkół podstawowych w Mieście Lublińcu w efekcie odbytych w latach 2022-2026 zajęć z edukacji zdrowotnej”;
- (5) „wzrost o 30% liczby osób w wieku 65+ będących mieszkańcami Miasta Lublińca, u których zaobserwowano poprawę sposobu odżywiania w efekcie odbytych w latach 2022-2026 porad dietetycznych”;

- (6) „wzrost o 30% liczby osób w wieku 65+ będących mieszkańcami Miasta Lublińca, u których zaobserwowano poprawę aktywności fizycznej w efekcie odbytych w latach 2022-2026 zajęć ze specjalistą aktywności ruchowej”;
- (7) „poszerzenie wiedzy w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u co najmniej 30% całej populacji osób w wieku 65+ będących mieszkańcami Miasta Lublińca w efekcie odbytych w latach 2022-2026 zajęć z edukacji zdrowotnej”.

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. Cele szczegółowe nr 1 i 2 zostały sformułowane poprawnie. Warto rozważyć ewentualne uproszczenie ich brzmienia, przykładowo: „poprawa sposobu odżywiania względem stanu początkowego u co najmniej 30% uczestników interwencji dietetycznej”. Jako uzupełnienie celu warto zamieścić w projekcie jasne kryteria stwierdzenia „poprawy sposobu odżywiania” – powinny one być co najmniej na poziomie minimalnej wartości istotnej klinicznie (MCID, ang. *minimal clinically important difference*). Cele szczegółowe nr 3, 4, 5, 6 i 7 odnoszą się do populacji szerszej niż objęta działaniami programu, a zatem nie mają zastosowania w ocenie efektywności zrealizowanych świadczeń, lecz odnoszą się do wpływu na wskaźniki zdrowia publicznego. Częścią projektu właściwą dla tego rodzaju rozważań jest ewaluacja. Wskazane cele szczegółowe wymagają zmiany tak, aby odnosiły się do grupy osób objętej daną interwencją. Odniesienia do populacji ogólnej warto zamieścić w części projektu poświęconej ewaluacji. 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) „zmniejszenie o 5 punktów procentowych częstości występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci oraz wśród osób 65+, przy założeniu redukcji masy ciała w tempie 0,5 kg na miesiąc lub w przypadku dzieci – obniżenie centyla BMI w siatce dla wieku dziecka przy jednoczesnym utrzymaniu stałej masy ciała”;
- (2) „odsetek dzieci, u których poprawił się sposób odżywiania, mierzony poprzez porównanie liczby dzieci wykazujących prawidłowy sposób odżywiania przed i po programie (pre- i post-test prawidłowych zachowań żywieniowych)”;
- (3) „odsetek dzieci, u których poprawiła się aktywność fizyczna, mierzona poprzez porównanie liczby dzieci wykazujących prawidłowe wzorce aktywności fizycznej przed i po programie (pre- i post-test prawidłowych wzorców aktywności fizycznej)”;
- (4) „odsetek dzieci, u których zwiększyła się wiedza z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości (liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy z zakresu prawidłowego sposobu żywienia – ocena co najmniej dobra oznacza uzyskanie 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście)”;
- (5) „odsetek rodziców/opiekunów prawnych, u których zwiększyła się wiedza z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości (liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy z zakresu prawidłowego sposobu żywienia – ocena co najmniej dobra oznacza uzyskanie 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście)”;
- (6) „odsetek osób 65+, u których poprawił się sposób odżywiania, mierzony poprzez porównanie liczby osób wykazujących prawidłowy sposób odżywiania przed i po programie (pre- i post test prawidłowych zachowań żywieniowych)”;
- (7) „odsetek osób 65+, u których poprawiła się aktywność fizyczna, mierzona poprzez porównanie liczby osób wykazujących prawidłowe wzorce aktywności fizycznej przed i po programie (pre- i post test prawidłowych wzorców aktywności fizycznej)”;
- (8) „odsetek osób 65+, u których zwiększyła się wiedza z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości (liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi

wiedzy z zakresu prawidłowego sposobu żywienia – ocena co najmniej dobra oznacza uzyskanie 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście)”.

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. Przedstawione zapisy spełniają powyższe kryteria. Sformułowano jeden miernik efektywności dla każdego z celów, co jest podejściem poprawnym. Po korekcie brzmienia celów zgodnie z uwagami zawartymi powyżej, wskazane jest naniesienie następczych zmian w miernikach efektywności.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do dwóch odrębnych populacji. Pierwszą stanowić będą dzieci w wieku 9 lat uczęszczające do szkół podstawowych z terenu gminy Lubliniec (ok. 220-280 w każdym roku) oraz ich rodzice/opiekunowie prawni (przyjęto dwukrotność liczby dzieci w danym roku). Drugą grupę docelową stanowią zamieszkujące gminę Lubliniec osoby powyżej 65 r.ż. (ok. 4 435 osób). W projekcie wskazano, że ze względu na ograniczone środki finansowe w czasie pięcioletniego programu „do programu zostaną corocznie włączone wszystkie dzieci 9-letnie uczęszczające do szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Lubliniec oraz około 100 osób w wieku powyżej 65 r.ż.”.

Kryteriami kwalifikacji dla dzieci 9-letnich będą: wpis do księgi uczniów szkoły podstawowej prowadzonej przez gminę Lubliniec udokumentowany legitymacją szkolną, rok urodzenia dziecka w kolejnych latach trwania programu tj. 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 oraz wyrażenie pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie. Kryterium wyłączenia dla ww. populacji będzie wcześniejsze objęcie dziecka z nadwagą lub otyłością specjalistyczną opieką lekarską w ramach NFZ. Kryterium kwalifikacji dla osób powyżej 65 r.ż. będą: pozostawanie mieszkańcem miasta Lubliniec, wiek powyżej 65 r.ż. oraz stwierdzona co najmniej jedna choroba przewlekła, w tym choroby układu krążenia, cukrzyca, choroba układu ruchu (na podstawie zaświadczenia od lekarza POZ). Kryteria wyłączenia z programu dla osób powyżej 65 r.ż. będą stanowić wcześniejsze objęcie osoby specjalistyczną opieką lekarską w ramach NFZ z powodu nadwagi lub otyłości oraz uczestniczenie w programie w innym roku jego trwania. Przedstawione zapisy nie budzą zastrzeżeń.

Odnalezione wytyczne, które zalecają interwencje w kierunku zmniejszenia nadwagi/otyłości u osób dorosłych nie odnoszą się bezpośrednio do wieku populacji docelowej, a do wartości BMI oraz obwodu talii (KLRP/PTMR/PTBO 2018, USPSTF 2018, NICE 2016, PTDiets 2015, EASO 2015, AHA/ACC/TOS 2013, NHMRC 2013, SIGN 2010, NCCPC/NICE 2006).

Interwencja

W ramach programu zaplanowano działania informacyjno-edukacyjne, działania kwalifikacyjne i diagnostyczne oraz działania terapeutyczne tj. interwencje multikomponentowe, w tym: konsultacje dietetyczne, konsultacje psychologiczne, konsultacje ze specjalistą aktywności ruchowej, działania edukacyjne, a także pomiary antropometryczne.

Procedury kwalifikacyjne dla dzieci

Badanie przesiewowe całej populacji dzieci klas III uczęszczających do szkół na terenie Miasta Lublińca zostanie przeprowadzone w oparciu o pomiary antropometryczne. Celem jest wyłonienie populacji zagrożonej nadwagą i otyłością. Nadwaga lub otyłość będzie diagnozowana na podstawie wskaźnika masy ciała BMI w oparciu o siatki centylowe. Dla nadwagi jest to wartość BMI w granicach 90-97 centyla, natomiast dla otyłości będzie to powyżej 97 centyla. Podkreślono, że „badania zostaną przeprowadzone z zachowaniem prawa do intymności przez pielęgniarki środowiskowe/higienistki szkolne w szkołach prowadzonych przez Gminę Lubliniec”. Przedstawione w projekcie podejście jest prawidłowe i znajduje odzwierciedlenie w rekomendacjach towarzystw naukowych.

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 otluszczenia (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%).

O kwalifikacji do kolejnego etapu zaplanowanego w ramach PPZ tj. interwencji multikomponentowej będzie decydować wynik pomiarów antropometrycznych.

Procedury kwalifikacyjne dla osób powyżej 65 r.ż.

W populacji osób powyżej 65 r.ż. zaplanowano przeprowadzenie badania przesiewowego w oparciu o pomiary antropometryczne. Celem jest wyłonienie populacji zagrożonej nadwagą i otyłością. Wskazano, że nadwaga lub otyłość będzie diagnozowana na podstawie wskaźnika masy ciała BMI. Przedstawiono wartości odnoszące się do rozpoznania nadwagi i otyłości – BMI w granicach 25-29,9 kg/m² oznaczać będzie nadwagę, 30-34,99 kg/m² – I stopień otyłości, 35-39,99 kg/m² – II stopień otyłości, natomiast wskaźnik powyżej 40 kg/m² – otyłość skrajną (olbrzymią). Podkreślono, że „badania zostaną przeprowadzone z zachowaniem prawa do intymności przez pielęgniarki u realizatora”.

O kwalifikacji do kolejnego etapu zaplanowanego w ramach PPZ tj. interwencji multikomponentowej będzie decydować wynik pomiarów antropometrycznych.

Konsultacje dietetyczne

W projekcie zaplanowano konsultacje dietetyczne w wymiarze minimum 10 godzin kontaktowych. Będą realizowane w podmiotach wykonujących działalność leczniczą lub świadczących usługi dietetyczne. Na pierwszej i ostatniej wizycie będzie przeprowadzony wywiad żywieniowy, obejmujący aspekty takie jak sposób żywienia pacjenta, historia rodziny, wzorce żywieniowe, poziom aktywności fizycznej, aktualna kondycja psychiczna, jakość snu, zażywanie leków i suplementów diety oraz dokonany zostanie pomiar masy ciała. Zaznaczono, że na pierwszej wizycie dietetyk dokona oceny gotowości pacjenta do wprowadzenia zmian dotyczących stylu życia oraz przekaze pacjentowi dzienniczek żywieniowy, w którym możliwe będzie zapisywanie rodzaju i ilości spożywanych produktów w określonym czasie. Podkreślono, że w ciągu 1 tyg. od wizyty pacjent otrzyma przygotowany jadłospis. Pomiary antropometryczne wszystkich pacjentów objętych interwencją wykonywane będą przez dietetyka w trakcie każdej konsultacji dietetycznej, celem monitorowania wskaźników BMI. Podkreślono również, że dietetyk ma obowiązek sporządzenia krótkiej notatki/raportu na temat stanu zdrowia pacjenta i przesłanie jej do lekarza POZ po zakończeniu programu.

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). Zakres wywiadu przedstawiony w projekcie znajduje odzwierciedlenie w ww. rekomendacjach klinicznych.

Zalecenia dietetyczne powinny obejmować: spożywanie 5 posiłków dziennie, spożywanie odpowiedniego śniadania, unikanie podjadania między posiłkami, unikanie produktów wysokoenergetycznych i o niskiej wartości odżywczej (słodzone lub energetyzujące napoje, soki owocowe, produkty typu fast food, wysokoenergetyczne przekąski), zwiększenie spożywania owoców, warzyw i produktów bogatych w błonnik, spożywanie mniejszych porcji (ISPED, ISP 2018), co zostało uwzględnione w projekcie.

Odnalezione wytyczne podkreślają, że celna strategia leczenia dietetycznego zakłada częste, indywidualne kontakty z pacjentem, w czasie nie krótszym niż 6 miesięcy (PTD 2015, AHA/ACC/TOS 2013). Przy czym wg zaleceń PTD 2015 optymalna liczba spotkań (indywidualnych, grupowych

lub niebezpośrednich) powinna wynosić przynajmniej 12 w ciągu pierwszych 6 miesięcy, oraz przynajmniej 6 w ciągu kolejnych 6 miesięcy leczenia, a spotkania kontrolne nie powinny być rzadsze niż raz w miesiącu. Należy zaznaczyć, że w rekomendacjach zwraca się także uwagę na konieczność uwzględniania samokontroli pacjenta w programach obejmujących interwencje mające na celu spadek masy ciała (NHMRC 2013).

Konsultacje psychologiczne

W ramach interwencji multikomponentowej zaplanowano konsultacje psychologiczne w zakresie minimum 8 godzin. Obejmą one przekazanie wiedzy na temat kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych, umiejętności radzenia sobie ze stresem, odpowiedniej ilości snu, utrzymywania wysokiego poziomu motywacji w procesie redukcji nadmiernej i utrzymywaniu prawidłowej masy ciała, wzmocnienie nastawienia pacjentów (w przypadku dzieci również rodziców) do wypracowania zmiany w zachowaniach zdrowotnych. Podobnie jak w przypadku konsultacji dietetycznych wskazano na obowiązek sporządzenia krótkiej notatki/raportu na temat stanu zdrowia pacjenta i przesłanie jej do lekarza POZ po zakończeniu programu.

Zgodnie z rekomendacjami interwencje behawioralne powinny obejmować założenie jasno określonych celów dietetycznych i dotyczących aktywności fizycznej (NICE 2016, PTDiets 2015, EASO 2015). W zaleceniach wskazuje się również, że należy uświadamiać osoby z nadwagą i otyłością o korzyściach płynących z redukcji masy ciała i wprowadzaniu zasad zdrowego stylu życia (NHMRC 2013, AHA/ACC/TOS 2013).

Konsultacje ze specjalistą aktywności ruchowej

W projekcie zaplanowano przeprowadzenie konsultacji ze specjalistą aktywności ruchowej w wymiarze minimum 8 godzin kontaktowych. Obejmują one przekazanie wiedzy na temat kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych, konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej oraz rekomendowanych rodzajów, intensywności i częstotliwości wysiłku fizycznego. Zaznaczono, że na pierwszej i ostatniej wizycie uczestnicy wypełnią ankietę oceniającą wiedzę respondentów w kontekście ww. tematów. W ramach wizyty wskazano również na ustalenie optimum wysiłku fizycznego zgodnie z masą ciała, możliwościami i preferencjami pacjenta, zaplanowanie grafiku narastania intensywności i ilości wysiłku, zwrócenie uwagi na szczególnie zalecane formy ruchu tj. szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie oraz przedstawienie szczegółowego grafiku indywidualnie dobranych zajęć ruchowych. Zgodnie z założeniami przyjętymi w przypadku ww. konsultacji, wskazano na obowiązek sporządzenia krótkiej notatki/raportu na temat stanu zdrowia pacjenta i przesłanie jej do lekarza POZ po zakończeniu programu.

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, brzuski, podnoszenie ciężarów, ćwiczenia z wykorzystaniem maszyn do ćwiczeń siłowych i elastycznych taśm oporowych, trening obwodowy (ISPED, ISP 2018), co zostało uwzględnione w projekcie.

Zgodnie z wytycznymi wszystkie osoby z nadmierną masą ciała należy zachęcać do regularnych ćwiczeń fizycznych (NICE 2016, PTD 2015, EASO 2015, AHA/ACC/TOS 2013, NHMRC 2013). Jeśli nie występują przeciwwskazania, zaleca się od 150 do 420 minut lub więcej aktywności fizycznej w ciągu tygodnia (PTD 2015, EASO 2015, NHMRC 2013). Rekomendowane typy aktywności fizycznej obejmują: aktywności zintegrowane w codziennym życiu takie jak energiczny chód, ogrodnictwo, jazda na rowerze, nadzorowane programy ćwiczeń, ćwiczenia aerobowe połączone z ćwiczeniami oporowymi, inne aktywności np. pływanie, wchodzenie po schodach (NICE 2016).

W projekcie zaplanowano dwukrotne pomiary populacji objętej interwencją dietetyczną, które zostaną wykonane pół roku i rok po zakończeniu programu. Wskazano, że zostaną one wykonane przez higienistkę szkolną/dietetyka w przypadku dzieci lub pielęgniarkę/dietetyka w przypadku osób powyżej 65 r.ż. Badanie będzie obejmować pomiar wzrostu i masy ciała oraz przeprowadzenie ankiety

oceniającej zmianę zachowań zdrowotnych pacjenta tj. nawyki żywieniowe, poziom aktywności fizycznej oraz ocena jakości życia.

Na podstawie odnalezionych dowodów zaleca się realizację interwencji multikomponentowych, mających na celu redukcję masy ciała i wypracowanie odpowiednich nawyków (m.in. żywieniowych i w zakresie aktywności fizycznej), które umożliwią utrzymanie uzyskanych rezultatów. Interwencje te powinny obejmować w sumie minimum 26 godzin kontaktowych (APA 2018, MQIC 2018b, ES 2017, USPSTF 2017, AAFP 2017). Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami/dowodami skuteczności w odniesieniu do zapobiegania wystąpienia nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży, wymienia się działania obejmujące właściwą dietę, odpowiedni poziom aktywności fizycznej, działania edukacyjne oraz odpowiednią ilość snu. Ponadto, w zaleceniach podkreśla się konieczność zaangażowania szkół w realizację interwencji prewencyjnych. Wszystkie działania ukierunkowane na zapobieganie nadmiernemu przyrostowi masy ciała, poprawę diety oraz poziomu aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży powinny aktywnie angażować ich rodziców oraz opiekunów (ES 2017, MoH NZ 2016, NICE 2015a, NICE 2015b). W rekomendacjach/wytycznych zaleca się wdrożenie zintensyfikowanych, kompleksowych, multikomponentowych interwencji behawioralnych, mających na celu redukcję masy ciała (APA 2018, USPSTF 2017, AAFP 2017). Na podstawie wyników metaanaliz RCT (Al-Khudairy 2017, Elvsas 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 obejmą zalecanych przez USPSTF 26 godzin kontaktowych.

Działania edukacyjne

W ramach PPZ zaplanowano przeprowadzenie zajęć edukacyjnych skierowanych do całej populacji dzieci, ich rodziców/opiekunów prawnych oraz osób powyżej 65 r.ż. W przypadku osób powyżej 65 r.ż. oraz rodziców/opiekunów prawnych dzieci, wykłady/szkolenia z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, odbywać się będą z częstotliwością 1 raz na 6 miesięcy i będą realizowane w formie wykładów 60-minutowych. Podkreślono również, że w przypadku niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej związanej z pandemią COVID-19, dopuszcza się realizację wykładów w formie online. Zaznaczono, że szkolenia będą miały formę prelekcji ustnej opartej o prezentację multimedialną upowszechniającą wiedzę na temat zdrowego żywienia, zapobiegania nadwadze i otyłości, zdrowego stylu życia, kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej, umiejętności radzenia sobie ze stresem, odpowiedniej ilości snu, utrzymywania wysokiego poziomu motywacji w procesie redukcji nadmiernej i utrzymywaniu prawidłowej masy ciała, możliwych powikłań nadwagi i otyłości takich np. cukrzyca typu 2. W przypadku edukacji kierowanej do rodziców wskazano na podkreślenie znaczenia ich roli w modelowaniu zachowań zdrowotnych dziecka (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej.

W kontekście wykładów/szkoleń całej populacji dzieci wskazano, że będą one realizowane z częstotliwością 1 raz na 3 miesiące, w formie godziny wychowawczej lub dodatkowych zajęć pozalekcyjnych. Wykłady będą prowadzone przez dietetyków lub higienistki szkolne. Podkreślono, że szkolenia będą miały charakter warsztatowy, w tym: zabawy ruchowe, komponowanie prawidłowych posiłków, zdrowe alternatywy przekąsek.

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.

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 zgłaszalności do poszczególnych etapów. Jest to element prawidłowy. Zapisy warto uzupełnić o gromadzenie danych wymaganych dla oceny efektywności.

Ocena jakości świadczeń prowadzona będzie w oparciu o ankiety satysfakcji uczestników. Zapisy nie będą 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 akcja informacyjna. Następnie zaplanowano przeprowadzenie interwencji multikomponentowej składającej się z konsultacji dietetycznej, psychologicznej oraz z zakresu aktywności ruchowej. Ostatnim etapem będzie analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności, ewaluacja oraz przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu.

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

Akcja informacyjna realizowana będzie za pomocą ulotek/plakatów informacyjnych w szkołach podstawowych, podmiotach leczniczych oraz Urzędzie Miasta Lublińca, a także za pośrednictwem stron internetowych wskazanych jednostek.

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

W projekcie programu przedstawiono koszty jednostkowe poszczególnych interwencji. Średni jednostkowy koszt udziału dziecka w programie wyniesie 1 230 zł, zaś osoby w wieku powyżej 65 r.ż. 1 310 zł. W budżecie opisano także koszty przeprowadzenia akcji informacyjno-edukacyjnej (5 000 zł) oraz monitorowania i ewaluacji programu (1 000 zł).

Całkowity koszt programu oszacowano na 438 755 zł.

Program będzie finansowany ze środków budżetu miasta Lubiniec.

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 nawaga 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, spacerowanie, korzystanie z roweru trójkołowego i po 5-6 r.ż., promując także udział w zajęciach sportowych 2/3 razy w tygodniu (ISPED, ISP 2018).

Interwencje ukierunkowane na zwiększenie poziomu aktywności fizycznej powinny skupiać się na działaniach, które łatwo wdrożyć w codziennym życiu (np. poruszanie się pieszo). Powinny być one dostosowane do indywidualnych preferencji, warunków życia, a ich celem powinna być poprawa wiary ludzi w ich zdolność do zmiany (np. przez perswazję werbalną, modelowanie zachowań związanych z podejmowaną aktywnością fizyczną, omawianie pozytywnych efektów) (NICE 2015a).

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

Edukacja

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

Sugeruje się, aby zespół specjalistów identyfikował nieodpowiednie wzorce wychowawcze związane z dietą i aktywnością fizyczną oraz 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 (powinna im towarzyszyć ukierunkowana na różne grupy obserwacja) (NICE 2015a).

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

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

Każdy program mający na celu zapobieganie otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym, w środowisku rodzinnym powinien obejmować szereg komponentów (zamiast skupiać się wyłącznie na edukacji rodziców), takich jak: dieta – interaktywne pokazy gotowania, filmy oraz dyskusje grupowe dot. praktycznych kwestii związanych z planowaniem posiłków, zakupem żywności, napojów; aktywność fizyczna – pokazy interaktywne, filmy oraz dyskusje grupowe dot. praktycznych kwestii związanych z pomysłami na rodzaj podejmowanej aktywności, okazjami do aktywnego spędzania czasu, bezpieczeństwem oraz lokalnymi udogodnieniami (NICE 2015a).

Zdrowy sen

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

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

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

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

- Wspieranie strategii personelu szkoły w zakresie wdrażania programów promocji zdrowia.
- Poprawa ogólnego środowiska dot. produktów żywnościowych w szkole: usuwanie automatów sprzedających słodzone napoje lub przekąski o wysokiej zawartości tłuszczu, cukru lub soli; zakaz sprzedaży tego rodzaju żywności; zmiany szkolnych obiadów w celu ograniczenia

niezdrowej żywności o wysokiej kaloryczności; zapewnienie zdrowego śniadania; zapewnienie bezpłatnych lub tanich owoców; zapewnienie bezpłatnej/taniej wody.

- Poprawa ogólnego środowiska aktywności fizycznej w szkole: zwiększenie dziennych formalnych zajęć (lekcji) aktywności fizycznej zorganizowanych w trakcie i po godzinach lekcyjnych; dostępność szkolnych placów zabaw dla zorganizowanych lub dowolnych aktywności fizycznych podczas i po godzinach lekcyjnych.

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/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).

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.431.8.2022 pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych w Mieście Lubliniec oraz wśród mieszkańców w wieku 65+ na lata 2022-2026” realizowany przez: miasto Lubliniec, Warszawa, marzec 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 139/2022 z dnia 14 marca 2022 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych w Mieście Lubliniec oraz wśród mieszkańców w wieku 65+ na lata 2022-2026”.