

Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 38/2022 z dnia 15 lipca 2022 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Profilaktyka nadwagi i otyłości u dzieci klas III szkół podstawowych
Gminy Miasto Kołobrzeg na lata 2022/2024”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka nadwagi i otyłości u dzieci klas III szkół podstawowych Gminy Miasto Kołobrzeg na lata 2022/2024”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Zaplanowane interwencje obejmują m.in. działania edukacyjne, konsultacje z psychologiem, dietetykiem czy fizjoterapeutą oraz określono je zgodnie z wytycznymi, co wzięto pod uwagę przy wydaniu pozytywnej opinii.

Nadwaga i otyłość są jednymi z głównych czynników ryzyka rozwinięcia się chorób przewlekłych oraz wpływają na funkcjonowanie fizyczne, psychiczne i społeczne człowieka. Otyła osoba może mieć zaniżoną samoocenę, czuć się odosobniona czy stygmatyzowana przez otoczenie. Aby zapewnić prawidłowy rozwój dzieci, należy zminimalizować ryzyko pojawienia się okoliczności, które mogłyby prowadzić do depresji, lęków czy uzależnień, a także należy wykształcić prawidłowe zachowania dotyczące aktywności fizycznej i nawyki żywieniowe.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości warto uwzględnić w opisie projektu poniższe uwagi odnoszące się do założeń i efektów programu:

- W wartości docelowej w celu głównym należy odnieść się do danych uzasadniających przyjęty poziom redukcji BMI, u wskazanego odsetka populacji docelowej.
- Część celów szczegółowych wymaga przeformułowania, co przedstawiono szczegółowo w dalszej części opinii.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący nadwagi i otyłości w populacji pediatrycznej. Całkowity koszt programu oszacowano na 325 790 zł, zaś okres realizacji programu obejmuje lata 2022-2024.

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 odnosi się do złożonego problemu zdrowotnego, jakim jest nadwaga i otyłość wśród dzieci. Przedstawiono etiologię, czynniki ryzyka oraz powikłania otyłości. Opisano kryteria diagnostyczne uwzględniające siatkę centylową BMI.

Projekt programu zawiera również opis danych epidemiologicznych korelujących z wybranym problemem zdrowotnym. Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w skali światowej, europejskiej, ogólnopolskiej, regionalnej oraz lokalnej.

Przedstawiono dane oszacowane na podstawie realizowanego w latach 2017-2021 Programu Współpracy Interreg pt. „Zdrowe dzieci w zdrowych gminach (ZDZG)”, który miał na celu wdrożenie transgranicznego programu edukacyjnego, wspomagającego zdrowy styl życia dzieci na terenie czterech gmin woj. zachodniopomorskiego. Wskazano, że wysoki odsetek 9-10 letnich dzieci z nadwagą i otyłością ok. 34,3% jest raportowany w Gminie Miasto Kołobrzeg. W ostatniej edycji przeprowadzanych badań pomiarowych, zaraportowano wzrost odsetka dzieci z nadwagą. Zbyt wysoki wskaźnik BMI oszacowano u ponad jednej trzeciej dziewcząt (35,7%) oraz u co trzeciego chłopca (32.1%), rekomendując tym samym, że populacja dzieci w wieku wczesnoszkolnym to grupa potrzebująca szczególnego wsparcia w obszarze redukcji wagi.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest *„zmniejszenie stopnia występowania nadwagi i otyłości (redukcja średnio o 3 centyle BMI w stosunku do wyniku badania antropometrycznego w momencie rozpoczęcia badania) w okresie trwania programu – wśród około 30% uczniów objętych interwencją specjalistyczną, uczęszczających do klas III szkół podstawowych na terenie Gminy Miasto Kołobrzeg w latach 2022-2024”*. W projekcie przedstawiono uzasadnienie dla przyjętej wartości docelowej, jednak nie odniesiono się do danych uzasadniających przyjęty poziom redukcji BMI, u wskazanego odsetka populacji docelowej, co wymaga uzupełnienia.

Należy podkreślić, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie określony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- 1) *„zwiększenie o ok. 30% częstości stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu zdrowej diety wśród dzieci objętych interwencją specjalistyczną (w efekcie odbytych konsultacji z 4 ekspertami), i ich rodziców/opiekunów prawnych, w latach 2022-2024”*,
- 2) *„zwiększenie o ok. 30% częstości stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu aktywności fizycznej wśród dzieci objętych interwencją specjalistyczną (w efekcie odbytych konsultacji z 4 ekspertami), i ich rodziców/opiekunów prawnych, w latach 2022-2024”*,
- 3) *„zwiększenie o ok. 30% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości (zasad stosowania zdrowej diety, zaleceń związanych z aktywnością fizyczną oraz budowania zdrowych nawyków w tych obszarach) u dzieci klas III szkół podstawowych Gminy Miasto Kołobrzeg oraz ich rodziców/opiekunów prawnych, w latach 2022-2024”*.

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.

Cele szczegółowe nr 1 i nr 2 są niedoprecyzowane. Nie wskazano jakie zmiany w zakresie diety i aktywności fizycznej oraz w jakiej ilości zostaną uznane za prozdrowotne. Cel nr 3 dot. wzrostu poziomu wiedzy jest mierzalny i możliwy do zrealizowania w wyniku podjętych działań. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post- testu, co jest działaniem zasadnym. Do projektu programu nie załączono jednak ich wzoru. Tym samym założenia szczegółowe programu wymagają korekty.

W projekcie programu określono następujące mierniki efektywności:

- 1) *„BMI skorygowane o wiek i płęć w postaci centylów, 3 pomiary: po zakończeniu interwencji, po 6 miesiącach oraz po roku od zakończenia programu”*,
- 2) *„liczba rodzin, u których na podstawie przeprowadzonych testów (pre-test, post-test) wykazano wzrost częstości stosowania zachowań prozdrowotnych w obszarze: zdrowej diety i aktywności fizycznej (w post-teście wzrost liczby poprawnych odpowiedzi o 30% w porównaniu z pre-testem)”*,
- 3) *„liczba dzieci i ich rodziców/opiekunów prawnych, u których na podstawie przeprowadzonych testów (pre-test, post-test) wykazano wzrost poziomu wiedzy na temat skutecznej profilaktyki nadwagi i otyłości (zasad stosowania zdrowej diety, zaleceń związanych z aktywnością fizyczną oraz budowania zdrowych nawyków w tych obszarach), (w post-teście wzrost liczby poprawnych odpowiedzi o 30% w porównaniu z pre-testem)”*.

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, a ich wartości powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej oraz po zakończeniu realizacji.

Miernik nr 1 odnosi się do celu głównego. Miernik nr 2 odnosi się do 1 i 2 celu szczegółowego, a miernik nr 3 – do celu szczegółowego nr 3. Zaproponowane mierniki są poprawne.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dzieci uczęszczające do klas III szkół podstawowych, których organem prowadzącym jest Gmina Miasto Kołobrzeg oraz ich rodzice/opiekuni prawni dzieci.

W roku szkolnym 2021/2022, na terenie Gminy Miasto Kołobrzeg uczęszcza do szkół podstawowych 863 dzieci (roczniki: 2013 – 474 dzieci; 2014 – 389 dzieci). Na podstawie przedstawionych danych epidemiologicznych szacuje się, że do etapu interwencji specjalistycznej zostanie włączonych ok. 30% dzieci (rocznik 2013 – 142 dzieci, rocznik 2014 – 117 dzieci). Wskazano, że *„biorąc pod uwagę fakt, że program realizowany jest po raz pierwszy i będzie programem o charakterze pilotażowym, finansowanie udziału w pełnej interwencji specjalistycznej zagwarantowane zostanie dla 50 dzieci z rocznika 2013 oraz 50 dzieci z rocznika 2014”*.

Akcja edukacyjna ma objąć zarówno dzieci, jak i ok. 1 726 rodziców/opiekunów prawnych. W przypadku zidentyfikowania większej liczby dzieci z nadmierną masą ciała, kryterium włączenia do interwencji specjalistycznej będzie wysokość wskaźnika BMI określonego podczas badań antropometrycznych.

Kryteria włączenia do programu obejmują: uczęszczanie dziecka do klasy III szkoły podstawowej, których organem prowadzącym jest Gmina Miasto Kołobrzeg; wyrażenie pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział dziecka w programie oraz wykonanie pomiarów antropometrycznych (waga, wzrost), a także wyliczenie BMI bez udziału opiekuna prawnego. Dodatkowo kryterium włączenia do interwencji specjalistycznej stanowić będzie zidentyfikowana u dziecka w wyniku badań antropometrycznych nadwaga (90-97 centyl) lub otyłość (>97 centyla).

Wśród kryteriów wykluczenia wymieniono wcześniejsze objęcie dziecka z nadwagą lub otyłością specjalistyczną opieką lekarską w ramach świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

Interwencja

Zgodnie z treścią projektu interwencje zaplanowane w programie obejmują działania edukacyjne, badania antropometryczne oraz interwencje specjalistyczne (konsultacje lekarskie, dietetyczne, fizjoterapeutyczne, psychologiczne).

Badania antropometryczne

W projekcie zaplanowano pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost, wskaźnik BMI), które będą miały na celu zidentyfikowanie dzieci z nadwagą i otyłością. Wskazano, że nadwaga lub otyłość będzie diagnozowana na podstawie wskaźnika masy ciała BMI w oparciu o siatki centylowe (uwzględniając wiek i płeć dziecka). Wnioskodawca podkreśla, że badania zostaną przeprowadzone przez personel medyczny w placówce leczniczej, wybranej w drodze konkursu lub w gabinecie profilaktyki zdrowotnej na terenie placówki oświatowej.

W odnalezionych rekomendacjach podkreśla się, że pomiary antropometryczne stanowią integralną część oceny rozwoju somatycznego dzieci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018). 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 przeglądach systematycznych 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 projekcie odniesiono się do wartości BMI, która będzie definiowała dalsze postępowanie. Zaznaczono, że wynik BMI pomiędzy 90-97 centylem oznaczać będzie nadwagę, a > 97 centyla – otyłość. 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). Zatem zaproponowane przez wnioskodawcę postępowanie jest zgodne z wytycznymi KLRwP/PTMR/PTBO 2018.

Konsultacje lekarskie

Będą przebiegać w obecności rodzica/opiekuna prawnego. Czas trwania wizyty określono na 45 minut. Wskazano, że pierwsza konsultacja odbędzie się po badaniu antropometrycznym, natomiast kolejne konsultacje kontrolne – po 3, 5, 8 miesiącach od pierwszej wizyty. Celem pierwszej konsultacji lekarskiej jest m.in. przeprowadzenie pogłębionego wywiadu medycznego w kierunku oceny ryzyka wystąpienia chorób metabolicznych u dziecka, omówienie wyników badań antropometrycznych oraz ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka oraz przedstawienie rekomendacji medycznych dot. dalszego postępowania. Z kolei celem każdej kolejnej konsultacji będzie monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem problemu nadwagi lub otyłości oraz ich konsekwencji zdrowotnych.

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).

Konsultacje dietetyczne

Zaplanowano osiem konsultacji z dietetykiem, które mają trwać 60 minut. Pierwsza konsultacja odbędzie się po badaniu antropometrycznym, natomiast kolejne – po 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8 miesiącu od pierwszej wizyty. Celem pierwszej konsultacji dietetycznej będzie m.in. przeprowadzenie pogłębionego wywiadu dietetycznego w kierunku oceny zachowań żywieniowych dziecka (m.in. spożywania śniadań, sposobu komponowania diety dziecka, obecności w diecie słodkich napojów i słodczy, regularności spożywania warzyw i owoców, wielkości spożywanych porcji jedzenia), przeprowadzenie pomiaru masy ciała, opracowanie przykładowego jadłospisu dla dziecka, ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka pod kontem odżywienia oraz przedstawienie rekomendacji dietetycznych dot. dalszego postępowania. Natomiast celem każdej kolejnej konsultacji będzie przeprowadzenie pomiaru masy ciała, edukacja w obszarze zasad zdrowego odżywiania, modyfikacja jadłospisu (w celu najlepszego dostosowania go do preferencji dziecka oraz analiza dzienniczka żywieniowego) oraz monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów żywieniowych związanych z nadwagą lub otyłością.

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.

Konsultacje fizjoterapeutyczne

Czas trwania wizyty określono na 60 minut. Zaznaczono, że pierwsza konsultacja odbędzie się po badaniu antropometrycznym, natomiast kolejne konsultacje kontrolne – po 1, 2, 3, 5, 8 miesiącu od pierwszej wizyty. Wskazano, że celem pierwszej konsultacji fizjoterapeutycznej będzie m.in. przeprowadzenie pogłębionego wywiadu w kierunku oceny ryzyka wystąpienia wad postawy oraz chorób kostno-stawowych u dziecka, omówienie zaleceń dot. aktywności fizycznej oraz przedstawienie obowiązujących rekomendacji (dla dzieci 60 min. dziennie umiarkowanej do intensywnej aktywności fizycznej), opracowanie zestawu ćwiczeń dla dziecka – uwzględniając jego możliwości fizyczne i preferencje, ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka pod względem wydolności fizycznej oraz przedstawienie rekomendacji fizjoterapeutycznych dot. dalszego postępowania. Natomiast celem każdej kolejnej konsultacji będzie edukacja w obszarze zaleceń i poprawności wykonywania rekomendowanych ćwiczeń, modyfikacja zestawu ćwiczeń i zaleceń (w celu najlepszego dostosowania go do preferencji dziecka) oraz monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów w zakresie wykonywania ćwiczeń wynikających z nadwagi i otyłości.

Konsultacje psychologiczne

Zaplanowano przeprowadzenie ośmiu spotkań trwających 60 minut. Podobnie jak w przypadku konsultacji dietetycznych, pierwsza konsultacja odbędzie się po badaniu antropometrycznym, natomiast kolejne – po 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8 miesiącu od pierwszej wizyty. Celem pierwszej konsultacji psychologicznej będzie m.in. przeprowadzenie pogłębionego wywiadu psychologicznego w kierunku oceny aktualnych nawyków związanych z odżywianiem oraz aktywnością fizyczną dzieci i ich rodziców/opiekunów prawnych (m. in. obecność jedzenia w odpowiedzi na emocje, problemy z samokontrolą w kontekście jedzenia, stosowania jedzenia jako kary i nagrody, postrzeganych barier

w uprawianiu aktywności fizycznej, zwyczajów związanych z aktywnością fizyczną), ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka pod kontem psychologicznym, opracowanie planu zmiany zachowań zdrowotnych oraz oddziaływań psychologicznych w oparciu o zasady terapii behawioralnej oraz przedstawienie rekomendacji psychologicznych dot. dalszego postępowania. Z kolei celem każdej kolejnej konsultacji będzie praca nad zmianą zachowań, wykorzystując metody behawioralne (np. ustanawianie celów, praca nad samokontrolą, trening uważności), modyfikacja oddziaływań psychologicznych wspierających zmianę (w celu najlepszego dostosowania ich do preferencji dziecka) oraz monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów psychologicznych związanych z nadwagą lub otyłością.

Działania edukacyjne

W przypadku dzieci mają obejmować osiem godzin zajęć warsztatowych, tj. 4 spotkania trwające dwa razy po 45 min. każde, przeprowadzane co ok. 2 miesiące. Celem warsztatów będzie przekazanie wiedzy oraz praktycznych umiejętności na temat zdrowego stylu życia oraz budowania zdrowych nawyków w obszarze diety i aktywności fizycznej. Dopuszcza się także możliwość zrealizowania tematyki z zakresu profilaktyki przemocy i stygmatyzacji dzieci z nadwagą. Dzieci nauczą się jak przygotować zdrowe śniadanie oraz jak poprzez zabawę być bardziej aktywnym fizycznie. Zajęcia mają być realizowane na terenie szkoły, podczas godziny wychowawczej lub dodatkowo po zajęciach lekcyjnych, przez specjalistów zajmujących się promocją zdrowia.

W przypadku rodziców/opiekunów prawnych dzieci zaplanowano sześć godzin wykładów szkoleniowych, tj. 3 spotkania trwające po 90 minut, przeprowadzane co ok. 3 miesiące. W ramach zajęć edukacyjnych wskazano także na możliwość zaproszenia „środowiska szkolnego” tj. nauczycieli oraz innych pracowników. Tematyka zajęć będzie dotyczyć uwarunkowań nadwagi i otyłości oraz sposobów jej zapobiegania, budowania dobrych wzorców w obszarze zdrowego odżywiania i prowadzenia aktywnego stylu życia oraz utrzymania zdrowych nawyków i prawidłowej masy ciała. Zajęcia będą realizowane na terenie szkoły w formie wykładowo-szkoleniowej oraz prezentacji multimedialnej. Wykłady będą prowadzone przez specjalistów zajmujących się promocją zdrowia. Zaznaczono także możliwość realizacji wykładów w formie zdalnej za pomocą platformy umożliwiającej kontakt rodziców z prowadzącym.

Przewidziano opracowanie materiałów edukacyjnych, które zostaną dostosowane do uczestników pod względem przedstawionego zakresu tematycznego, treści i formy wizualnej. W ramach mierników efektywności programu wskazano także na przeprowadzenie pre- i post-testów z ww. zakresów tematycznych w celu zweryfikowania przyrostu wiedzy, co jest działaniem zasadnym.

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. 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.

Na zakończenie interwencji specjalistycznej, podczas ostatniej konsultacji u każdego z 4 specjalistów, dzieci i rodzicie/opiekuni prawni otrzymają: informację podsumowującą udział w interwencji,

materiały edukacyjne, rekomendacje nt. profilaktyki nadwagi i otyłości, a także dalszego postępowania w celu utrzymania efektu obniżonej nadmiernej masy ciała dziecka oraz zdrowych nawyków w obszarze żywienia i aktywności fizycznej, indywidualny plan utrzymania zmian. Na zakończenie akcji edukacyjnej zaplanowano wydarzenie podsumowujące w każdej szkole uczestniczącej w programie, mające na celu podsumowanie zrealizowanych działań, uzyskanych efektów oraz promocję zdrowego stylu życia. Wskazano także, że podczas wydarzenia zapewnione będą zdrowe przekąski, atrakcyjne aktywności sportowe dla dzieci i rodziców/opiekunów prawnych.

Kompleksowa ocena stanu zdrowia obejmująca m.in. ocenę rozwoju fizycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała wraz z określeniem współczynnika masy ciała (BMI) znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia, powinna być przeprowadzana u dzieci w ramach testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne. Pomiary antropometryczne są rutynowo przeprowadzane w ramach bilansów zdrowia dziecka w wieku: przedszkolnym oraz w klasach III, V, I klasie gimnazjum (obecnie VII klasa szkoły podstawowej), a także w I klasie szkoły ponadgimnazjalnej oraz ostatniej klasie szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19 r.ż.

Reasumując, działania zaplanowane w ramach programu są zgodne z aktualnymi wytycznymi w przedmiotowym zakresie.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja natomiast jest analizą danych uzyskanych w programie, realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności będzie prowadzona na podstawie: „liczby osób, które zgłosiły się do programu”, „liczby osób, które ukończyły program”, „liczby osób, które nie ukończyły interwencji specjalistycznej”, „liczby osób, które wzięły udział w działaniach organizowanych w ramach akcji edukacyjnej”.

W ramach monitorowania zgłaszalności do programu należy analizować co najmniej: liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów) oraz liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji, co w większości zostało uwzględnione.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie ma być oceniana w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji. Do projektu nie załączono wzoru ankiety, więc jej weryfikacja nie była możliwa.

Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie analizy: „liczby dzieci objętych interwencją specjalistyczną, u których obniżono stopień występowania nadwagi lub otyłości średnio o 3 centyle BMI w stosunku do wyniku badania antropometrycznego w momencie rozpoczęcia badania”, „liczby rodzin, u których na podstawie przeprowadzonych testów wykazano wzrost częstości stosowania zachowań prozdrowotnych w obszarze: zdrowej diety i aktywności fizycznej (w post-*teście* wzrost liczby poprawnych odpowiedzi o 30% w porównaniu z *pre-testem*)”, „liczby dzieci i ich rodziców/opiekunów prawnych, u których na podstawie przeprowadzonych testów wykazano wzrost poziomu wiedzy na temat skutecznej profilaktyki nadwagi i otyłości: zasad stosowania zdrowej diety, zaleceń związanych z aktywnością fizyczną oraz budowania zdrowych nawyków w tych obszarach (w post-*teście* wzrost liczby poprawnych odpowiedzi o 30% w porównaniu z *pre-testem*)”.

Ewaluacja częściowa zostanie przeprowadzona po roku realizacji programu, a końcowa – po dwóch latach trwania programu.

Ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności, odpowiadających wszystkim celom programu polityki zdrowotnej, co zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono etapy i działania podejmowane w programie oraz odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

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

Akcja informacyjna prowadzona będzie przez komunikaty na stronie internetowej oraz plakaty na tablicy ogłoszeń Urzędzie Gminy Miasto Kołobrzeg, podmiocie leczniczym realizującym program oraz szkołach podstawowych. Wskazano również na zaproszenia skierowane do rodziców/opiekunów prawnych, a także informacje na stronie internetowej stworzonej w celu wsparcia realizacji celów programu oraz w mediach społecznościowych.

Całkowity budżet programu oszacowano na 325 790 zł. Opisano koszty jednostkowe, w których uwzględniono interwencje specjalistyczne – 2 720 zł/os., w tym: konsultacja lekarska – 520 zł/os. (4 x 130 zł), konsultacja dietetyczna – 800 zł/os. (8 x 100 zł), konsultacja psychologiczna – 800 zł/os. (8 x 100 zł), konsultacja fizjoterapeutyczna – 600 zł/os. (6 x 100 zł); pomiary antropometryczne - 10 zł/os.; działania edukacyjne: wykład dla rodziców/opiekunów prawnych/środowiska szkolnego: 6h (3 spotkania po 90 min. każde) – 90 zł/45 min., warsztat dla dzieci: 8h (4 spotkania 2 x 45 min. każde) – 90 zł/45 min.; działania informacyjno-promocyjno-reklamowe (m.in. projekt oraz wydruk wszystkich niezbędnych materiałów: ulotek, plakatów, materiałów edukacyjnych dla uczestników; wykup domeny, projekt oraz prowadzenie strony internetowej programu) – 28 560 zł/pakiet; zarządzanie projektem: działania monitorująco-ewaluacyjno-podsumowujące: miesiąc działania PPZ – 400 zł, raport końcowy – 600 zł, ewaluacja – 1 000 zł.

Program będzie finansowany z budżetu miasta Kołobrzeg.

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

Narzędzia służące diagnozowaniu nadwagi i otyłości:

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

Definiowanie oraz kryteria stwierdzenia nadwagi i otyłości:

- Rozpoznawanie nadwagi – wartość BMI w zakresie: >97 centyla (ISPED, ISP 2018); 90-97 centyla dla płci i wieku (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018); ≥85 centyla dla wieku i płci (APA 2018, ES 2017); >85 centyla (CTFPHC 2015);

- Rozpoznawanie otyłości – wartość BMI w zakresie: >97. centyla dla wieku i płci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, CTFPHC 2015); ≥95 centyla dla wieku i płci (APA 2018, ES 2017, USPSTF 2017, AAFP 2017); >98. centyla dla wieku i płci (MoH NZ 2016); >99. centyla dla wieku i płci – ciężka otyłość (ISPED, ISP 2018);
- Sugeruje się wyliczenie oraz ocenę wartości BMI dziecka/nastolatka przynajmniej raz w roku (ES 2017, MoH NZ 2016);
- Każde dziecko z BMI ≥85. centyla powinno być monitorowane m.in. pod względem powikłań nadwagi lub otyłości (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, ES 2017);
- W odnalezionych dowodach wtórnych (przeglądy systematyczne z metaanalizami: Simmonds 2016, Simmonds 2015, Javed 2014) wskazuje się na zróżnicowaną czułość i swoistość BMI w odniesieniu zarówno do nadwagi (czułość: 19%-94%, swoistość: 82%-100%) jak i otyłości (czułość: 23%-96%, swoistość: 89,4%-100%).

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

Dieta

Rekomenduje się, aby dziecko w każdym okresie życia spożywało 3-5 posiłków o stałych porach, w tym codziennie śniadania (przy jednoczesnym braku podjadania między posiłkami). Zalecenia żywieniowe dotyczące zapobiegania rozwojowi nadwagi i otyłości wśród dzieci od momentu urodzenia oraz u dzieci po 1. roku życia są takie same, jak zalecenia żywieniowe dotyczące prawidłowego rozwoju i wzrastania zdrowych dzieci i młodzieży. Należy: dostosowywać energetyczność posiłków do potrzeb adekwatnych dla wieku; zalecać odpowiednio do wieku dziecka codzienne spożywanie warzyw i owoców oraz ograniczenie picia soków owocowych, zwłaszcza dostadzanych; 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 niedostadzanie 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 r.ż. poprzez aktywną zabawę, spacer, korzystanie z roweru trójkołowego i po 5-6 r.ż., promując także udział w zajęciach sportowych 2/3 razy w tygodniu (ISPED, ISP 2018).

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

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

Edukacja

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

Sugeruje się, aby zespół specjalistów identyfikował nieodpowiednie wzorce wychowawcze związane z dietą i aktywnością fizyczną oraz edukował rodziny nt. zdrowego odżywiania i nawyków związanych z podejmowaniem aktywności fizycznej. Rekomendacje wskazują, że multidyscyplinarny zespół specjalistów powinien obejmować dietetyków, psychiatrów oraz pielęgniarki (ES 2017), a także pediatrów, psychologów oraz specjalistów w dziedzinie zdrowia i promowania aktywności fizycznej (ISPED, ISP 2018).

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

Działania o charakterze informacyjnym oraz interwencje ukierunkowane na podnoszenie świadomości powinny być realizowane jako część długoterminowej, multikomponentowej interwencji, a nie w formie jednorazowych działań (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).

Zdrowy sen

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

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

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

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

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

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

Głównym celem jest stała zmiana w nawykach żywieniowych i stylu życia dziecka. Niezbędne jest zaangażowanie całej rodziny i wyznaczanie realistycznych celów. Cele długoterminowe powinny obejmować: utrzymywanie odpowiedniego tempa wzrostu i osiągnięcie prawidłowego (zdrowszego) stosunku masy ciała do wzrostu (ang. *weight-to-height ratio*); zmniejszenie masy ciała (niekoniecznie osiągnięcia idealnej wagi), w szczególności zmniejszenie masy tkanki tłuszczowej, przy jednoczesnym zachowaniu beztłuszczowej masy; utrzymywanie lub promowanie dobrego zdrowia psychicznego (samoocena, prawidłowe nastawienie do jedzenia i wyglądu ciała, jakość życia związana ze zdrowiem); leczenie powikłań, jeśli są obecne, w możliwie najkrótszym czasie; osiągnięcie i utrzymanie zdrowszego stosunku masy ciała do wzrostu i zapobieganie ponownemu przybieraniu nadmiernej masy ciała (ISPED, ISP 2018).

Strategie multikomponentowe

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

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

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

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

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

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

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

Oczekiwane efekty

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

Rekomenduje się wyliczanie odchylenia standardowego BMI w celu oszacowania utraty wagi. Zmniejszenie odchylenia standardowego BMI (BMI-SDS) jest najlepszym wskaźnikiem wielkości utraty wagi, biorąc pod uwagę wiek i płeć pacjenta. Zmniejszenie $>0,5$, ale nawet $>0,25$ (zgodnie z redukcją BMI 1 kg/m^2 lub stabilną wagą przez ponad 1 rok u rosnącego dziecka) wiąże się z poprawą składu ciała i zmniejszeniem ryzyka sercowo-metabolicznego (na podstawie 1 badania obserwacyjnego) (ISPED, ISP 2018).

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

Dieta

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

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

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

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

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. 2021 poz. 1285 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu OT.431.37.2022 „Profilaktyka nadwagi i otyłości u dzieci klas III szkół podstawowych Gminy Miasto Kołobrzeg na lata 2022/2024” realizowany przez: miasto Kołobrzeg, Warszawa, lipiec 2022; raportu nr OT.423.2.2018 pn. „Profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci i młodzieży w ramach programów polityki zdrowotnej” z kwietnia 2019 r. oraz opinii Rady Przejrzystości nr 102/2022 z dnia 11 lipca 2022 roku o projekcie programu „Profilaktyka nadwagi i otyłości u dzieci klas III szkół podstawowych Gminy Miasto Kołobrzeg na lata 2022/2024”.