



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 61/2023 z dnia 10 października 2023 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad postawy,
nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych w
mieście Ełku na lata 2023-2028”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad postawy, nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych w mieście Ełku na lata 2023-2028”.

Uzasadnienie

Świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zakładają przeprowadzenie kompleksowej oceny stanu zdrowia dziecka w okresie wzrastania, obejmującej m.in. diagnostykę wad postawy. Wykonanie badania przesiewowego w kierunku wykrywania wad postawy znajduje się w obowiązkach pielęgniarki lub higienistki szkolnej. Jest ono wykonywane pięciokrotnie – w okresach szczególnie istotnych w rozwoju dziecka. Negatywna opinia w odniesieniu do projektu wynika po pierwsze z faktu braku dowodów na lepszą identyfikację wad postawy u dzieci i młodzieży wskutek zwiększenia częstości wykonywania badania przesiewowego. Na taki wniosek wskazują odnalezione wytyczne kliniczne oraz rekomendacje towarzystw naukowych. Należy zarazem podkreślić, że zgodnie z danymi z badań naukowych wartość predykcyjna badań przesiewowych w populacji ogólnej jest niska, a zatem wysoki odsetek osób uzyskujących wynik dodatni w takim badaniu dotyczy osób w rzeczywistości zdrowych. Kolejną istotną przesłanką wydania negatywnego rozstrzygnięcia jest brak jasnego i szczegółowego opisu zaplanowanych działań w tym m.in.: nie wskazano narzędzi wykorzystanych do przesiewu; nie odniesiono się do wartości BMI, która będzie definiowała dalsze postępowanie; nie ujęto zakresu porad udzielanych dzieciom i ich rodzicom/opiekunom przez np. fizjoterapeutę; nie podano czasu trwania poszczególnych interwencji.

Na opinię negatywną wpłynęły również liczne uchybienia obecne w projekcie, wśród których najbardziej poważnymi są: niepoprawnie sformułowany cel główny, cele szczegółowe i wskaźniki efektywności interwencji, nie odniesiono się do lokalnej sytuacji epidemiologicznej oraz do Mapy Potrzeb Zdrowotnych; a także nie uwzględnienie pre- i post-testu pozwalającego na weryfikację poziomu wiedzy.

Wytyczne i rekomendacje oraz eksperci wskazują, że podstawową rolę w profilaktyce wad postawy odgrywa regularna aktywność ruchowa dzieci i młodzieży. Działania skoncentrowane na tym aspekcie powinny stanowić główny element programu profilaktyki wad postawy. W programach polityki zdrowotnej należy stosować rozwiązania, które będą sprzyjały

samodzielnemu podejmowaniu regularnej aktywności ruchowej, w tym także po zakończeniu realizacji programu, gdyż zapewni to trwałość uzyskanych efektów. Celem programu powinno być przede wszystkim wytworzenie i utrwalenie właściwych nawyków w zakresie aktywności fizycznej.

Oceniany program, mógłby stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych, niemniej jedna z uwagi na liczne uchybienia jego zapisy powinny zostać przez wnioskodawcę przeanalizowane i poprawione, a następnie nowa wersja dokumentu winna być przedłożona do ponownej oceny przez Prezesa Agencji. Kierunkiem zmian powinno być oddzielenie interwencji o udowodnionej efektywności klinicznej od interwencji o nieudowodnionej efektywności klinicznej.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad postawy, nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych w Ełku. W ramach programu zaplanowano badania przesiewowe dla dzieci oraz edukację rodziców/opiekunów prawnych. Całkowity koszt programu oszacowano na 1 849 472 zł., zaś okres realizacji programu obejmuje lata 2023-2028.

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 2022 r., poz. 2561 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

Projekt programu odnosi się do problemu zdrowotnego wad postawy oraz nadwagi i otyłość wśród dzieci. W dokumencie przedstawiono informacje na temat obu tych problemów zdrowotnych. W zakresie nadwagi i otyłości podano definicję, czynniki ryzyka, a także wskazano na BMI jako wskaźnik właściwy dla diagnozy nadwagi i otyłości. W przypadku wad postawy wskazano informacje na temat postawy ciała i charakterystyki wad postawy, a także wpływu środowiska na powstawanie wad postawy u dzieci.

Projekt programu zawiera referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa na podstawie, którego opracowano projekt programu.

Sytuację epidemiologiczną korespondującą z wybranymi problemami zdrowotnymi przedstawiono w oparciu o dane ogólnopolskie. Omawiając sytuację w zakresie wad postawy powołano się na opinie ekspertów z 2009 r. którzy wskazywali, że w kraju nawet u 50-70% populacji w wieku rozwojowym występują wady postawy różnego typu. Ponadto odniesiono się do danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (druk MZ—II za rok 2012) z których wynika, że u ponad 17% dzieci i młodzieży w wieku 18 lat oraz u 9,7% dzieci w wieku 2-9 lat zdiagnozowano zniekształcenie kręgosłupa. W zakresie nadwagi i otyłości u dzieci, przytoczono dane Instytutu Żywności i Żywienia z 2018 r. z których wynika, że polskie dzieci są zaliczane do najszybciej tyjących w Europie (w latach 70. ubiegłego wieku mniej niż 10% uczniów, w ostatnich latach u ponad 22%), podano wskazano, iż z raportów Ministra Zdrowia wynika, że w 2018 r. nadwagę miało nawet 30,5% dzieci w wieku szkolnym. W dokumencie nie odniesiono się do lokalnej sytuacji epidemiologicznej związanej z wadami postawy i problemem nadwagi u dzieci, co jest działaniem niewłaściwym. Dane epidemiologiczne powinny być możliwie jak najbardziej aktualne i koncentrować się przede wszystkim na dostępnych danych lokalnych. Zaleca się odniesienie wspomnianych danych do danych krajowych biorąc pod uwagę zapadalność/chorobowość i umieralność ze szczególnym uwzględnieniem populacji, której dotyczyć ma dany program. Mając powyższe na uwadze projekt wymaga skorygowania

w przedmiotowym zakresie. Ponadto nie odniesiono się do Mapy Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) co również wymaga uzupełnienia.

Warto dodać, że zgodnie z aktualną MPZ na lata 2022-2026 w województwie warmińsko-mazurskim odnotowano „wzrost zachorowalności wśród dzieci i młodzieży na (...) diagnozowane wady postawy oraz otyłość”.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „poprawa stanu zdrowia dzieci poprzez zorganizowanie interwencji z zakresu profilaktyki wczesnej i pierwotnej ukierunkowanej na zmniejszenie występowania nadwagi, otyłości oraz nabytych wad postawy wśród dzieci”. 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 potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Cel główny sformułowano niepoprawnie, ponieważ nie będzie możliwe obiektywne wykazanie poprawy z uwagi na brak opisu narzędzi lub skal, które zostaną wykorzystane do pomiaru tego parametru przed i po interwencji. Ponadto na stan zdrowia może wpływać wiele innych czynników niekoniecznie związanych z realizowanym programem. Mając powyższe na uwadze niezbędne jest przeformułowanie celu głównego. Przykładowe brzmienie: „zmniejszenie częstości występowania nadmiaru masy ciała (redukcja średnio o 3 centyle BMI w stosunku do wyniku badania antropometrycznego w momencie rozpoczęcia badania) w okresie trwania programu – wśród około ... % uczniów uczestniczących w interwencji multikomponentowej” lub „zmniejszenie o ... punktów procentowych częstości występowania nadwagi i otyłości wśród zakwalifikowanych do programu dzieci”. Jednocześnie wartości docelowe muszą być określona i uzasadniona przez wnioskodawcę.

W dokumencie jako cele szczegółowe wskazano:

- (1) „wyszkolenie nawyku prawidłowej postawy ciała u dzieci włączonych do programu”;
- (2) „zwiększenie aktywności fizycznej dzieci uczestniczących w programie”;
- (3) „poprawę sposobu żywienia osób włączonych do programu”;
- (4) „podniesienie poziomu wiedzy u rodziców dzieci włączonych do programu w zakresie znaczenia prawidłowej postawy ciała, aktywności fizycznej, zasad prawidłowego odżywiania oraz konsekwencji nieleczonych wad postawy”;
- (5) „podniesienie poziomu wiedzy dzieci włączonych do programu w zakresie znaczenia prawidłowej postawy ciała, aktywności fizycznej, zasad prawidłowego odżywiania oraz konsekwencji nieleczonych wad postawy”;
- (6) „poprawę dostępu do leczenia i rehabilitacji dzieci zakwalifikowanych do programu”;
- (7) „wyuczenie prawidłowej korekcji istniejącej wady postawy”;
- (8) „samokontrolowanie prawidłowej wagi ciała”.

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. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości. W ocenianym dokumencie nieprawidłowo sformułowano mierniki 1-3 oraz 7 (w formie działania) i 6 (nie odnosi się do efektu zdrowotnego). W celach szczegółowych nr 4 i 5 dot. wzrostu wiedzy nie przyjęto wartości docelowej do jakiej należy dążyć. Mając powyższe na uwadze niezbędne jest przeformułowanie celów szczegółowych. Przykładowe brzmienie: „wzrost poziomu wiedzy u co najmniej ... % dzieci uczestniczących w programie na temat wad postawy, w okresie realizacji programu”; „zwiększenie o co najmniej ...% liczby rodziców/opiekunów dzieci, u których nastąpił wzrost wiedzy nt. prawidłowej postawy dzieci i profilaktyki schorzeń kręgosłupa oraz umiejętności w zakresie kształtowania prawidłowych postaw dzieci (ankieta)”; „zwiększenie liczby dzieci o co najmniej ... % w populacji objętej programem, u których

nastąpił wzrost wiedzy na temat przyjmowania prawidłowej postawy i profilaktyki wad postawy”. Cele powinny zostać uzupełnione o informację dotyczącą przyjętych wartości docelowych lub wyniku post-testu uznanego za świadczący o zwiększeniu poziomu wiedzy (np. 75% poprawnych odpowiedzi, wzrost punktacji o 30%).

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano: (1) „wskaźnik BMI skorygowany o wiek, płeć w postaci centylów (pomiaru początkowe, po 8-10 miesiącach) waga, wzrost”, (2) „liczba rodziców u których zwiększyła się wiedza z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości (test, ankieta)”, (3) „liczba dzieci, które zostały skierowane na konsultację lekarską i otrzymały skierowanie na zdjęcie RTG”, (4) „liczba dzieci, które zostały skierowane na konsultacje do dietetyka i ułożenie indywidualnej diety”, (5) „liczba dzieci, która zrezygnowała lub nie wzięła udziału w programie”, (6) „wydruk z podoskopu – ocena kąta Clarka wykreślony na wydruku podczas konsultacji klasyfikacyjnej i kontrolnej za 8- 10 m-cy”, (7) „określenie stopnia rotacji za pomocą skoliometru na konsultacji klasyfikacyjnej i kontrolnej za 8-10 mcy”, (8) „pomiar taśmą krawiecką odległości między kostkami na badaniu wstępnym i końcowym za 8-10 mcy”, (9) „pomiar koślawości pięty, badanie wstępne i końcowe 8 m-cy”, (10) „liczba dzieci zakwalifikowana do noszenia wkładek korekcyjnych”, (11) „liczba dzieci zakwalifikowana do noszenia gorsetu”, (12) „określenie wielkości krzywizny za pomocą inklinometru na badaniu wstępnym i końcowym za 8-10 mcy”, (13) „wskaźnik procentowy dzieci z poszczególnymi wadami przed i po zakończeniu programu”, (14) „wskaźnik procentowy dzieci z nadwagą i otyłością przed i po zakończeniu programu”, (15) „liczba dzieci u których stwierdzono korekcję wady”, (16) „wskaźnik procentowy rozpoznanych wad”, (17) „liczba i wskaźnik procentowy dzieci biorących udział w programie”, (18) „liczba i wskaźnik procentowy dzieci, które ukończyły program” oraz (19) „wskaźnik procentowy dzieci, które zrezygnowały z udziału w programie”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. W ocenianym dokumencie tylko miernik nr 2 został zapisany prawidłowo. Mierniki nr 3, 4, 10, 11, 13-16 nie odnoszą się do celów programu można je wykorzystać przy ewaluacji, nr 5 i 17-19 nie spełniają funkcji mierników efektywności, natomiast mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania, a nr 6-9 i 12 zostały zapisane w postaci działania. Mając powyższe na uwadze niezbędne jest przeformułowanie mierników efektywności. Przykładowe brzmienie: „liczba wyników co najmniej dobrych (min 75% pozytywnych odpowiedzi) dla post testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy dzieci z zakresu znaczenia prawidłowej postawy ciała, czynników sprzyjających powstawaniu wad postawy oraz możliwości ich eliminowania, znaczenia aktywności fizycznej oraz zasad prawidłowego żywienia”.

Podsumowując, element projektu dotyczący celów i mierników efektywności programu wymaga korekty.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowić będą uczniowie klas III szkół podstawowych w Ełku w zakresie badań przesiewowych oraz ich rodzice/opiekunowie prawni w zakresie działań edukacyjnych. W dokumencie oszacowano, że w czasie trwania 5-letniego programu zostanie nim objęte 3 427 osób w zakresie konsultacji kwalifikacyjnej. W dokumencie podkreśla się, że program jest wieloetapowy, dlatego też nie oferuje każdemu uczestnikowi tego samego zakresu świadczeń zdrowotnych. Założono, że konsultacją lekarską zostanie objęte 40 osób rocznie, zdjęcie RTG dla 70 osób rocznie, konsultacja dietetyczna dla 100 osób rocznie, a dieta – dla 40 osób rocznie, ćwiczenia grupowe dla średnio ok 285 osób rocznie. W dokumencie nie oszacowano wielkości populacji rodziców i opiekunów prawnych, która weźmie udział w działaniach edukacyjnych.

W projekcie określono kryteria włączenia i wyłączenia jedynie dla populacji pediatrycznej biorącej udział w badaniach przesiewowych. Zasadnym jest uzupełnienie tych kryteriów dla działań edukacyjnych.

Interwencja

W programie planowane jest przeprowadzenie działań kwalifikacyjnych i diagnostycznych (w tym pomiary antropometryczne), konsultacji lekarskich, konsultacji dietetycznych oraz ćwiczeń grupowych, konsultacji kontrolnej, a także działań informacyjno-edukacyjnych.

Badania przesiewowe

Badania te będą się składać z indywidualnej konsultacji z fizjoterapeutą, oceny postawy ciała wg opracowanej karty badań, pomiaru wagi ciała i wzrostu oraz podoskopowe badanie stóp. Zakłada się, że celem tych konsultacji będzie podzielenie badanej populacji dzieci na grupy: 1 – dzieci z prawidłową postawą, które nie wymagają podjęcia żadnych działań terapeutycznych; 2 – dzieci z wadami postawy, wymagające wzięcia udziału w cyklu spotkań ruchowo-korekcyjnych grupowych; 3 – dzieci z nadwagą i otyłością, wymagające wzięcia udziału w cyklu spotkań ruchowych oraz spotkań z dietetykiem. W projekcie nie przedstawiono szczegółowych informacji w zakresie tej interwencji, nie odniesiono się także do wartości BMI, która będzie definiowała dalsze postępowanie.

W odnalezionych rekomendacjach podkreśla się, że pomiary antropometryczne stanowią integralną część oceny rozwoju somatycznego dzieci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018). Należy podkreślić, że pomiar BMI uznany został za stosunkowo dobry oraz prosty test diagnostyczny w kierunku wykrywania dziecięcej otyłości oraz otłuszczenia (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, MQIC 2018b, ISPED, ISP 2018, USPSTF 2017, AAFP 2017, ES 2017, MoH NZ 2016, CTFPHC 2015). W wytycznych wskazuje się także kryteria rozpoznania dla nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży, które omówione w dalszej części niniejszej opinii tj. w rozdziale „Ocena technologii medycznej”.

Przegląd systematyczny Montgomery 1990 wskazuje się na niską wartość predykcyjną wyniku dodatniego standardowego badania przesiewowego w kierunku wad postawy (ok. 5%), co oznacza, że 95% dzieci kierowanych jest w wyniku przesiewu na dalszą diagnostykę niepotrzebnie. Ponadto zgodnie z wynikami wspomnianego przeglądu, częstsze badania przesiewowe zwiększają o ok. 30% liczbę skierowań na dalszą diagnostykę, nie zmieniając liczby ostatecznych rozpoznań. W przeglądzie Sabirin 2010 stwierdzono, że nie ma silnych dowodów na to, że programy skryningowe są w stanie wykryć skoliozę w młodszym wieku, z niższym wynikiem krzywizny w skali Cobba.

Wytyczne kliniczne dotyczące wad postawy różnią się co do zaleceń w zakresie zasadności przeprowadzania badań w populacji bezobjawowej. USPSTF 2018 stwierdza, że obecne dowody naukowe nie są wystarczające do oceny bilansu korzyści i szkód związanych z przesiewem w kierunku wykrycia skoliozy młodzieńczej u dzieci i młodzieży w wieku od 10 do 18 lat. Ww. stanowisko USPSTF podzielone zostało przez American Academy of Family Physicians z 2018 r. (AAFP 2018). Zgodnie z rekomendacjami USPSTF 2018 dokładność testu przesiewowego była najwyższa (czułość 93,8%, swoistość 99,2%), gdy zastosowano trzy odrębne metody (test zgięciowy, pomiar z wykorzystaniem skoliometru i topografia Moiré). Czułość była natomiast niższa, gdy programy badań przesiewowych wykorzystywały tylko jedną lub dwie metody.

Konsultacje lekarskie, dietetyczne i ćwiczenia grupowe

W projekcie wskazano, że dzieci, u których wykryto wadę postawy, nadwagę lub otyłość w trakcie konsultacji klasyfikacyjnych, w zależności od potrzeby, będą kierowane na konsultacje lekarskie, dietetyczne oraz ćwiczenia grupowe. W dokumencie podkreślono, że podczas konsultacji lekarskich będą wystawiane skierowania na zdjęcia RTG, a u dietetyka dzieci z otyłością otrzymają ułożoną indywidualnie dietę. W programie wskazano, że konsultacje kontrolne zostaną zrealizowane u dzieci z grup II i III, tj. zakwalifikowanych na ćwiczenia grupowe lub skierowanych na konsultację lekarską, dietetyczną. W ocenianym dokumencie nie przedstawiono szczegółowych informacji w zakresie realizacji ww. interwencji.

Działania informacyjno-edukacyjne

W części opisu programu dotyczącej warunków jego realizacji wskazano, że spotkania edukacyjno-informacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych odbywać się będą w szkołach podstawowych na wywiadówce szkolnej, w każdej szkole oraz klasie osobno. Podkreślono, że spotkania będą

realizowane przez fizjoterapeutów. Należy zaznaczyć, że w projekcie nie odniesiono się do szczegółów realizacji działań edukacyjnych, nie uwzględniono także przeprowadzenia pre- i post-testu pozwalającego na weryfikację poziomu wiedzy.

Odnalezione rekomendacje podkreślają, że wszystkie działania ukierunkowane na zapobieganie nadmiernemu przyrostowi masy ciała, poprawę diety oraz poziomu aktywności fizycznej u dzieci 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).

Podsumowując projekt dokumentu w tym zakresie wymaga ponownego przeanalizowania i skorygowania. Istotne jest aby w dokumencie przedstawić jasny i szczegółowy opis poszczególnych interwencji. Muszą one być działaniami o udowodnionej skuteczności i bezpieczeństwie lub stanowić aktualną praktykę lekarską. Zaleca się przedstawienie dowodów naukowych i/lub rekomendacji, wytycznych, opinii ekspertów, wskazujących na zasadność prowadzenia danych działań w określonej populacji. Podkreślenia wymaga, że zaplanowane działania muszą odpowiadać celom programu, tzn. ich odpowiednie przeprowadzenie powinno umożliwiać realizację celów. Interwencje muszą być także dostosowane do potrzeb populacji docelowej.

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

Monitorowanie i ewaluacja

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

Ocena zgłaszalności do programu będzie prowadzona na podstawie okresowych sprawozdań oraz całościowo po zakończeniu programu. Zaplanowane wskaźniki nie budzą zastrzeżeń, jednak zaleca się ich uzupełnienie o „liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów)”; „liczbę osób, które zrezygnowały z udziału w programie wraz z analizą przyczyn tych decyzji”.

Ocena jakości świadczeń w programie dokonana zostanie na podstawie kwartalnej lub corocznej analizy ankiet satysfakcji skierowanych do uczestników programu, jednak nie załączono wzoru takiej ankiety co wymaga uzupełnienia.

Końcowa ocena efektywności programu zostanie przeprowadzona na podstawie porównania badań z konsultacji klasyfikacyjnych do wyników badań konsultacji końcowych. Dodatkowo, w procesie ewaluacji zaleca się uwzględnianie wskaźników ujętych w części dotyczących mierników efektywności. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione.

Warunki realizacji

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

W ocenianym dokumencie wskazano, iż informacje o programie zostaną opublikowane na stronie internetowej Urzędu Miasta Ełk, wykonawcy programu, e-dziennikach szkół podstawowych, będą także przedstawiane na spotkaniach z rodzicami oraz zostaną umieszczone w ulotkach i broszurach informacyjnych. Akcja promocyjno-informacyjna zostanie również skierowana do dyrektorów szkół podstawowych i nauczycieli.

Realizator zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z przepisami ustawy.

W treści projektu programu przedstawiono koszty jednostkowe: (w zależności od roku realizacji PPZ) w zakresie: spotkanie edukacyjne, broszury edukacyjne, wynajem sali gimnastycznej, wynagrodzenie księgowej, konsultacja klasyfikacyjna, konsultacja lekarska, ćwiczenia grupowe, zdjęcie RTG, konsultacja dietetyczna, dieta, konsultacja kontrolna oraz koordynacja programu.

Całkowity koszt realizacji oszacowano na 1 849 472 zł.

Program będzie finansowany z budżetu: gminy miasta Ełk.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Wady postawy ciała - stanowią istotny problem zdrowotny. Postawa ciała jest nawykiem ruchowym kształtującym się na określonym podłożu morfologicznym i funkcjonalnym, związanym z codzienną aktywnością. Jest wyrazem stanu fizycznego i psychicznego jednostki. Stanowi wskaźnik mechanicznej wydolności zmysłu kinetycznego, równowagi mięśniowej oraz koordynacji nerwowo-mięśniowej.

Otyłość nadwaga - 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, odczuwanie poczucia winy i bezradności, depresji, nadużywania alkoholu, leków lub narkotyków.

Alternatywne świadczenia

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427) zawiera zapisy dotyczące kompleksowej oceny stanu zdrowia obejmujące diagnostykę wad postawy. Zgodnie z przepisami powinna być ona przeprowadzana u dzieci w ramach testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne m.in. w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w I klasie szkoły podstawowej), w III i V i VII klasie szkoły podstawowej, a także w I klasie ponadpodstawowej. Na wszystkich wymienionych etapach edukacji, w zakresie profilaktycznego badania lekarskiego przeprowadzane jest badanie przedmiotowe m.in. ze szczególnym uwzględnieniem oceny rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (BMI, ang. body mass index) oraz oceny układu ruchu wraz z wykrywaniem zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa. Ponadto wykonywane jest podsumowanie badania, z określeniem poziomu i tempa rozwoju fizycznego ucznia, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), przystosowania szkolnego, kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego. Dodatkowo w ramach rocznych obowiązkowych przygotowań przedszkolnych (lub w klasie I szkoły podstawowej) przeprowadza się test przesiewowy w kierunku wykrywania zniekształceń statycznych kończyn dolnych, oraz w VII klasie szkoły podstawowej, a także I klasie szkoły ponadpodstawowej – test przesiewowy do wykrywania nadmiernej kifozy piersiowej.

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

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- *Wady postawy*

Wady postawy ciała stanowią w czasach współczesnych istotny problem zdrowotny. Tematyka dotycząca testów przesiewowych we wskazanym problemie zdrowotnym budzi jednak wiele kontrowersji, a badania przeprowadzone dotychczas zarówno popierają, jak i odradzają prowadzenie screeningu w omawianym zakresie.

- *U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF, 2018) w swoich zaktualizowanych rekomendacjach stwierdziło, że obecne dowody naukowe nie są wystarczające do oceny bilansu korzyści i szkód związanych z przesiewem w kierunku wykrycia skoliozy młodzieńczej u dzieci i młodzieży w wieku od 10 do 18 lat. Poparcie dla ww. stanowiska wyraziło również *American Academy of Family Physicians* (AAFP 2018). Rekomendacje negatywne dotyczące prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wydało również *UK National Screening Committee* (UK NSC 2016). Głównymi powodami prezentowanego przez UK NSC stanowiska jest brak wspólnego konsensusu lekarzy w ocenie zasadności dalszej terapii po przeprowadzeniu testu Adamsa (w wyniku powyższego część dzieci zostanie skierowana na dalsze badania, w momencie, gdy nie wpłyną one na poprawę ich funkcjonowania, część natomiast nie zostanie skierowana na dalsze testy oraz terapię, która mogłaby okazać się dla nich korzystna). Kolejnym badaniem diagnostycznym w kierunku wykrycia skolioz jest badanie z wykorzystaniem promieniowania X, ekspozycja na wskazane promieniowanie może być szkodliwa. W wytycznych wskazuje się, że niejasne jest również czy leczenie osób wykrytych podczas prowadzenia badań przesiewowych jest lepsze od oczekiwania na rozwinięcie symptomów;
- Stanowisko przeciwne do rekomendacji przedstawionych powyżej prezentują *American Academy of Orthopedic Surgeons* (AAOS), *Scoliosis Research Society* (SRS), *Pediatric Orthopedic Society of North America* (POSNA) oraz *American Academy of Pediatrics* (AAP). Choć AAOS, SRS, POSNA i AAP zgadzają się, że poparcie dla badań przesiewowych ma w omawianym przypadku ograniczenia, w swoim stanowisku twierdzą, że potencjalne korzyści dla pacjentów ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią ich deformacji, mogą być znaczące. AAOS, SRS, POSNA i AAP w swoim wspólnym stanowisku dochodzą do konkluzji, że jeżeli skryning w kierunku wykrycia skoliozy jest przeprowadzany, dziewczęta powinny być poddane badaniom dwukrotnie – w wieku 10 i 12 lat, natomiast chłopcy jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat. Powyżej sformułowane zalecenie poparte jest faktem, iż dziewczęta osiągają dojrzałość płciową ok. 2 lat wcześniej niż chłopcy oraz 3-4 razy częściej cierpią na skoliozę wymagającą leczenia (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015);
- AAOS, SRS, POSNA i AAP podkreślają, iż istnieje potrzeba prowadzenia skutecznych badań przesiewowych, jednak wyniki fałszywie dodatnie mogą prowadzić do tworzenia niepotrzebnych zaleceń oraz skierowań na dodatkową diagnostykę (m.in. RTG kręgosłupa). Aby program profilaktyczny był skuteczny, musi być prowadzony przez dobrze wyszkolony personel, który odpowiednio przeprowadzi test Adamsa oraz wykona pomiary skoliometrem, co umożliwi poprawne zidentyfikowanie osób z młodzieńczą skoliozą idiopatyczną (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015);
- W roku 2014 w oparciu o wytyczne SOSORT 2011 opublikowane zostały polskie wytyczne w zakresie leczenia zachowawczego, ze szczególnym uwzględnieniem roli fizjoterapii. W wytycznych tych zaznaczono, iż o wyborze strategii leczniczej powinny decydować nie tylko jej zweryfikowanie zgodnie z zasadami medycyna oparta na dowodach naukowych (EBM, ang. *evidence-based medicine*), ale także preferencje pacjenta i jego opiekunów oraz doświadczenie klinicysty w postępowaniu się określonym modelem postępowania;
- Zgodnie ze zaktualizowanymi rekomendacjami SOSORT 2016 dotyczącymi skoliozy oraz zaburzeń prawidłowych funkcji kręgosłupa, szkolne programy przesiewowe rekomendowane są we wczesnej diagnozie skoliozy idiopatycznej. Należy podkreślić, iż zgodnie z wytycznymi, za każdym razem, gdy ocenie poddawane są dzieci w wieku od 8 do 15 lat, pediatrzy, specjaliści z zakresu medycyny sportowej oraz medycyny ogólnej, powinni przeprowadzać test Adamsa oraz posługiwać się skoliometrem. Rekomenduje się, aby kliniczna ocena występowania

skoliozy obejmowała co najmniej: badanie kąta rotacji tułowia, aspekty estetyczne, ustawienie kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej. Inne możliwe oceny obejmują: poziom bólu, funkcje oddechowe, elastyczność i siłę kręgosłupa i stawów, rozbieżności w długości kończyn dolnych, równowagę i koordynację, jakość życia;

- Specyficzna fizjoterapia (z ang. *physiotherapeutic scoliosis-specific exercises* – PSSE) jest rekomendowana jako pierwszy krok w procesie leczenia skoliozy idiopatycznej, aby zapobiec lub ograniczyć postęp deformacji oraz możliwości gorsetowania (SOSORT 2016). Zaleca się, aby PSSE była zgodna z konsensusem SOSORT oraz oparta na autokorekcji postawy w 3D, treningu podstawowych czynności życia codziennego (z ang. *activities of daily living, ADL*), stabilizacji prawidłowej postawy oraz edukacji pacjenta. Rekomenduje się, aby PSSE była zindywidualizowana pod względem potrzeb pacjenta, występującego skrzywienia oraz etapu leczenia. PSSE powinna być zawsze zindywidualizowana, nawet gdy prowadzona jest w małych grupach. Poziom trudności PSSE powinien być stopniowo zwiększany w zależności od możliwości pacjenta. Nauka PSSE powinna być przeprowadzana indywidualnie (w relacji 1:1) w celu zapewnienia zindywidualizowanej opieki, tak żeby regularne PSSE mogło być stosowane przez pacjenta w domu lub w małych grupach (SOSORT 2016);
- AAOS, SRS, POSNA oraz AAP podkreślają istotną rolę edukacji personelu medycznego wykonującego testy przesiewowe. Służy to minimalizowaniu niepotrzebnych zaleceń oraz optymalizowaniu zasadności skierowań m.in. na RTG kręgosłupa – nie wszystkie dzieci w rezultacie przeprowadzonych badań przesiewowych wymagają dodatkowej diagnostyki. Jeśli prześwietlenie będzie wymagane, lekarze powinni zalecać szczególną ostrożność, aby zmniejszyć ekspozycję pacjentów na promieniowanie. W tym celu zachowana powinna być podstawowa zasada ochrony radiologicznej - ALARA (*As Low As Reasonably Achievable*) (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015);
- SOSORT kładzie szczególny nacisk na rolę edukacji nie tylko dziecka, ale i jego opiekunów. Niski poziom motywacji do ćwiczeń, typowy dla młodych osób, można podnieść poprzez uświadomienie dziecku i rodzicom charakteru choroby, jej przewidywanego przebiegu, potencjalnych konsekwencji braku leczenia itd. W uzasadnionych przypadkach warto uzupełnić leczenie o konsultację psychoterapeutyczną (SOSORT 2014).

- **Nadwaga i otyłość**

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

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. Działania, które powinny być prowadzone w warunkach szkolnych obejmują:

- Wspieranie strategii personelu szkoły w zakresie wdrażania programów promocji zdrowia;
- Poprawę 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;
- Poprawę 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; utrzymywanie lub promowanie dobrego zdrowia psychicznego (samoocena, prawidłowe nastawienie do jedzenia i wyglądu ciała, jakość życia związana ze zdrowiem); leczenie powikłań, jeśli są obecne, w możliwie najkrótszym czasie; osiągnięcie i utrzymanie zdrowszego stosunku masy ciała do wzrostu i zapobieganie ponownemu przybieraniu nadmiernej masy ciała (ISPED, ISP 2018).

Strategie multikomponentowe

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

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

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

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

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).
- 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 zbilansowana 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.

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).

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych

- Odnalezione dane wskazują, że wartość predykcyjna wyniku dodatniego standardowego badania przesiewowego jest wyjątkowo niska (5%), co oznacza, że 95% dzieci kierowanych jest w wyniku przesiewu na dalszą diagnostykę niepotrzebnie. Z badania *Montgomery 1990* wynika, że częstsze badania przesiewowe zwiększają o ok. 30% liczbę skierowań na dalszą diagnostykę, nie zmieniając liczby ostatecznych rozpoznań. Poprawę efektywności poprzez zmniejszenie liczby rozpoznań fałszywie dodatnich można osiągnąć, dobierając bardziej efektywne narzędzia przesiewowe, takie jak badanie fotogrametryczne Moire'a.
- Z badania *Fong 2010* wynika, że wykonywanie samego testu zgięciowego jest niewystarczające, jest to metoda raczej subiektywna i zależna od doświadczenia i kompetencji badającego. Ze względu na niski koszt i prostotę badania autorzy sugerują go nie wykluczać, lecz stosować razem z dodatkowymi testami. Stosowanie oceny wartości kąta rotacji tułowia, oceny fotogrametrycznej Moire'a oraz rentgena w niskich dawkach lub kombinacji tych metod dowodzi trafności skierowań do specjalisty, lecz brak jest wystarczających dowodów, że badania te wykazują dodatkowe korzyści.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

PREZES

dr n. med. Roman Topór-Mądry

/dokument podpisany elektronicznie/

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 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: nr: OT.431.60.2023 „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad postawy, nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych w mieście Ełku na lata 2023-2028” realizowany przez: Miasto Ełk; data ukończenia raportu październik 2023; oraz opinii Rady Przejrzystości nr 168/2023 z dnia 9 października 2023 roku o projekcie „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad postawy, nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych w mieście Ełku na lata 2023-2028”