



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 21/2024 z dnia 27 marca 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Powiatowy program profilaktyki nadwagi i otyłości uczniów klas III
szkół podstawowych powiatu tczewskiego”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Powiatowy program profilaktyki nadwagi i otyłości uczniów klas III szkół podstawowych powiatu tczewskiego”, 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 badania przesiewowe (w tym pomiary antropometryczne) oraz interwencje specjalistyczne, w tym, badania laboratoryjne, konsultacje lekarskie, dietetyczne, ze specjalistą aktywności fizycznej, psychologiczne oraz działania edukacyjne, co wzięto pod uwagę przy wydaniu opinii.

Nadwaga i otyłość są jednymi z głównych czynników ryzyka rozwoju nowotworów, chorób układu krążenia czy innych 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.

Opiniowany projekt zawiera uchybienia, które uniemożliwiają jego realizację z zachowaniem wysokiej jakości. W związku z tym należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności uwagi dotyczące: wskazania uzasadnienia wartości docelowych określonych w celu głównym oraz w celach szczegółowych; wskazania liczby godzin planowanych działań edukacyjnych dla dzieci, ograniczenia badań laboratoryjnych oraz doprecyzowania kosztów jednostkowych dla poszczególnych konsultacji specjalistycznych.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący nadwagi i otyłości wśród dzieci, zaplanowany do realizacji przez powiat tczewski. Całkowity koszt programu oszacowano na 1 413 280 zł, zaś okres jego realizacji obejmuje lata 2024-2029.

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 2024 r.,

poz. 146), 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 oraz otyłość wśród dzieci. W projekcie programu przedstawiono etiologię, czynniki ryzyka, powikłania otyłości, definicję oraz wartości BMI (Body Mass Index), na podstawie których rozpoznaje się nadwagę i otyłość.

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

W projekcie programu polityki zdrowotnej przedstawiono dane NZOZ SALUS Medycyna Szkolna z siedzibą w Tczewie, w zakresie analizy testów przesiewowych uczniów klas III w roku szkolnym 2021/2022 oraz 2022/2023. Wykazano, że w roku szkolnym 2021/2022 u 13,03% dzieci zdiagnozowano nadwagę, natomiast u 8,98% otyłość. Z kolei w roku szkolnym 2022/2023 u 13,77% dzieci zdiagnozowano nadwagę, natomiast u 11,87% otyłość.

W ramach rekomendowanych kierunków działań dla województwa pomorskiego wskazano m. in., że „istotne są wszelkie działania promujące zdrowy styl życia”.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości (redukcja średnio o 3 centyle BMI w stosunku do wyniku badania antropometrycznego w momencie rozpoczęcia badania) wśród co najmniej 30% uczniów objętych interwencją specjalistyczną, uczęszczających do klas III szkół podstawowych na terenie powiatu tczewskiego, w latach 2024-2029”. Cel główny powinien być precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Cel główny został sformułowany prawidłowo i wydaje się możliwy do realizacji za pomocą planowanych w programie badań przesiewowych oraz działań profilaktycznych. W projekcie nie przedstawiono jednak uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych, co należałoby uzupełnić.

W dokumencie wskazano 3 cele szczegółowe:

- (1) „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 powiatu tczewskiego oraz ich rodziców/opiekunów prawnych, w latach 2024-2029”,
- (2) „zwiększenie o ok. 30% częstości stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu zdrowej diety wśród dzieci objętych interwencją specjalistyczną i ich rodziców/opiekunów prawnych (m.in. zjedanie pierwszego śniadania przed wyjściem do szkoły/pracy, regularne spożywanie 4-5 posiłków dziennie, zwiększenie spożywania owoców i warzyw, ograniczenie cukru i niezdrowych przekąsek), w latach 2024-2029”,
- (3) „zwiększenie o ok. 30% częstości stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu aktywności fizycznej wśród dzieci objętych interwencją specjalistyczną i ich rodziców/opiekunów prawnych (aktywność fizyczna 60 minut dziennie w przypadku dzieci i 150 minut w tygodniu w przypadku dorosłych), w latach 2024-2029”.

Cel szczegółowy nr 1 odnosi się do poziomu wiedzy uczestników PPZ. Możliwy jest wzrost wiedzy w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi oraz pomiar tego wzrostu za pomocą zaplanowanych pre- i post-testów. Do projektu załączono przykładowe testy wiedzy. Nie oszacowano jednak poziomu zdawalności testu, a więc nie jest jasne, jaki jego wynik będzie uznawany za istotną poprawę poziomu wiedzy uczestnika programu. Prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie.

Cel szczegółowy nr 2 dotyczy zwiększenia częstości zachowań prozdrowotnych w obszarze prowadzenia zdrowej diety. Możliwy jest wzrost częstości ww. zachowań w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi oraz pomiar zmiany za pomocą zaplanowanych pre- i post-testów. Do projektu załączono przykładowe testy zachowań prozdrowotnych przeznaczone dla dzieci oraz rodziców/opiekunów prawnych.

Cel szczegółowy nr 3 odnosi się do zwiększenia stosowania zachowań prozdrowotnych w obszarze aktywności fizycznej. Możliwy jest wzrost poziomu aktywności fizycznej w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi oraz pomiar tego wzrostu za pomocą zaplanowanych pre- i post-testów. Do projektu załączono przykładowy test odnoszący się do aktywności fizycznej, przeznaczony dla dziecka jak i dla rodzica/opiekuna prawnego.

Należy zaznaczyć, że dla żadnego z celów szczegółowych nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej, co należy uzupełnić.

W dokumencie wskazano 3 mierniki efektywności:

- (1) *„BMI skorygowane o wiek i płeć w postaci centylów: pomiar po zakończeniu interwencji”*,
- (2) *„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, w tym 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”*,
- (3) *„liczba dzieci i ich rodziców/opiekunów prawnych, 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)”*.

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.

Zaproponowane w projekcie mierniki efektywności zostały zaplanowane prawidłowo i odnoszą się bezpośrednio do zaplanowanych celów programu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu będą stanowić dzieci uczęszczające do klas III szkół podstawowych powiatu tczewskiego oraz ich rodzice/opiekunowie prawni. W programie zaplanowano objęcie działaniami około 6 300 dzieci w wieku 10 lat w 5-letniej perspektywie programu. Zaznaczono, że badania antropometryczne obejmą wszystkie dzieci klas III. Szacowana liczba dzieci zakwalifikowanych do interwencji specjalistycznej wyniesie 1 139 (przyjęto wskaźnik 20% powołując się na dane epidemiologiczne). Wskazano także, że szacowana liczba dzieci objętych interwencją specjalistyczną z uwzględnieniem realnego uczestnictwa wyniesie 456 osób (przyjęto 40% wskaźnik realnego uczestnictwa dzieci w interwencji specjalistycznej). Poza uczniami, do których bezpośrednio zostanie skierowany projekt interwencji, jego działania skupione będą również na ich rodzicach/opiekunach prawnych.

W projekcie prawidłowo określono kryteria włączenia i wyłączenia.

Kryteriami włączenia do programu będą: uczęszczanie do klas III szkół podstawowych znajdujących się na terenie powiatu tczewskiego, miejsce zamieszkania dziecka na terenie powiatu tczewskiego, w wyniku badań antropometrycznych zidentyfikowana u dziecka nadwaga (BMI 90-97 centyla) lub otyłość (BMI>97 centyla), pisemna zgoda na udział dziecka w programie w części specjalistycznej.

Kryteria wyłączenia z programu stanowić będą: brak pisemnej zgody rodzica/opiekuna dziecka na udział w programie w części specjalistycznej, brak współpracy rodzica/opiekuna dziecka objętego interwencją specjalistyczną w ramach programu w zakresie przekazywania niezbędnych informacji

realizatorowi, wcześniejsze objęcie dziecka z nadwagą lub otyłością specjalistyczną opieką lekarską w ramach świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), pisemna rezygnacja z udziału w programie złożona przez rodzica/opiekuna prawnego dziecka.

Interwencja

W projekcie programu zaplanowano interwencje w dwóch etapach:

etap I – badania przesiewowe (w tym pomiary antropometryczne);

etap II – interwencje specjalistyczne: badania laboratoryjne; konsultacje: specjalistyczne, lekarskie, dietetyczne, ze specjalistą aktywności fizycznej; psychologiczne oraz działania edukacyjne.

I etap – badania przesiewowe

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). Badania zostaną przeprowadzone w szkołach w systemie rocznym wg ustalonego harmonogramu badań bilansowych przez pielęgniarki/higienistki szkolne. Dzieci ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością w badaniu bilansowym będą zapraszane do dalszego etapu programu wraz z rodzicem/opiekunem prawnym. Zaznaczono, że pielęgniarka szkolna nawiąże kontakt z rodzicem/opiekunem prawnym dziecka celem przekazania informacji o możliwości i zasadności skorzystania ze wsparcia specjalistycznego.

II etap – interwencja specjalistyczna dla dzieci z nadwagą lub otyłością

Badania laboratoryjne

Dzieci ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością w badaniu bilansowym zostaną skierowane na badania laboratoryjne, tj.: morfologię, pełen profil lipidowy na czczo, poziom glukozy na czczo, próby wątrobowe, hormony tarczycy (TSH, FT3, FT4), poziom żelaza. Przewidziane w programie badania laboratoryjne są niezbędne celem oceny rodzaju i stopnia zaburzeń metabolicznych związanych z nadwagą lub otyłością. Zaznaczono, że w razie znacznych, istotnych klinicznie nieprawidłowości dzieci będą wykluczone z programu i przekazane celem dalszej diagnostyki i leczenia w ramach świadczeń finansowanych ze środków NFZ.

Badania laboratoryjne powinny zostać ograniczone jedynie do pomiaru poziomu glukozy na czczo oraz lipidogramu. Według ekspertów nie ma konieczności badania prób wątrobowych oraz hormonów tarczycy w tej grupie wiekowej. W związku z powyższym zapisy dotyczące interwencji w tym zakresie należy skorygować.

Konsultacje specjalistyczne

W projekcie zaplanowano zrealizowanie indywidualnych konsultacji z interdyscyplinarnym zespołem ekspertów specjalizujących się w leczeniu nadwagi lub otyłości. Celem kompleksowej interwencji jest dobór odpowiednich strategii oraz opracowanie indywidualnego planu zmiany dla każdego dziecka z problemem nadwagi lub otyłości. Zaznaczono także, że działania będą skierowane zarówno do dziecka jak i do jego rodzica/opiekuna prawnego

Każde dziecko będzie objęte wsparciem specjalistycznym przez okres ok. 9 miesięcy. Podkreślono, że w uzasadnionych przypadkach wsparcie specjalistyczne może być wydłużone do 1 roku. Wskazano, że zrealizowanych zostanie średnio 18 indywidualnych konsultacji z interdyscyplinarnym zespołem ekspertów. Zaplanowano 3 konsultacje z lekarzem, 6 konsultacji z dietetykiem, 6 konsultacji z fizjoterapeutą/specjalistą aktywności fizycznej oraz 3 konsultacje z psychologiem. Jednocześnie zaznaczono, że jest to wartość szacunkowa, gdyż liczba niezbędnych spotkań i odstępów między

kolejnymi spotkaniami są danymi sugerowanymi, a rzeczywisty czas uczestnictwa w programie uzależniony będzie od specjalistów udzielających wsparcia.

Konsultacje lekarskie

W projekcie zaplanowano przeprowadzenie trzech konsultacji lekarskich, które będą przebiegać w obecności rodzica/opiekuna prawnego. Wskazano, że pierwsza konsultacja odbędzie się po otrzymaniu wyników badań laboratoryjnych, natomiast kolejna konsultacja odbędzie się po 3 miesiącach. Ostatnie zamykające spotkanie zaplanowano po 9 miesiącach od pierwszej wizyty.

Celem pierwszej konsultacji lekarskiej jest m.in. przeprowadzenie pogłębionego wywiadu medycznego w kierunku oceny ryzyka wystąpienia chorób metabolicznych u dziecka, pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, omówienie wyników badań antropometrycznych i laboratoryjnych, ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka oraz przedstawienie rekomendacji medycznych dotyczących dalszego postępowania. Z kolei celem każdej kolejnej konsultacji będzie monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem problemu nadwagi lub otyłości oraz ich konsekwencji zdrowotnych.

Konsultacje dietetyczne

W projekcie zaplanowano sześć konsultacji z dietetykiem. Wnioskodawca wskazuje, że pierwsza konsultacja odbędzie się po badaniu lekarskim, natomiast kolejne – po 1, 2, 3 i 6 miesiącach od pierwszej wizyty, a ostatnia konsultacja zamykająca po 9 miesiącach od pierwszego spotkania.

Celem pierwszej konsultacji dietetycznej będzie m.in. przeprowadzenie pogłębionego wywiadu dietetycznego w kierunku oceny zachowań żywieniowych dziecka, przeprowadzenie pomiaru masy ciała, opracowanie przykładowego jadłospisu dla dziecka/rodziny, ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka pod kątem odżywienia oraz przedstawienie rekomendacji dietetycznych dot. dalszego postępowania.

Celem każdej kolejnej konsultacji będzie przeprowadzenie pomiaru masy ciała, edukacja w obszarze zasad zdrowego odżywiania, modyfikacja jadłospisu, a także monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów żywieniowych związanych z nadwagą lub otyłością.

Konsultacje fizjoterapeutyczne

W ramach interwencji specjalistycznych wskazano również na realizację sześciu konsultacji z fizjoterapeutą. Zaznaczono, że pierwsza konsultacja odbędzie się po badaniu lekarskim, natomiast kolejne konsultacje kontrolne – po 1, 2, 3 i 6 miesiącu od pierwszej wizyty, a ostatnia konsultacja zamykająca po 9 miesiącach od pierwszego spotkania.

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, opracowanie zestawu ćwiczeń dla dziecka oraz rodzica/opiekuna prawnego, ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka pod względem wydolności fizycznej oraz przedstawienie rekomendacji fizjoterapeutycznych dot. dalszego postępowania.

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 osób objętych wsparciem, monitorowanie ich stanu zdrowia pod względem indywidualnych problemów w zakresie wykonywania ćwiczeń wynikających z nadwagi lub otyłości. Podkreślono także, że konsultacje będą mogły mieć charakter grupowy lub indywidualny.

Konsultacje psychologiczne

W zakres interwencji specjalistycznej będą wchodzić również konsultacje z psychologiem. Podobnie jak w przypadku konsultacji dietetycznych, pierwsza konsultacja odbędzie się po badaniu lekarskim,

natomiast kolejna po 3 miesiącach, a ostatnia konsultacja zamykająca po 9 miesiącach od pierwszego spotkania.

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, ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka pod kątem psychologicznym, opracowanie planu zmiany zachowań zdrowotnych oraz oddziaływań psychologicznych w oparciu o zasady terapii behawioralnej oraz przedstawienie rekomendacji psychologicznych dot. dalszego postępowania.

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 oraz monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów psychologicznych związanych z nadwagą lub otyłością.

Działania edukacyjne

Zajęcia edukacyjne dzieci i młodzieży szkolnej prowadzone będą w ramach szkolnych zajęć, np. podczas zajęć z wychowawcą. Zaznaczono, że zajęcia będą mogły być prowadzone przez nauczycieli biologii, wychowania do życia w rodzinie, wychowania fizycznego, pielęgniarkę szkolną. Zaznaczono także, że dla nauczycieli zostały przygotowane gotowe scenariusze lekcji.

Należy jednak podkreślić, że w projekcie nie przedstawiono szczegółowych informacji dotyczących m.in. liczby planowanych spotkań edukacyjnych przeznaczonych dla dzieci z danego rocznika.

W projekcie programu zaznaczono, że dla każdego rocznika dzieci objętych wsparciem specjalistycznym przewidziano dwa spotkania grupowe dla rodziców/opiekunów prawnych (2 spotkania po ok. 90 minut każde), w tym pierwsze po badaniu bilansowym dzieci oraz drugie po zakończeniu ścieżki wsparcia specjalistycznego. Zaznaczono, że spotkania prowadzone będą przez zespół ekspertów udzielających wsparcia.

Rekomendacje wskazują, że multidyscyplinarny zespół specjalistów powinien obejmować dietetyków, psychiatrów, pielęgniarki (ES 2017), a także pediatrów, psychologów oraz specjalistów w dziedzinie zdrowia i promowania aktywności fizycznej (ISPED, ISP 2018). Należy zatem zaznaczyć, że wskazane przez wnioskodawcę interwencje w postaci konsultacji specjalistycznych są zgodne z wytycznymi.

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 monitorowana będzie na podstawie danych przedstawionych przez realizatora programu oraz wyników badań bilansowych uczniów klas trzecich przesyłanych corocznie do Wydziału Zdrowia, Spraw Społecznych i PFRON Starostwa Powiatowego w Tczewie przez pracowników medycyny szkolnej. Do projektu załączono wzór sprawozdania wraz ze wskaźnikami

odnoszącymi się do oceny zgłaszalności. Należy zaznaczyć, że przedstawione wskaźniki zostały zaplanowane prawidłowo.

Ocena jakości świadczeń w programie dokonana zostanie na podstawie ankiet satysfakcji uczestników programu. Wzór ankiety został dołączony do projektu i nie budzi zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu obejmie analizę przedstawionych w projekcie 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 podkreślone w projekcie programu.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w programie.

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W projekcie odniesiono się do kwestii związanych z warunkami dotyczącymi personelu, wyposażenia i warunkami lokalowymi.

W ramach akcji informacyjnej Starostwo Powiatowe, Urzędy Gmin oraz realizator programu na swoich stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych będą informowali o możliwości i warunkach uczestnictwa w programie. Dopuszczone będą również inne formy przekazywania informacji o programie w zależności od przyjętych sposobów stosowanych przez realizatora (np. plakaty, ulotki, bezpośredni kontakt, media lokalne).

Całkowity budżet programu oszacowano na 1 413 280 zł (224 960 zł w 2024 r., 273 560 zł w 2025 r., 286 820 zł w 2026 r., 295 280 zł w 2027 r., 275 660 zł w 2028 r., 57 000 zł w 2029 r.).

Przedstawiono koszty jednostkowe, roczne oraz odniesiono się do kosztów monitorowania i ewaluacji.

Należy zauważyć, że w projekcie nie oszacowano kosztów jednostkowych dla poszczególnych konsultacji specjalistycznych. Wskazano uśredniony koszt konsultacji w wysokości 150 zł za jedną konsultację lekarską/dietetyczną/fizjoterapeutyczną/psychologiczną. Zapis ten wymaga doprecyzowania.

Koszty planowanych interwencji należy zweryfikować zgodnie z uwagami dotyczącymi badań laboratoryjnych. Sugeruje się przeznaczenie tych środków na inne działania w programie.

Program będzie finansowany ze środków własnych Powiatu Tczewskiego oraz z budżetów zainteresowanych gmin z terenu powiatu tczewskiego lub z innych środków zewnętrznych pozyskanych przez Powiat Tczewski.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Otyłość według WHO jest definiowana 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, u których stwierdzono otyłość 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 z późn. zm.) zawiera zapisy dotyczące kompleksowej oceny stanu zdrowia. 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). 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.

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

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 badaniach 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, spacerowanie z rowerem trójkołowym 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.) 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, zaplanowanych na 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 obszarach (skupienie 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.

ZASTĘPCA PREZESA

Daniel Rutkowski

/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. 2024 poz. 146), z uwzględnieniem raportu zdrowotnej nr: OT.431.5.2024 „Powiatowy program profilaktyki nadwagi i otyłości uczniów klas III szkół podstawowych powiatu tczewskiego”; data ukończenia marzec 2024, oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 38/2024 z dnia 25 marca 2024 roku o projekcie programu „Powiatowy program profilaktyki nadwagi i otyłości uczniów klas III szkół podstawowych powiatu tczewskiego”.