



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 57/2024 z dnia 16 sierpnia 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej Qźnia Zdrowia Kids w zakresie
wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży
zamieszkujących Gminę Miasta Toruń na lata 2024-2028”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej Qźnia Zdrowia Kids w zakresie wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży zamieszkujących Gminę Miasta Toruń na lata 2024-2028”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i wносить wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Zaplanowane interwencje obejmują badania przesiewowe (w tym pomiary antropometryczne) oraz interwencje multidyscyplinarne (konsultacje dietetyczne, konsultacje psychologiczne oraz konsultacje z zakresu aktywności ruchowej), 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 jednak 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: odniesienia się do lokalnej sytuacji epidemiologicznej; uzupełnienia celu głównego o wartość docelową oraz przeformułowanie celu szczegółowego dotyczącego zachowań prozdrowotnych; doprecyzowania liczebności populacji; uzupełnienia informacji dot. testów wiedzy w planowanych interwencjach oraz skorygowania rozbieżności w zakresie kosztów jednostkowych.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący nadwagi i otyłości wśród dzieci, uczęszczających do klas I-III szkół podstawowych z terenu Gminy Miasta Toruń. Całkowity koszt programu oszacowano na 360 000 zł, zaś okres jego realizacji obejmuje lata 2024-2028.

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 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.

Zgodnie z danymi WHO w krajach europejskich wśród dzieci i młodzieży stwierdza się nadwagę lub otyłość u ponad 30% dziewczynek i u 20% chłopców w wieku 6-10 lat.

Należy zaznaczyć, że nie odniesiono się do lokalnej sytuacji epidemiologicznej. Pozwoliłoby to na analizę istotności problemu zdrowotnego oraz możliwości jego zabezpieczenia w kontekście potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności.

Według Map Potrzeb Zdrowotnych zapadalność na otyłość w 2016 roku wyniosła 32,3 tys. przypadków w Polsce. Współczynnik zapadalności na 100 tysięcy ludności wyniósł 84,0.

W treści projektu przytoczono także dane Instytutu Żywności i Żywienia za 2013 rok wskazując, że „w województwie kujawsko-pomorskim zamieszkiwało 20,3% dzieci w wieku szkolnym borykających się z nadwagą lub otyłością, średnia dla Polski wynosi 22,3%”.

W projekcie odwołano się do Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 podkreślając, że „w województwie odnotowano największą wartość wskaźnika DALY dla nowotworów i chorób układu krążenia. Wskazane podgrupy problemów zdrowotnych były również najczęściej występującymi przyczynami zgonów. Największy wpływ na liczbę utraconych lat życia i liczbę lat przeżytych w niepełnosprawności oraz liczbę zgonów miały podgrupy problemów zdrowotnych określane, jako nowotwory i choroby układu krążenia. Te ostatnie mogą mieć przyczynę wynikającą z występowania nadwagi i otyłości”.

W treści projektu przedstawiono również informacje pochodzące z MPZ w zakresie wyzwań systemu opieki zdrowotnej i rekomendowanych kierunków działań dla woj. kujawsko-pomorskiego. Wskazano m.in., że w województwie kujawsko-pomorskim „istnieje potrzeba podjęcia działań mających na celu realizację programów profilaktycznych dotyczących pozostałych czynników ryzyka mających wpływ na DALY i zgony”. W ramach rekomendowanych kierunków działań dla województwa kujawsko-pomorskiego wskazano na „poprawę skuteczności działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia oraz ograniczenie negatywnego wpływu czynników ryzyka na DALY i zgony poprzez realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego, programów polityki zdrowotnej, programów profilaktyki zdrowotnej dotyczących wymienionych czynników ryzyka”.

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 20% uczniów objętych interwencją specjalistyczną, uczęszczających

do klas I-III szkół podstawowych na terenie Gminy Miasta Toruń, w latach 2024-2028". Cel główny powinien być precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Cel główny został sformułowany prawidłowo i znajduje odzwierciedlenie w obowiązujących rekomendacjach. Jednak nie wskazano uzasadnienia dla podanej wartości docelowej, co wymaga uzupełnienia.

W dokumencie wskazano 3 cele szczegółowe:

- (1) „wzrost o co najmniej 20% stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu aktywności fizycznej (rozumianej jako poświęcanie min. 2 razy w tygodniu 30 minimum dziennie na aktywność fizyczną) przez dzieci i rodziców/opiekunów zamieszkujących na terenie Gminy Miasta Toruń, uczestników programu, w efekcie odbytych zajęć z edukacji zdrowotnej, w latach 2024-2028”,
- (2) „wzrost lub utrzymanie poziomu wiedzy, u co najmniej 30% uczniów, zamieszkujących na terenie Gminy Miasta Toruń, uczestniczących w programie, w zakresie znaczenia zdrowego odżywiania dla zdrowia całego organizmu oraz konsekwencji nadwagi i otyłości, w latach 2024-2028”,
- (3) „wzrost lub utrzymanie poziomu wiedzy, u co najmniej 30% rodziców/opiekunów/nauczycieli zamieszkujących na terenie Gminy Miasta Toruń, uczestniczących w programie, w zakresie znaczenia zdrowego odżywiania dla zdrowia całego organizmu oraz konsekwencji nadwagi i otyłości, w latach 2024-2028”.

Cel szczegółowy nr 1 został przedstawiony zbyt ogólnie, nie przedstawiono sposobu pomiaru zachowań prozdrowotnych oraz weryfikacji jego efektywności. Cele nr 2 i 3 odnoszące się do wzrostu wiedzy są możliwe do osiągnięcia ze względu na zaplanowane działania edukacyjne. W projekcie programu zaplanowano także pomiar wzrostu wiedzy uczestników za pomocą przeprowadzania pre- i post-testów. Do projektu programu załączono wzór ww. testu dla rodziców/opiekunów, który nie budzi zastrzeżeń. Należy jednak podkreślić, że do projektu programu nie załączono wzoru testu wiedzy dla dzieci, zatem nie było możliwości jego weryfikacji. Należy również zaznaczyć, że w żadnym z celów szczegółowych nie wskazano uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych. Kwestia ta wymaga uzupełnienia.

W dokumencie wskazano 4 mierniki efektywności:

- (1) „odsetek dzieci z nadwagą lub otyłością, u których doszło do obniżenia wartości BMI o co najmniej 3 centyle”,
- (2) „odsetek dzieci i rodziców/opiekunów, wykazana na podstawie wywiadu podczas podsumowującej wizyty lekarskiej”,
- (3) „odsetek dzieci, u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy (lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy) min. 80% poprawnych odpowiedzi udzielonych w post-teście”,
- (4) „odsetek rodziców/opiekunów, u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy (lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy) min. 80% poprawnych odpowiedzi udzielonych w post-teście”.

Zaproponowane w projekcie mierniki efektywności w większości zostały zaplanowane prawidłowo i odnoszą się bezpośrednio do zaplanowanych celów programu. Ze względu na zbyt ogólne sformułowanie cel szczegółowego nr 1, nie ma możliwości w pełni odniesienia do niego miernika efektywności. Dodatkowo miernik nr 2 dotyczy jedynie liczby osób uczestniczących w wywiadzie podczas podsumowującej wizyty lekarskiej, zatem wskaźnik ten odpowiada monitorowaniu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu będą stanowić dzieci uczęszczające do klas I-III szkół podstawowych z terenu Gminy Miasta Toruń oraz ich rodzice/opiekunowie prawni. Zaznaczono, że na dzień 31.03.2024 r. Gminę Miasto Toruń zamieszkiwało 171 560 mieszkańców. Informacje przedstawione w projekcie są zbliżone do danych zamieszczonych na stronie internetowej GUS. Zgodnie z zapisami projektu Gmina Miasto Toruń nadzoruje 30 szkół podstawowych, w których w liczba dzieci

uczęszczających do klas I-III w roku szkolnym 2024/2025, zameldowanych na pobyt stały i czasowy wynosi 5 084 osób. Zaznaczono również, że biorąc pod uwagę 5 letni okres realizacji programu, całkowita populacja docelowa z uwzględnieniem roczników 2017 (1822 dzieci), 2018 (1667 dzieci), 2019 (1682 dzieci) i 2020 (1532 dzieci) wynosi 11 788 uczniów w całym okresie realizacji programu. Zakłada się zgłaszalność do programu na poziomie 80%, co określa planowaną populację na poziomie ok. 9 430 osób w ciągu 5 lat realizacji programu. Należy jednak zaznaczyć, że zgodnie z informacjami przedstawionymi w projekcie programu, biorąc pod uwagę budżet PPZ, do programu zostanie włączone 1 800 osób w trakcie realizacji 5-letniego PPZ.

W projekcie programu istnieje nieścisłość odnośnie populacji zakwalifikowanej do pomiarów antropometrycznych. W sekcji dotyczącej opisu populacji wskazano, że będzie to 180 osób. Natomiast w sekcji budżetu wskazano 1800 osób. Istnieje zatem rozbieżność w zakresie liczebności populacji docelowej włączanej do poszczególnych interwencji w PPZ przedstawionej w opisie populacji docelowej oraz budżecie. Kwestię tę należy doprecyzować.

W projekcie prawidłowo określono kryteria włączenia i wyłączenia.

Interwencja

W projekcie programu zaplanowano działania edukacyjne, badania antropometryczne wraz z oceną lekarską oraz działania terapeutyczne (konsultacje lekarskie, dietetyczne, psychologiczne, zajęcia ruchowe).

Działania edukacyjne

Działania edukacyjne będą skierowane do dzieci, ich rodziców/opiekunów oraz wychowawców uczniów. W przypadku dzieci mają obejmować 4 lekcje w trakcie roku szkolnego. W ramach działań dla rodziców /opiekunów oraz wychowawców zaplanowano wykłady, które mają odbyć się minimum raz w ciągu roku szkolnego i trwać 90 minut. Podczas spotkań uczestnicy poszerzą swoją wiedzę na temat zasad prawidłowego żywienia. Szczególna uwaga zostanie zwrócona na kwestie dot. zagrożeń związanych z otyłością.

W ramach działań edukacyjnych skierowanych do dzieci oraz do rodziców/opiekunów uczniów zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testów pozwalających na weryfikację wzrostu wiedzy uczestników. Zaznaczono, że przygotowanie i przeprowadzenie testu leży po stronie realizatora programu. Do projektu programu załączono wzór ww. testu dla rodziców/opiekunów, który nie budzi zastrzeżeń. Natomiast nie załączono wzoru testu wiedzy dla dzieci, zatem nie było możliwości jego weryfikacji.

Działania kwalifikacyjne i diagnostyczne

Pomiary antropometryczne

Zaplanowane pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost, wskaźnik BMI) przeprowadzane będą w szkole w godzinach zajęć. Przy okazji tych działań personel biorący udział w interwencji przeprowadzi działania promocji zdrowia. Ponadto pomiary te mogą zostać wykonane samodzielnie przez rodziców w warunkach domowych np. przy edukacji realizowanej w formie zdalnej. Należy zaznaczyć jednak, że takie pomiary mogą być obarczone błędem pomiaru i tym samym powodować np. niedoszacowanie populacji dzieci z nadwagą lub otyłością.

Ocena lekarska i kwalifikacja do działań terapeutycznych

Zaplanowano przeprowadzenie minimum 2 konsultacji lekarskich. W trakcie badania początkowego lekarz przeprowadzi wywiad, odpowiednie badania przedmiotowe i podmiotowe oraz ustali cel, który powinien osiągnąć uczestnik programu. Badanie końcowe ma za zadanie sprawdzić, czy zostały osiągnięte cele tj. czy nastąpiło zmniejszenie masy ciała o co najmniej 3 centyle oraz przekazać indywidualne zalecenia do postępowania po zakończeniu udziału w programie.

Działania terapeutyczne

Konsultacje dietetyczne

W ramach interwencji zaplanowano konsultacje dietetyczne. Celem pierwszej konsultacji dietetycznej będzie m.in. zebranie szczegółowych informacji o uczestniku (tj. wiek, choroby, ogólne samopoczucie, tryb życia, pomiary antropometryczne, nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna i inne, które dietetyk uwzględni w wywiadzie). Wskazano, że podczas konsultacji wraz z uczestnikiem zostaną ustalone cele (m.in. w obszarze zmiany nawyków żywieniowych, redukcji masy ciała, możliwości opracowania specjalnego jadłospisu).

Zgodnie z rekomendacjami, zalecenia dietetyczne powinny obejmować: spożywanie 5 posiłków dziennie, spożywanie odpowiedniego śniadania, unikanie podjadania między posiłkami, unikanie produktów wysokoenergetycznych i o niskiej wartości odżywczej, zwiększenie spożywania owoców, warzyw i produktów bogatych w błonnik, spożywanie mniejszych porcji, co zostało uwzględnione w projekcie.

Konsultacje psychologiczne

W zakres interwencji będzie wchodzić również wsparcie psychologiczne. Konsultacja ta powinna trwać nie krócej niż 60 min. Ma na celu wzmacnianie nastawienia ucznia i rodziców do zmian nawyków żywieniowych, w tym dla całej rodziny, umiejętności radzenia sobie ze stresem, utrzymywania wysokiego poziomu motywacji. Zaplanowana została 1 konsultacja dla każdego dziecka.

Zajęcia ruchowe

W ramach interwencji zaplanowano także zajęcia ruchowe. Zajęcia mogą być realizowane w formie zajęć grupowych lub indywidualnych. Uczestnik musi otrzymać świadczenia w ramach komponentu aktywności fizycznej co najmniej 2 razy w tygodniu, przez co najmniej 75 minut, przez cały okres uczestniczenia w projekcie.

Na podstawie odnalezionych dowodów naukowych zaleca się realizację interwencji multidyscyplinarnych, 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. Należy zaznaczyć, że zaplanowane w PPZ działania obejmują zalecane przez USPSTF i inne organizacje 26 h kontaktowych.

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 sprawozdań realizatora w okresowych i rocznych okresach sprawozdawczych na podstawie liczby zgód na udział w programie. Ponadto, wskaźniki te zostaną wybrane przez realizatora oraz Instytucję Zarządzającą i zostaną ustalone w ramach szczegółowej umowy na realizację programu. Mogą być to m.in.: „liczba dzieci zamieszkujących na terenie Gminy Miasta Toruń, będących uczniami klas I-III, uczestniczących w programie w latach 2024-2028; wynik wyrażony liczbowo”, „liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie i wzięły udział w interwencjach (z podziałem na interwencje)”, „liczba rodziców włączonych do programu, którzy w wyniku działań edukacyjnych podnieśli poziom wiedzy z zakresu występowania i czynników nadwagi i otyłości”, „liczba uczestników, usatysfakcjonowanych udziałem w programie (na podstawie ankiety satysfakcji i oceny jakości świadczeń na rzecz uczestnika)”, „liczba

uczestników programu, zamieszkujących na terenie Gminy Miasta Toruń, będących uczniami klas I-III, którym wykonano badania diagnostyczne w ramach programu, w latach 2024-2028”, „liczba dzieci zamieszkujących na terenie Gminy Miasta Toruń, będących uczniami klas I-III, uczestniczących w działaniach edukacyjnych w programie w latach 2024-2028”, „liczba wydanych zaleceń dalszej diagnostyki dziecka w ramach NFZ”, „liczba dzieci, które nie zostały objęte programem, z określeniem przyczyn”, „określenie rodzajowe i ilościowe wyłączenia lub niepełnego uczestnictwa w programie”, „liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu”, „liczba osób która przekazała dane dotyczące BMI po 6 i 12 miesiącach od zakończenia interwencji – w czasie trwania programu”.

Należy zaznaczyć, że część ze wskaźników wymienionych w punkcie dot. monitorowania odnosi się bardziej do ewaluacji („liczba rodziców włączonych do programu, którzy w wyniku działań edukacyjnych podnieśli poziom wiedzy z zakresu występowania i czynników nadwagi i otyłości”, „liczba wydanych zaleceń dalszej diagnostyki dzieci w ramach NFZ”).

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: „liczby dzieci, u których zdiagnozowano nadwagę i otyłość (nieprawidłowy wskaźnik BMI)”, „liczby uczniów, ich rodziców/opiekunów/nauczycieli, którzy podejmują regularną, aktywność fizyczną – minimum 2 razy w tygodniu”, „liczby dzieci, u których nastąpiło zmniejszenie masy ciała, z uwzględnieniem wartości w kg, % masy ciała i wskaźnika BMI score – na podstawie danych uzyskanych podczas pomiarów antropometrycznych wykonywanych przez realizatora”, „liczby dzieci z prawidłowym wskaźnikiem BMI”. Należy jednak zaznaczyć, że ostatni z przedstawionych wskaźników odnosi się bardziej do monitorowania.

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.

Akcja informacyjna prowadzona będzie za pomocą takich podmiotów jak: lokalne media, jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucje wsparcia społecznego. Ponadto podkreślono, że główny nacisk w kampanii informacyjnej zostanie położony na wykorzystanie placówek szkolnych i ochrony zdrowia, jako miejsca przekazywania podstawowych informacji na temat programu.

Całkowity budżet programu oszacowano na 360 000 zł.

Przedstawiono koszty jednostkowe, roczne oraz odniesiono się do kosztów monitorowania i ewaluacji. Należy jednak podkreślić, że w zakresie kosztów monitorowania i ewaluacji oraz działań informacyjno-promocyjnych istnieje rozbieżność. W kosztach jednostkowych wskazano, że koszty te łącznie będą wynosić 5 000 zł, natomiast w kosztach całkowitych wskazano na kwotę 7 500 zł oraz 5 000 zł. Powyższa kwestia wymaga skorygowania.

Program będzie finansowany ze środków własnych Gminy Miasta Toruń.

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

Podsumowanie wytycznych klinicznych

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 2022a, MQIC 2022b, 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 2022b, MoH NZ 2016);

Definiowanie oraz kryteria stwierdzenia nadwagi i otyłości:

- Rozpoznawanie nadwagi – wartość BMI w zakresie: ≥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);
- Każde dziecko z BMI ≥85. centyla powinno być monitorowane m.in. pod względem powikłań nadwagi lub otyłości (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, MQIC 2022a, ES 2017);

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

Dieta

- Rekomenduje się, aby dziecko w każdym okresie życia spożywało 3-5 posiłków o stałych porach, w tym codziennie śniadania (przy jednoczesnym braku podjadania między posiłkami). Zalecenia żywieniowe dotyczące zapobiegania rozwojowi nadwagi i otyłości wśród dzieci od momentu urodzenia oraz u dzieci po 1. roku życia są takie same, jak zalecenia żywieniowe dotyczące prawidłowego rozwoju i wzrastania zdrowych dzieci i młodzieży. Należy: dostosowywać energetyczność posiłków do potrzeb adekwatnych dla wieku; zalecać odpowiednio do wieku dziecka codzienne spożywanie warzyw i owoców oraz ograniczenie picia soków owocowych, zwłaszcza dosładzanych; odpowiednio do wieku dziecka zalecać, aby co najmniej połowę spożywanych produktów zbożowych stanowiły pokarmy pełnoziarniste; odpowiednio do wieku dziecka zalecać spożywanie roślin strączkowych; zalecać ograniczenie spożycia słodczy i słodzonych napojów oraz niedosładzanie potraw (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, ISPED, ISP 2018).
- We wszystkich grupach wiekowych zalecane jest promowanie zdrowego stylu życia oraz diety z uwzględnieniem dziennego modelu 5-2-1-0: ≥5 porcji warzyw i owoców, do 2 godzin poświęconych na rekreacyjnym przebywaniu przed ekranami np. telewizora, ≥1 godziny aktywności fizycznej, 0 napojów słodzonych (MQIC 2022a, MQIC 2022b). Należy promować jedzenie w domu (ISPED, ISP 2018).
- 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 2022a, 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 2022a, MQIC 2022b, 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).
- Edukacja kierowana do rodziców powinna podkreślać znaczenie roli modelowania przez nich zachowań zdrowotnych (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej (MQIC 2022a).
- 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).

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 2022b, 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 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, 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).

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

Z upoważnienia Prezesa

p.o. ZASTĘPCY DYREKTORA BIURA PREZESA

Łukasz Andrzejczyk

/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.431.43.2024 „Program polityki zdrowotnej Qżnia Zdrowia Kids w zakresie wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży zamieszkujących Gminę Miasta Toruń na lata 2024-2028” data ukończenia sierpień 2024, oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 130/2024 z dnia 12 sierpnia 2024 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej Qżnia Zdrowia Kids w zakresie wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży zamieszkujących Gminę Miasta Toruń na lata 2024-2028”