



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 58/2024 z dnia 23 sierpnia 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości
uczniów uczęszczających do klas V-VII szkół podstawowych w
Gminie Gierałtowiec na lata 2024-2025”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości uczniów uczęszczających do klas V-VII szkół podstawowych w Gminie Gierałtowiec na lata 2024-2025”.

Uzasadnienie

Oceniany program dzięki swoim założeniom, mógłby stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Zaplanowane interwencje obejmują działania edukacyjne, badania przesiewowe oraz interwencje multidyscyplinarne (konsultacje dietetyczne, konsultacje psychologiczne oraz konsultacje z zakresu aktywności ruchowej), co wzięto pod uwagę w niniejszej opinii.

Niemniej w ocenianym projekcie powoływano się na doświadczenia z realizacji przez Gminę Gierałtowiec programów polityki zdrowotnej nie przedstawiając konkretnych zapisów i wniosków z analizy. Należy zauważyć, że w 2018 roku opiniowaniu przez Agencję podlegał projekt programu polityki zdrowotnej zakładający profilaktykę i wczesne wykrywanie nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkoły podstawowej w Gminie Gierałtowiec na lata 2018-2022, który uzyskał pozytywną warunkową opinię (Opinia nr 17/2018). W aktualnie ocenianym projekcie nie odniesiono się do analizy i oceny wyników programu polityki zdrowotnej prowadzonego w latach 2018-2022 z kontynuacją do 2023 roku. Tym samym brak jest możliwości weryfikacji efektywności przeprowadzonych działań. Powyższe stanowi główną przesłankę negatywnej opinii. Należy podkreślić, że przygotowanie kolejnej edycji programu polityki zdrowotnej o zbliżonych założeniach wraz z przygotowaniem projektu powinno uwzględniać odniesienie się do realizacji poprzedniej edycji wraz z oceną efektów oraz prezentacją usprawnień wynikających z poprzedniej edycji. Proponowane usprawnienia powinny być wynikiem ewaluacji poprzedniej edycji PPZ i być opisane w raporcie końcowym z realizacji programu polityki zdrowotnej.

Ponadto, opiniowany projekt zawiera uchybienia, które uniemożliwiają jego realizację z zachowaniem wysokiej jakości. Prezes Agencji zwraca szczególną uwagę na następujące kwestie:

- uzupełnienie informacji na temat lokalnej sytuacji epidemiologicznej;
- doprecyzowanie celu szczegółowego dotyczącego działań edukacyjnych;

- wyjaśnienie rozbieżności w zakresie liczebności populacji biorącej udział w II etapie programu;
- doprecyzowanie kryteriów włączenia;
- zaplanowanie interwencji zgodnie z wytycznymi, w szczególności w zakresie dotyczącym 26 godzin kontaktowych w ramach interwencji multikomponentowych;
- uszczegółowienie opisu etapów programu;
- uzupełnienie informacji dot. testów wiedzy w planowanych interwencjach.

Należy mieć także na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, co w ocenianym projekcie zostało uwzględnione w kryteriach wykluczenia.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący nadwagi i otyłości wśród dzieci, uczęszczających do klas V-VII szkół podstawowych z terenu gminy Gierałtowiec. Całkowity koszt programu oszacowano na 109 037 zł, zaś okres jego realizacji obejmuje lata 2024-2025.

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 otyłością dotkniętych może być ponad 15 milionów uczniów i nastolatków (co stanowi ok. 10% populacji), a nadwaga stanowi najpowszechniej występujący problem zdrowotny wśród dzieci w Regionie Europejskim WHO.

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.

Powołując się na dane Instytutu Żywności i Żywienia (IŻŻ) wskazano, że „*problem nadwagi i otyłości dotyczy ogółem ok. 12-14% uczniów w Polsce i wykazuje zróżnicowanie regionalne*”. Dodatkowo wskazano, że „*województwo śląskie zamieszkuje około 16,5% uczniów w wieku szkolnym borykających się z nadwagą i otyłością i jest to w skali kraju poziom niski, zbliżony do wskaźników w województwach: małopolskim, świętokrzyskim i pomorskim*”.

W projekcie odniesiono się również do Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026. Wskazano, że „*województwo śląskie było 2. województwem w rankingu, jeżeli chodzi o udział wszystkich czynników ryzyka w utracie DALY (ok. 11% więcej niż w Polsce) i 3. jeżeli chodzi o udział w zgonach (o ok. 9% więcej niż w Polsce). Czynniki ryzyka odgrywają dużą rolę w utracie DALY i liczbie zgonów w regionie*”.

W MPZ na lata 2022-2026 w ramach rekomendowanych kierunków działań z zakresu czynników ryzyka i profilaktyki dla województwa śląskiego wskazano m.in. na „*podejmowanie inicjatyw*”

upowszechniających prawidłowe żywienie, upowszechnianie w społeczeństwie wiedzy na temat zasad zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej, oraz prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej”.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „*obniżenie wartości wskaźnika BMI o co najmniej 3 centyle wśród co najmniej 20% uczestników programu, zmagających się z nadwagą lub otyłością*”. Cel główny powinien być precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Cel główny został określony prawidłowo i znajduje odzwierciedlenie w obowiązujących rekomendacjach.

Wskazano 1 cel szczegółowy:

- (1) *„podniesienie lub utrzymanie wiedzy w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej nadwagi i otyłości, wśród co najmniej 30% dzieci uczestniczących w działaniach edukacyjnych w programie”.*

Cel szczegółowy odnosi się do wzrostu lub utrzymania poziomu wiedzy wśród dzieci uczestniczących w programie. Należy jednak wskazać, że w celu odniesiono się do „*podniesienia lub utrzymania wiedzy*”, natomiast w ramach miernika efektywności wskazano odsetek dzieci, u których odnotowano „*wysoki poziom wiedzy*”. Cel powinien dotyczyć zatem podniesienia poziomu wiedzy do wysokiego, lub utrzymania wysokiego poziomu wiedzy uczestników. W projekcie zaplanowano pomiar wzrostu wiedzy za pomocą pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym. Do projektu nie załączono ww. wzoru testu, zatem nie było możliwości jego weryfikacji. Zasadnym będzie także zdefiniowanie co oznacza wysoki poziom wiedzy – np. 80% poprawnych odpowiedzi w teście.

W treści projektu przedstawiono uzasadnienie dla wartości docelowych celu głównego i celu szczegółowego wskazując, że przyjęto je na podstawie „*doświadczeń Gminy Gierałtówice oraz innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej, a także rekomendacji eksperta*”. Nie określono jednak szczegółów dotyczących doświadczeń, ani też nie dołączono ww. rekomendacji.

W dokumencie wskazano 2 mierniki efektywności:

- (1) *„odsetek dzieci z nadwagą lub otyłością, u których doszło do obniżenia wartości wskaźnika BMI o co najmniej 3 centyle”,*
- (2) *„odsetek dzieci, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 95% poprawnych odpowiedzi w teście), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test”.*

Zaproponowane w projekcie mierniki efektywności zostały zaplanowane prawidłowo i odnoszą się bezpośrednio do zaplanowanych celów programu. Miernik nr 1 odnosi się do celu głównego, natomiast miernik nr 2 do celu szczegółowego.

Populacja docelowa

Populację docelową programu będą stanowić dzieci uczęszczające do klas V-VII szkół podstawowych z terenu gminy Gierałtówice w roku szkolnym 2024-2025 oraz ich rodzice/opiekunowie prawni będący mieszkańcami gminy. Oszacowano liczebność populacji w programie na 537 uczniów. Informacje przedstawione w projekcie są zbliżone do danych zmieszczonych na stronie internetowej GUS.

Niemniej w odniesieniu do liczby dzieci, które wezmą udział w II etapie pojawiają się rozbieżne informacje. W opisie populacji docelowej oraz opisie budżetu wskazano, że etap II obejmie ok. 54 dzieci rocznie. Natomiast w opisie interwencji multikomponentowej powołując się na dane IŻŻ wskazano, że „*szacowana populacja wynosi ok. 16,5% ogółu uczniów*”. Kwestia ta wymaga doprecyzowania.

Dodatkowo wskazano, że działaniami informacyjno-edukacyjnymi objętych zostanie 537 rodziców/opiekunów prawnych, a więc tylko jeden z rodziców/opiekunów będzie miał możliwość udziału w działaniach przewidzianych w programie. Działania edukacyjne skierowane do rodziców/opiekunów prawnych mają mieć charakter wykładu on-line, dlatego też nie jest jasne dlaczego nie zostanie on skierowany do obojga rodziców/opiekunów prawnych dzieci.

W projekcie określono kryteria włączenia, które nie są do końca jasne. Nie wynika z nich wprost, czy udział w programie będą mogli wziąć np. uczniowie zameldowani na terenie gminy, ale uczęszczający do klas V-VII poza gminą lub uczniowie szkół z terenu gminy, ale zameldowani/mieszkający poza nią. Ponadto, biorąc pod uwagę, że rodzice/opiekunowie uczniów mają wziąć udział w działaniach edukacyjnych, nie jest jasne dlaczego pozostawanie rodzicem/opiekunem ucznia stanowi kryterium włączenia do badań przesiewowych. Wśród kryteriów włączenia do interwencji multikomponentowej (II etap programu) oprócz kryteriów wskazanych wyżej dla działań edukacyjnych dodatkowo wymieniono: „diagnozę nadwagi lub otyłości (BMI \leq 90 centyla)”. Zapewne omyłkowo wskazano na wartość BMI poniżej 90 centyla, gdyż zgodnie z wytycznymi, nadwagę u dzieci i młodzieży stwierdza się powyżej tej wartości.

Jedynym kryterium wyłączenia z programu jest wcześniejsze objęcie dziecka z nadwagą lub otyłością specjalistyczną opieką lekarską w ramach NFZ. Dodatkowo jako kryterium wyłączenia można zaproponować brak współpracy rodziców z realizatorem, czy też wcześniejszy udział dziecka w programie o podobnym charakterze.

W związku z powyższym, kryteria włączenia wymagają uzupełnienia.

Interwencja

W projekcie programu zaplanowano dwa etapy. W I etapie zaplanowano realizację działań edukacyjnych (w tym wykładu dla rodziców oraz cyklu warsztatów dla uczniów) oraz badań przesiewowych w kierunku nadwagi lub otyłości. Natomiast w ramach II etapu, w wyłonionej w wyniku badań przesiewowych populacji uczniów, przeprowadzona ma zostać interwencja multikomponentowa obejmująca konsultacje dietetyczne, psychologiczne i z zakresu aktywności fizycznej.

Etap I

Działania edukacyjne

Działania edukacyjne będą skierowane do dzieci oraz ich rodziców/opiekunów. W przypadku dzieci przeprowadzony ma zostać cykl trzech 60-minutowych warsztatów, odbywających się co 2 miesiące w ramach dodatkowych zajęć pozalekcyjnych lub na godzinach wychowawczych. Nie odniesiono się do szczegółowej tematyki warsztatów. Zaplanowano pomiar wiedzy uczestników warsztatów przy zastosowaniu pre-testu przed pierwszym spotkaniem oraz post-testu po ostatnim spotkaniu. Wzorów wspomnianych kwestionariuszy nie załączono do projektu, w związku z czym nie była możliwa ich weryfikacja.

W ramach działań edukacyjnych skierowanych do rodziców/opiekunów prawnych uczniów przeprowadzony ma zostać wykład w formie 90-minutowego nagrania online. W trakcie edukacji rodziców, podkreślone zostanie znaczenie ich roli w modelowaniu zachowań zdrowotnych dziecka oraz kontroli rodzicielskiej. Należy zauważyć, że w treści projektu nie wskazano kompetencji osób, które miałyby prowadzić ww. wykład.

Badania przesiewowe

Zgodnie z treścią programu, w ramach badań przesiewowych w kierunku nadwagi i otyłości, wśród wszystkich uczniów kwalifikujących się do udziału w programie, przeprowadzone zostaną pomiary BMI w oparciu o siatki centylowe. Wskazano, że badania odbywać się będą w szkołach i zostaną przeprowadzone przez dietetyka, z zachowaniem prawa do intymności. Wyniki zostaną przekazane rodzicom w formie wydruku.

Etap II

Interwencja multikomponentowa

Interwencją multikomponentową zostaną objęte dzieci z nadwagą lub otyłością, wyłonione w badaniach przesiewowych. W ramach tej interwencji przewidziano przeprowadzenie konsultacji dietetycznych, psychologicznych i z zakresu aktywności fizycznej.

W przypadku każdego z trzech typów konsultacji wskazano, że pierwsza trwać będzie 60 minut, a kolejne 45 minut oraz że obejmować będą sporządzenie przez poszczególnych specjalistów krótkich notatek a na temat stanu zdrowia dziecka, które zostaną przekazane rodzicom/opiekunom prawnym z zaleceniem przekazania kopii do lekarza POZ. Wskazano również na możliwość przeprowadzenia konsultacji online (na wyraźne życzenie rodzica), z wyjątkiem pierwszej konsultacji z każdego rodzaju, która będzie musiała odbyć się w warunkach stacjonarnych w siedzibie realizatora.

W ramach ocenianego projektu zaplanowano realizację łącznie 12 spotkań ze specjalistami (trwających łącznie 9 godzin i 45 minut). 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 nie obejmują zalecanych przez USPSTF i inne organizacje 26 h kontaktowych.

Warto jednak zaznaczyć, że zgodnie z treścią projektu, na ostatniej konsultacji dietetycznej, rodzice/opiekunowie prawni zostaną poinformowani, że ich dziecko wzięło udział łącznie w 12 konsultacjach w ramach programu oraz że dla uzyskania jak najlepszego efektu terapeutycznego, powinny uczestniczyć jeszcze w co najmniej 14 kolejnych już poza programem.

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 zostanie przeprowadzona na podstawie analizy: „liczby rodziców, uczestniczących w działaniach edukacyjnych (odtworzących nagrany wykład online)”, „liczby dzieci, uczestniczących w działaniach edukacyjnych”, „liczby dzieci, które zgłosiły się na badania przesiewowe”, „liczby dzieci, które zakwalifikowano do II etapu programu”, „liczby dzieci uczestniczących w II etapie programu, z podziałem na poszczególne interwencje” oraz „liczby dzieci, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji”. 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. Należy jednak wskazać, że załączona ankieta skierowana jest wyłącznie do rodziców/opiekunów prawnych. Nie przewidziano natomiast przeprowadzenia ankiety satysfakcji wśród uczniów uczestniczących w zaplanowanych interwencjach, co wymaga uzupełnienia.

Ocena efektywności programu obejmie analizę: „liczby i odsetka dzieci, u których odnotowano obniżenie wskaźnika BMI o co najmniej 3 centyle”, „liczby i odsetka dzieci, u których odnotowano

utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych” oraz „identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu”.

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, który wymaga uszczegółowienia. Nie przedstawiono kolejności realizacji zaplanowanych interwencji, w tym poszczególnych konsultacji specjalistycznych.

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. Nie przedstawiono natomiast wymagań dotyczących warunków lokalowych.

Akcja informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z Urzędem Gminy Gieraltowice, szkołami podstawowymi oraz lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Wskazano również, że akcja promocyjna będzie mogła odbywać się także poprzez dystrybucję ulotek oraz plakatów informacyjnych, a wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienie informacji o programie ostatecznie zależy będzie od realizatora (na podstawie złożonej oferty).

Całkowity budżet programu oszacowano na 109 037 zł.

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

Program będzie finansowany ze środków własnych Gminy Gieraltowice.

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. 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:

- Pomiary antropometryczne stanowią 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 2024, 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 2024, 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 dostadzanych; odpowiednio do wieku dziecka zalecać, aby co najmniej połowę spożywanych produktów zbożowych stanowiły pokarmy pełnoziarniste; odpowiednio do wieku dziecka zalecać spożywanie roślin strączkowych; zalecać ograniczenie spożycia słodczy i słodzonych napojów oraz niedostadzanie potraw (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, ISPED, ISP 2018).
- We wszystkich grupach wiekowych zalecane jest promowanie zdrowego stylu życia oraz diety z uwzględnieniem dziennego modelu 5-2-1-0: ≥ 5 porcji warzyw i owoców, do 2 godzin poświęconych na rekreacyjnym przebywaniu przed ekranami np. telewizora, ≥ 1 godziny aktywności fizycznej, 0 napojów słodzonych (MQIC 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 związane z rozwojem technologicznym wydłużającego się czasu spędzanego przed ekranami przez dzieci i młodzież zwiększoną aktywnością fizyczną (ES 2017). Czas spędzany przed ekranami nie powinien przekraczać 2 godzin dziennie w odniesieniu do dzieci >2. r.ż. (MQIC 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 2024, 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 2024, 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.

PREZES

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.431.46.2024 „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości uczniów uczęszczających do klas V-VII szkół podstawowych w Gminie Gierałtowiec na lata 2024-2025” data ukończenia sierpień 2024, oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 131/2024 z dnia 19 sierpnia 2024 roku o projekcie programu „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości uczniów uczęszczających do klas V-VII szkół podstawowych w Gminie Gierałtowiec na lata 2024-2025”.