



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 82/2024 z dnia 18 listopada 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki nadwagi
i otyłości oraz wad postawy wśród dzieci klas III szkół
podstawowych w mieście Ełk na lata 2024-2028”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki nadwagi i otyłości oraz wad postawy wśród dzieci klas III szkół podstawowych w mieście Ełk 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.

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.

Należy zauważyć, że podobny program był oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał opinię negatywną (61/2023). Zgłoszone wówczas uwagi zostały w większości uwzględnione w obecnie ocenianym projekcie. Interwencje zaplanowane w projekcie znajdują odzwierciedlenie w odnalezionych wytycznych klinicznych.

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 uzupełnienia opisu etapów programu o ich chronologiczny układ oraz skorygowania i uzupełnienia aspektu dotyczącego testów wiedzy.

Należy także mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W projekcie programu należy zatem opisać działania, które będą podejmowane, aby przeciwdziałać ryzyku podwójnego finansowania.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący istotnych problemów zdrowotnych, jakimi są wady postawy oraz nadwaga i otyłość wśród dzieci zaplanowany do realizacji przez miasto Ełk. Populację docelową programu stanowić będą uczniowie klas III szkół podstawowych w Ełku w zakresie badań przesiewowych, ich rodzice/opiekunowie prawni oraz pielęgniarki/higienistki szkolne w zakresie działań edukacyjnych. Całkowity koszt programu oszacowano na 1 080 000 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 z późn. zm.), wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt odnosi się do istotnych problemów zdrowotnych, jakimi są wady postawy oraz nadwaga i 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. Odniesiono się również do najczęściej spotykanych nieprawidłowości w układzie ruchu wśród dzieci i młodzieży.

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

Zwrócono uwagę, że w Polsce najczęstszym problemem zdrowotnym wśród dzieci i młodzieży są zniekształcenia kręgosłupa oraz wady stóp i kolan. Na podstawie danych z Instytutu Matki i Dziecka, aż 90 % dzieci ma wady postawy i diagnozowane są od 10% do 80% dzieci w wieku szkolnym, wyprzedając inne problemy zdrowotne takie jak np. wady wzroku czy nadwaga i otyłość.

Odnosząc się do problemu zdrowotnego jakim jest nadwaga i otyłość, wskazano, że: *„rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży osiąga obecnie rozmiary ogólnoświatowej epidemii. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskaźniki nadwagi i otyłości w ostatnich trzech dekadach (lata 1990-2022) rosły na całym świecie. Ponad 390 milionów dzieci i młodzieży w wieku 5–19 lat miało nadwagę w 2022 r.”*

W projekcie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ). Jeśli chodzi o wady postawy, zwrócono uwagę, że *„według danych z map potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026 w województwie warmińsko-mazurskim dzieci w grupie wieku 10-14 lat ból dolnego odcinka kręgosłupa był trzecią główną przyczyną wpływających na DALY, jego wartość wynosiła 294,03 tys. populacji i była niższa niż w 1999 r. (494,81 tys.)”*.

Odniesiono się również do MPZ w części dotyczącej nadwagi i otyłości wskazując, że *„według danych z map potrzeb zdrowotnych na lata 2022- 2026 w województwie warmińsko-mazurskim wysokie BMI stanowiło w 2019 r. jedną z głównych grup czynników ryzyka wpływających na DALY (lata życia skorygowane niepełnosprawnością), jego wartość wynosiła 3,90 tys. populacji i była wyższa niż w 1990 r. (3,35 tys.)”*.

Zgodnie z aktualną MPZ na lata 2022-2026 w województwie warmińsko-mazurskim odnotowano *„wzrost zachorowalności wśród dzieci i młodzieży na (...) diagnozowane wady postawy oraz otyłość”*. W ramach MPZ stwierdza się, że w województwie warmińsko-mazurskim *„zaobserwowano niewystarczającą edukację i nieadekwatne programy zdrowotne. Należy wzmocnić działania profilaktyczne, edukacyjne, które realizowane będą przez pielęgniarkę i lekarza POZ we współpracy*

z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania. Należy dążyć do wzmocnienia roli członków rodziny we wdrażaniu nawyków prozdrowotnych i promocji zdrowia”.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „*podniesienie w trakcie trwania programu poziomu wiedzy do poziomu wysokiego w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących nadwagi i otyłości oraz wad postawy wśród, co najmniej 80% uczestników działań edukacyjnych (min. 80% poprawnych odpowiedzi w post-test)*”. Cel główny powinien być precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Cel główny został sformułowany prawidłowo i znajduje odzwierciedlenie w obowiązujących rekomendacjach. W projekcie przewidziano również przeprowadzenie pre- i post-testów, które pozwolą na porównanie poziomu wiedzy przed i po przeprowadzeniu edukacji. Należy zaznaczyć, że do projektu dołączono wzory testów wiedzy dla uczniów oraz rodziców/opiekunów prawnych dzieci. Warto podkreślić, że oba testy składają się z 5 pytań i w większości przewidziano odpowiedzi tak/nie/nie wiem, jedno z pytań (nr 4) wzbudza wątpliwości pod kątem dostosowania odpowiedzi do treści pytania. Dodatkowo, nie załączono ww. testu dla pielęgniarek i higienistek szkolnych, więc nie była możliwa jego ocena. Należy podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy (np. min. 85% poprawnych odpowiedzi). Prawidłowe byłoby również zdefiniowanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników (np. o 30%).

W dokumencie wskazano 4 cele szczegółowe:

- (1) *„zwiększenie aktywności fizycznej, u co najmniej 80% dzieci uczęszczających do klas III szkół podstawowych (frekwencja na zajęciach na poziomie 90%)”*,
- (2) *„podniesienie w trakcie trwania programu, wiedzy z zakresu zasad wykonywania testów przesiewowych wśród 80% pielęgniarek i higienistek szkolnych, które realizują świadczenia w zakresie testów przesiewowych w miejscu nauczania (min. 80% poprawnych odpowiedzi w post-teście)”*,
- (3) *„zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości (redukcja średnio o 3 centyle BMI w stosunku do wyniku badania antropometrycznego w momencie rozpoczęcia badania) w okresie trwania programu–wśród około 50% uczniów klas III szkół podstawowych objętych interwencją nr 2”*,
- (4) *„osiągnięcie trójplaszczynowej autokorekcji postawy ciała w pozycjach funkcjonalnych, czyli w siadzie i w staniu, wśród około 80% dzieci z rozpoznaną skoliozą (min.80% dzieci, u których odnotowano poprawę postawy ciała, względem rozpoczęcia udziału w działaniu)”*.

Cele szczegółowe w większości zostały zaplanowane prawidłowo i wydają się możliwe do realizacji za pomocą zaplanowanych w programie interwencji. Jednak w przypadku celu szczegółowego nr 2 dotyczącego wzrostu wiedzy pielęgniarek i higienistek szkolnych, nie załączono ww. testów, więc nie była możliwa jego ocena.

W dokumencie wskazano 5 mierników efektywności:

- (1) *„odsetek osób (rodziców/opiekunów prawnych oraz dzieci klas III szkół podstawowych), u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych, dotyczących nadwagi i otyłości oraz wad postawy w porównaniu do pre-testu”*,
- (2) *„odsetek dzieci uczęszczających do klas III szkół podstawowych, które zwiększyły aktywność fizyczną, o co najmniej 60 min tygodniowo, poprzez uczęszczanie w zajęciach z aktywności fizycznej”*,
- (3) *„odsetek pielęgniarek i higienistek szkolnych, u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy z zakresu zasad wykonywania testów przesiewowych w porównaniu do pre-testu”*,

- (4) „odsetek osób, u których nastąpiło obniżenie wskaźnika BMI w wyniku realizacji programu”,
- (5) „odsetek dzieci klas III szkół podstawowych z rozpoznaną skoliozą, u których osiągnięto trójpłaszczyznową autokorekcję postawy ciała w pozycjach funkcjonalnych, czyli w siadzie i w staniu”.

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

Populacja docelowa

Populację docelową programu będą stanowić uczniowie klas III szkół podstawowych w Ełku w zakresie badań przesiewowych, a także ich rodzice/opiekunowie prawni oraz pielęgniarki/higienistki szkolne w zakresie działań edukacyjnych. W projekcie wskazano na 5-letni okres realizacji PPZ, tj. rok szkolny 2024/2025 – 703 uczniów, rok szkolny 2025/2026 – 551 uczniów, rok szkolny 2026/2027 – 683 uczniów oraz rok szkolny 2027/2028 – 629 uczniów. W projekcie oszacowano również liczbę osób, która zostanie włączona do poszczególnych interwencji, z podziałem na ilość osób w jednym roku szkolnym oraz we wszystkich latach realizacji.

W projekcie poprawnie określono kryteria włączenia i wyłączenia.

Interwencja

W projekcie programu zaplanowano działania edukacyjne, działania z zakresu aktywności fizycznej, konsultacje dietetyczne, wsparcie psychologiczne oraz fizjoterapię, a także warsztaty edukacyjno-sportowe (półkolonie).

Działania edukacyjne

W ramach działań edukacyjnych zostaną przeprowadzone zajęcia dotyczące nadwagi i otyłości a także wad postawy w 3 grupach. W grupie dzieci z klas III szkoły podstawowej, ich rodziców/opiekunów prawnych, a także pielęgniarek i higienistek szkolnych.

Edukacja rodziców dzieci klas III szkoły podstawowej w zakresie nadwagi i otyłości oraz wad postawy wśród dzieci

W grupie rodziców zajęcia będą poruszały takie tematy jak: definicja nadwagi i otyłości, czynniki ryzyka powstania nadwagi i otyłości, rola żywienia i aktywności fizycznej w zdrowym stylu życia i ich znaczenie w kontroli masy ciała, rola rodziców w edukacji żywieniowej dziecka, wsparcie dziecka w kształtowaniu prawidłowych zachowań żywieniowych, postępowanie dietetyczne u dzieci ze zdiagnozowaną nadwagą i otyłością oraz definicje: prawidłowa postawa ciała - cechy, wadliwa postawa ciała, czynniki wpływające na wady postawy/główne przyczyny wpływające na rozwój wad w postawie dziecka, pierwsze symptomy wad postawy u dzieci oraz jak je rozpoznać.

Działania edukacyjne będą skierowane do rodziców uczniów klas III szkół podstawowych w Ełku – po jednym rodzicu/opiekunie prawnym na 1 ucznia, czyli 703 rodziców/opiekunów prawnych w pierwszym roku realizacji programu. Z uwagi na liczebność populacji, działania będą realizowane w grupach min. 25 osobowych (tj. 28 grup). W ramach interwencji planuje się zorganizowanie 2 spotkań w ciągu danego roku szkolnego. Spotkanie będą trwały po 60 minut. Odbędą się na terenie szkoły, prowadzone będą przez osobę posiadającą wykształcenie wyższe w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu, dietetyki, fizjoterapii (ukończone kierunkowe studia wyższe licencjackie lub magisterskie, studia podyplomowe zgodne z tematyką spotkań edukacyjnych – nieobligatoryjnie).

Edukacja dzieci z klas III szkoły podstawowej

Zajęcia będą miały na celu zwiększenie poziomu wiedzy na temat zdrowego stylu życia w szczególności znaczenia zdrowego odżywiania, regularnej aktywności fizycznej, jak również uświadomienie, jak ważna jest prawidłowa postawa ciała, w kontekście zagrożenia wystąpieniem wad postawy. Działania

edukacyjne będą skierowane do uczniów klas III szkół podstawowych w Ełku, czyli 703 uczniów w pierwszym roku realizacji programu. Z uwagi na liczebność populacji, działania będą realizowane w grupach min. 25 osobowych (tj. 28 grup). W ramach interwencji planuje się przeprowadzenie cyklu zajęć edukacyjnych (5 spotkań z częstotliwością 1 raz w miesiącu). Możliwe jest, aby edukacja realizowana była na terenie szkoły, np. podczas zajęć lub po zajęciach lekcyjnych, po uzgodnieniu z dyrekcją poszczególnych placówek, przez specjalistów zajmujących się promocją zdrowia.

Tematy jakie obejmą spotkania w zakresie nadwagi i otyłości to m.in. zasady prawidłowego żywienia, piramida zdrowego żywienia, znaczenie codziennej aktywności fizycznej, zasady korzystania telewizji, z komputera i innych urządzeń elektronicznych, znaczenie snu w codziennym życiu. W zakresie wad postawy obejmą podstawowe pojęcia dotyczące wad postawy, przyczyny powstawania wad postawy, skutki nieleczonych wad, znaczenie profilaktyki.

Edukacja pielęgniarek i higienistek szkolnych

W grupie pielęgniarek i higienistek szkolnych zajęcia obejmą 3 moduły: 1. aktualizacja wiedzy w zakresie prawidłowego wykonywania testów przesiewowych, np. aktualizacja wiedzy z zakresu najczęściej występujących problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży, normy i standardy w zakresie wykonywanych testów przesiewowych itp.; 2. szkolenie z udziałem fizjoterapeuty w zakresie prawidłowego wykrywania testów przesiewowych mających na celu identyfikację zaburzeń narządu ruchu oraz prawidłowej analizy postawy ciała dziecka, a także aktualizacja wiedzy z obszaru np. budowy kręgosłupa; 3. szkolenie interpersonalne z komunikacji, którego celem będzie zdobycie umiejętności np. z zakresu sposobów radzenia sobie z trudnymi sytuacjami komunikacyjnymi, rozwijania empatii w kontaktach z pacjentami, znajomości współczesnych stylów komunikacji z pacjentami w różnym wieku (w tym dzieci i młodzież oraz ich rodzice/opiekunowie), użycie prostego, jasnego języka w przekazywaniu wiedzy medycznej/ zaleceń.

Działanie edukacyjne będzie skierowane w pierwszej kolejności do pielęgniarek i higienistek szkolnych wykonujących testy przesiewowe w szkołach podstawowych (9 szkół podstawowych – założenie 9 pielęgniarek lub higienistek szkolnych), nie mniej jednak w celu zwiększeniu dostępności do działań edukacyjnych w programie założono możliwość edukacji dla ok. 22 pielęgniarek lub higienistek szkolnych, które wykonują testy przesiewowe, także w POZ zlokalizowanych na terenie miasta Ełk.

W projekcie przewidziano również przeprowadzenie pre- i post-testów, które pozwolą na porównanie poziomu wiedzy przed i po przeprowadzeniu edukacji. Należy zaznaczyć, że do projektu dołączono wzory testów wiedzy dla uczniów oraz rodziców/opiekunów prawnych dzieci, natomiast nie załączono ww. testu dla pielęgniarek i higienistek szkolnych, więc nie była możliwa jego ocena.

Aktywność fizyczna

Aktywność fizyczna – zajęcia ruchowe

W ramach interwencji zostanie przeprowadzony cykl zajęć ruchowych mających na celu zwiększenie aktywności fizycznej. Zaznaczono, że zajęcia z aktywności fizycznej powinny być atrakcyjne dla grupy, powinny budzić zainteresowanie i skłaniać do chęci ich realizacji. W projekcie założono, że będą one realizowane co najmniej 1 raz w tygodniu, w grupach ok. 20 osobowych, na terenie szkoły w czasie pozalekcyjnym (np. w czasie godzin, kiedy dzieci zazwyczaj spędzają na świetlicy szkolnej lub innych dostosowanych do potrzeb i możliwości czasowych grup dzieci w nich uczestniczących). Zajęcia powinny być realizowane co najmniej przez 20 tygodni w ciągu roku szkolnego. Czas trwania jednych zajęć nie powinien być krótszy niż 60 min. Szacuje się, że w zajęciach ruchowych weźmie udział w każdym roku szkolnym ok. 531 dzieci z grupy docelowej. Liczba ta dotyczy dzieci zdrowych, u których nie zdiagnozowano w wyniku testów przesiewowych nadwagi lub otyłości czy wad postawy. Biorąc pod uwagę liczebność jednej grupy – 20 osób – powinno powstać ok. 27 grup dzieci, które będą w formule grupowej realizowały zajęcia ruchowe.

Aktywność fizyczna skierowana do dzieci z nadwagą lub otyłością

Grupę docelową tych działań będą stanowili uczniowie z klas III szkół podstawowych, u których w wyniku przeprowadzonych w ramach systemu przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną testów przesiewowych zidentyfikowano nadwagę lub otyłość po wcześniejszej konsultacji z fizjoterapeutą. Zaplanowana w ramach niniejszej interwencji aktywność fizyczna będzie stanowiła uzupełnienie obowiązkowego wymiaru zajęć wychowania fizycznego, który wynosi 3 godziny lekcyjnie w tygodniu dla uczniów klas I–III szkoły.

W ramach interwencji planuje się dwa działania. Pierwszym z nich będzie przeprowadzenie cyklu spotkań (3 spotkania) z fizjoterapeutą, który w ramach konsultacji fizjoterapeutycznych m.in. przeprowadzi pogłębiony wywiad pod względem preferencji dziecka oraz poziomu posiadanej nadwagi lub otyłości. Celem drugiej i trzeciej 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. We wszystkich spotkaniach będzie brał udział także rodzic/opiekun dziecka, w celu nauczania się prawidłowości wykonywanych ćwiczeń i wspólnego ćwiczenia w domu. Zestawy ćwiczeń powinny być dostosowane do posiadanego schorzenia, ale także powinny być atrakcyjne dla dziecka, powinny budzić jego zainteresowanie i skłaniać do chęci ich realizacji. Zakłada się, że odbędą się 3 spotkania z fizjoterapeutą: 1 spotkanie, 2 i 3 spotkanie w odstępie miesiąca (po 1 i 3 miesiącach od pierwszej konsultacji).

Z kolei drugie działanie będą stanowić zajęcia na basenie. Założono, że zajęcia powinny być realizowane co najmniej przez 20 tygodni w ciągu roku szkolnego, pod nadzorem instruktora, który uwzględni zalecenia wydane przez fizjoterapeutę. Podkreślono, że zajęcia na basenie będą odbywać się w grupie ok. 10 osób. Czas trwania jednych zajęć nie powinien być krótszy niż 60 min. Szacuje się, że w zajęciach pływania na basenie lub ćwiczenia w wodzie weźmie udział w każdym roku szkolnym ok. 150 dzieci z grupy docelowej. Liczba ta dotyczy dzieci, u których zdiagnozowano w wyniku testów przesiewowych nadwagę lub otyłość.

Konsultacje dietetyczne

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie 5 konsultacji z dietetykiem w ciągu danego roku szkolnego (1 raz w miesiącu 1 spotkanie konsultacyjne – ok. 60 min) w formie spotkań osobistych. W pierwszej konsultacji będzie uczestniczył rodzic/opiekun bez dziecka, a jej celem będzie przeprowadzenie wywiadu na temat dotychczasowego sposobu żywienia tzw. wywiadu żywieniowego. W ramach wywiadu dietetyk zapyta o ewentualne problemy zdrowotne, styl życia, zmiany masy ciała w ostatnim czasie, upodobania żywieniowe, przyjmowane leki oraz suplementy diety. W ramach ostatniej konsultacji dietetyk wykona pomiary antropometryczne, celem porównania z pierwotnymi pomiarami (które otrzymał od pielęgniarki/higienistki szkolnej w ramach wykonanych systemowo testów przesiewowych). W celu oceny skuteczności proponowanego poradnictwa dietetycznego dwukrotnie zostanie sporządzony kwestionariusz oceny sposobu żywienia (na pierwszej i ostatniej konsultacji), składający się z 10 pytań, którego treść opracuje Realizator. Działania w ramach interwencji skierowane są do dzieci, uczniów z klas III szkół podstawowych, u których w wyniku przeprowadzonych w ramach systemu przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną testów przesiewowych zidentyfikowano nadwagę lub otyłość. Zaplanowano 5 spotkań po 1 godzinie dla każdego uczestnika działania.

Wsparcie psychologiczne

Głównym celem wsparcia psychologicznego będzie uczenie dzieci samoregulacji własnego zachowania, sposobów radzenia sobie z pokusami oraz wdrożenie zdrowego trybu życia. Podczas konsultacji ustalane będą cele, do których uczestnik będzie dążył. W ramach tej interwencji planuje się 5 konsultacji psychologicznych (po 50 min) prowadzonych przez psychologa lub terapeutę behawioralnego/pracującego w nurcie behawioralnym. Częstotliwość spotkań zostanie ustalona przez psychologa, zgodnie z potrzebami uczestnika. Na podstawie szacowania opisanego w interwencji „konsultacje dietetyczne” przyjęto taką samą liczbę uczestników do interwencji „opieka psychologiczna” – tj. 150 uczestników w 5 osobowych grupach tj. 30 grup.

Należy wskazać, że zaplanowana w projekcie interwencja obejmuje zalecane przez USPSTF i inne organizacje 26 h kontaktowych, co jest działaniem zasadnym.

Fizjoterapia skierowana do dzieci ze stwierdzoną skoliozą

Dzieci z rozpoznaną skoliozą (kąt Cobba 10^o-20^o) objęte zostaną leczeniem przy zastosowaniu Specyficznych Metod Fizjoterapeutycznych (ang. Physiotherapy Scoliosis Specific Exercises, PSSE) w wymiarze 10 indywidualnych sesji po 45 min. Podkreślono, że sesje mogą być prowadzone w małych grupach – max po 5 osób, z tym, że jak wskazano w projekcie zaleca się zachowanie indywidualnego podejścia do każdego dziecka. W projekcie oszacowano, że w tym działaniu w każdym roku realizacji udział weźmie po 3% populacji dzieci i młodzieży tj. 22 osoby, a we wszystkich latach realizacji PPZ – 88.

Warsztaty edukacyjno-sportowe (półkolonie)

Warsztaty edukacyjno-sportowe będą uzupełnieniem poprzedniej interwencji tj. „aktywność fizyczna”, a zorganizowane będą w celu rekreacyjnym, regeneracji sił fizycznych i psychicznych, spełniające rolę wypoczynku połączony z pogłębianiem wiedzy, rozwijaniem zainteresowań, uzdolnień i/lub kompetencji społecznych. Będą składały się z dwóch części: edukacyjnej i aktywizującej. Celem warsztatów będzie utrwalenie zdobytej wiedzy na temat profilaktyki nadwagi i otyłości oraz profilaktyki wad postawy poprzez: zajęcia edukacyjne w formule warsztatów. Wskazano, że warsztaty będą odbywały się w czasie wakacji letnich, a czas trwania to 5 dni.

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 rocznych sprawozdań realizatora oraz całościowo po zakończeniu programu. Analizie poddana zostanie: „liczba osób, które zgłosiły się do programu”, „liczba osób włączonych do programu”, „liczba osób włączonych do działań w poszczególnych interwencjach programu”, „liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu z powodów zdrowotnych, lub innych powodów”, „liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji”, „liczba osób, które ukończyły program”, „liczba osób, które nie ukończyły działań rozpoczętych w ramach poszczególnych interwencji programu”, „liczba rodziców/opiekunów prawnych, którzy w wyniku działań edukacyjnych podnieśli poziom swojej wiedzy z zakresu czynników ryzyka występowania nadwagi i otyłości oraz wad postawy”, „liczba dzieci, które w wyniku działań edukacyjnych podniosły poziom swojej wiedzy z zakresu czynników ryzyka występowania nadwagi i otyłości oraz wad postawy”, „liczba rodziców, którzy wzięli udział w konsultacjach dietetycznych”, „liczba dzieci, które wzięły udział w 1, 2 i 3 konsultacji dietetycznej (liczona osobno na każdą konsultację)”, „liczba dzieci, które zostały objęte opieką psychologiczną”, „liczba dzieci, które wzięły udział w aktywności fizycznej zaplanowanej w ramach

interwencji 2: działanie 1, działanie 2 i działanie 5” oraz „liczba dzieci, które wzięły udział w Olimpiadzie wiedzy o zdrowym stylu życia”. Należy zaznaczyć, że dwa z przedstawionych wskaźników odnoszą się bardziej do ewaluacji, tj. „liczba rodziców/opiekunów prawnych, którzy w wyniku działań edukacyjnych podnieśli poziom swojej wiedzy z zakresu czynników ryzyka występowania nadwagi i otyłości oraz wad postawy” oraz „liczba dzieci, które w wyniku działań edukacyjnych podniosły poziom swojej wiedzy z zakresu czynników ryzyka występowania nadwagi i otyłości oraz wad postawy”.

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 sporządzona zostanie po zakończeniu programu przez realizatora lub podmiot zewnętrzny. W projekcie wskazano, że ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie analizy zdefiniowanych w PPZ mierników efektywności. Warto podkreślić, że zaplanowane mierniki zostały przedstawione w sposób prawidłowy.

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, lecz jest on przedstawiony w sposób niechronologiczny, co należy poprawić.

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 zostanie zrealizowana poprzez upowszechnienie informacji poprzez informacje: na stronach internetowych realizatora i organu JST, w szkołach podstawowych oraz placówkach POZ.

Całkowity budżet programu oszacowano na 1 080 000 zł.

Przedstawiono koszty jednostkowe programu oraz koszty monitorowania i ewaluacji.

Możliwe źródła finansowania programu to środki z budżetu jednostki samorządu terytorialnego, NFZ, budżetu Państwa oraz środków europejskich.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Otyłość

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 przekracza 25 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.

Wysokość ciała i BMI zdrowych dzieci można także wyrażać w postaci BMI z-score (BMI SDS, body mass index standard deviation score) posługując się układem odniesienia WHO. Siatki centylowe dla oceny rozwoju są najczęściej stosowane przez lekarzy pediatrów, pielęgniarki, rodziców. Natomiast w badaniach naukowych bardziej miarodajna jest ocena dokonywana na podstawie z-score. W ramach projektów badawczych OLAF oraz OLA opracowano normy w postaci siatek centylowych (centyle: 3-5-

10-15-25-50-75-85-90-95-97) dla płci i wieku dzieci i młodzieży w wieku 3-18 lat, reprezentatywnych dla populacji polskiej (siatki centylowe wysokości ciała, masy ciała, wskaźnika masy ciała [BMI]).

Wady postawy

Wady postawy ciała stanowią w czasach współczesnych istotny problem zdrowotny. W krajach o wysokim stopniu rozwoju cywilizacyjnego wady postawy występują powszechnie, a chorobę przeciążeniową kręgosłupa (ok. 80-90% populacji osób dorosłych) można uznać za chorobę cywilizacyjną. Fizyczna postawa człowieka jest nawykiem ruchowym kształtującym się na określonym podłożu morfologicznym i funkcjonalnym oraz związanym z codzienną działalnością danego osobnika. Jest wyrazem stanu fizycznego i psychicznego jednostki. Stanowi więc wskaźnik mechanicznej wydolności zmysłu kinetycznego, równowagi mięśniowej oraz koordynacji nerwowo-mięśniowej. W ciągu całego życia człowieka, postawa ciała ulega zmianom – największym w okresie jego wzrostu, wpływając tym samym na kondycję zdrowotną w dalszych latach życia. W wieku 7-10 lat, czyli w młodszym wieku szkolnym, występuje pierwszy okres krytyczny dla postawy fizycznej dziecka. Związany jest on ze zmianą trybu życia oraz przejściem z dużej swobody ruchu na kilkugodzinne przebywanie w pozycji siedzącej, której często towarzyszą niewłaściwe warunki. Dlatego też początek nauki w szkole powoduje zwykle pogorszenie postawy. Jednocześnie okres ten charakteryzuje się ogromną biologiczną potrzebą ruchu, która umiejętnie pokierowana może być najważniejszym stymulatorem rozwoju organizmu.

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.

W ramach ww. rozporządzenia kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad postawy, może być przeprowadzana u dzieci w ramach świadczeń gwarantowanych u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (Załącznik nr 1 do rozporządzenia – „Wykaz świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji”; Część III: „Warunki realizacji porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych”), pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (Załącznik nr 2 do rozporządzenia – „Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji”, Część II: „Warunki realizacji wizyt patronażowych oraz testów przesiewowych”) oraz pielęgniarki lub higienistki szkolnej (Załącznik nr 4 do rozporządzenia – „Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania oraz warunki ich realizacji”, Część II: „Warunki realizacji testów przesiewowych”).

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 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, korzystanie z roweru trójkołowego i po 5-6 r.ż., promując także udział w zajęciach sportowych 2-3 razy w tygodniu (ISPED, ISP 2018).
- Interwencje ukierunkowane na zwiększenie poziomu aktywności fizycznej powinny skupiać się na działaniach, które łatwo wdrożyć w codziennym życiu (np. poruszanie się pieszo). Powinny być one dostosowane do indywidualnych preferencji, warunków życia, a ich celem powinna być poprawa wiary ludzi w ich zdolność do zmiany (np. przez perswazję werbalną, modelowanie zachowań związanych z podejmowaną aktywnością fizyczną, omawianie pozytywnych efektów) (NICE 2015a).
- Rekomenduje się zbilansowanie związane z rozwojem technologicznym wydłużającego się czasu spędzanego przed ekranami przez dzieci i młodzież zwiększoną aktywnością fizyczną (ES 2017). Czas spędzany przed ekranami nie powinien przekraczać 2 godzin dziennie w odniesieniu do dzieci >2. r.ż. (MQIC 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 (powinno 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).

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).

Profilaktyka i korekcja wad postawy u dzieci

- Potencjalne korzyści dla pacjentów ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią ich deformacji, mogą być znaczące. Skryning w kierunku wykrycia skoliozy powinien być przeprowadzony dwukrotnie u dziewcząt w wieku 10 i 12 lat, natomiast u chłopców jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat. Powyższe sformułowane zalecenie poparte jest faktem, iż dziewczęta osiągają dojrzałość płciową ok. 2 lat wcześniej niż chłopcy oraz 3-4 razy częściej cierpią na skoliozę wymagającą leczenia (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015).
- Istnieje potrzeba prowadzenia skutecznych badań przesiewowych, jednak wyniki fałszywie dodatnie mogą prowadzić do tworzenia niepotrzebnych zaleceń oraz skierowań na dodatkową diagnostykę (m.in. RTG kręgosłupa). Aby program profilaktyczny był skuteczny, musi być prowadzony przez dobrze wyszkolony personel, który odpowiednio przeprowadzi test Adamsa oraz wykona pomiary skoliometrem, co umożliwi poprawne zidentyfikowanie osób z młodzieńczą skoliozą idiopatyczną. (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015).
- Istotną rolę jest edukacja personelu medycznego wykonującego testy przesiewowe. Służy to minimalizowaniu niepotrzebnych zaleceń oraz optymalizowaniu zasadności skierowań m.in. na RTG kręgosłupa – nie wszystkie dzieci w rezultacie przeprowadzonych badań przesiewowych wymagają dodatkowej diagnostyki. Jeśli prześwietlenie będzie wymagane, lekarze powinni zalecać szczególną ostrożność, aby zmniejszyć ekspozycję pacjentów na promieniowanie. W tym celu zachowana powinna być podstawowa zasada ochrony radiologicznej - ALARA (As Low As Reasonably Achievable) (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015).
- Warto podkreślić, iż odnalezione rekomendacje kładą szczególny nacisk na rolę edukacji nie tylko dziecka, ale i jego opiekunów. Niski poziom motywacji do ćwiczeń, typowy dla młodych osób, można podnieść poprzez uświadomienie dziecka i rodziców co do charakteru choroby, jej przewidywanego przebiegu, potencjalnych konsekwencji braku leczenia itd. W uzasadnionych przypadkach warto uzupełnić leczenie o konsultację psychoterapeutyczną (SOSORT 2014).
- Specyficzna fizjoterapia (z ang. physiotherapeutic scoliosis-specific exercises – PSSE) jest rekomendowana jako pierwszy krok w procesie leczenia skoliozy idiopatycznej, aby zapobiec lub ograniczyć postęp deformacji oraz możliwości gorsetowania. Zaleca się, aby PSSE była zgodna z konsensusem SOSORT oraz oparta na autokorekcji postawy w 3D, treningu podstawowych czynności życia codziennego (z ang. activities of daily living, ADL), stabilizacji prawidłowej postawy oraz edukacji pacjenta (SOSORT 2016).
- Rekomenduje się, aby PSSE była zindywidualizowana pod względem potrzeb pacjenta, występującego skrzywienia oraz etapu leczenia. PSSE powinna być zawsze zindywidualizowana, nawet gdy prowadzona jest w małych grupach. Poziom trudności powinien być stopniowo zwiększany w zależności od możliwości pacjenta, a nauka przeprowadzana indywidualnie (SOSORT 2016).

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa

Zależność pomiędzy prowadzeniem skryningu w wieku dziecięcym, a występowaniem nadwagi/otyłości w wieku dorosłym

Zgodnie z wynikami przeglądu systematycznego Simmonds 2015 w odniesieniu do występowania otyłości w wieku dorosłym:

- związek pomiędzy otyłością występującą w okresie dzieciństwa (≥ 95 centyla) oraz otyłością występującą w dorosłości (wiek: ≥ 20 lat) był silny – w przypadku otyłych dzieci utrzymanie się otyłości również w wieku dorosłym jest 5 razy bardziej prawdopodobne niż w przypadku dzieci nieotyłych (oszacowane w analizie łączonych danych ryzyko względne (RR)=5,21 [95% CI:

4,50;6,02]. Nie odnotowano widoczniej różnicy w ww. RR pomiędzy młodszymi oraz starszymi grupami wiekowymi;

- otyłość utrzymuje się od okresu dzieciństwa do wieku młodzieńczego – w przypadku około połowy otyłych dzieci, otyłość występowała także w wieku młodzieńczym. Otyłość utrzymuje się także od okresu młodzieńczego do wieku dorosłego – około 80% otyłych nastolatków było nadal otyłych w okresie dorosłości, ok. 70% było otyłych także po 30. r.ż. Brak było danych nt. utrzymywania się otyłości po 40. r.ż.;
- w odniesieniu do wykrywania otyłości występującej w dorosłości, BMI mierzone w dzieciństwie charakteryzuje się słabą czułością - u 70% otyłych dorosłych otyłość nie występowała w dzieciństwie/młodości, a u 80% otyłych osób w wieku powyżej 30 lat otyłość nie występowała okresie młodości (analiza dotycząca wpływu nadwagi (≥ 85 centyla) u dzieci na wystąpienie otyłości lub nadwagi w wieku dorosłym dały podobne rezultaty).

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

- W ramach programu APPLE (A Pilot Programme for Lifestyle and Exercise) realizowanego w populacji między 5 a 12 r.ż., do każdej ze szkół stanowiących grupę interwencyjną, przypisano tzw. koordynatorów aktywności społecznej (Community Activity Coordinators), którzy odpowiedzialni byli m.in. za opracowanie tzw. „programu aktywności” dla danej społeczności lokalnej, celem zachęcenia wszystkich dzieci do podejmowania nieznacznie większej aktywności fizycznej niż dotychczas, poprzez poszerzenie zakresu form aktywności dostępnych w szkołach. W wyniku realizacji ww. programu odnotowano:
 - znaczącą redukcję spożycia przez dzieci napojów gazowanych (redukcja o 33% w porównaniu z grupą kontrolną [P=0,04]), soków owocowych i napojów (redukcja o 30% w porównaniu z grupą kontrolną [P=0,03]),
 - większe spożycie owoców (różnica między grupą badaną a kontrolną = 0,8 [95% CI 0,5; 1,1], P<0,01),
 - zwiększenie czasu spędzanego na aktywności fizycznej w pierwszym roku okresu obserwacji (różnica między grupą badaną a kontrolną wynosiła:
 - -0,91 [95% CI -0,85; -0,97], p=0,007 – czas spędzany na aktywnościach sedentarnych,
 - 1,07 [95% CI 1,03; 1,12], p=0,001 – czas spędzany na umiarkowanej aktywności,
 - 1,10 [95% CI 1,02; 1,18], p=0,01 – czas spędzany na umiarkowanej/energicznej aktywności) (Specchia 2018, Taylor 2006, 2007, 2008).

Stosowanie programów skryningowych dotyczących skoliozy

- W przypadku określenia efektywności programów skryningowych autorzy przeglądu powołali się na badanie Bunge 2008. Stwierdzono, że wykrycie skoliozy nastąpiło wcześniej u pacjentów poddanych programowi skryningowemu niż u pacjentów, którzy nie brali udziału w programie. Wiek, w którym wykryto skoliozę wynosił odpowiednio 10,8 lat \pm 2,6 i 13,4 lat \pm 1,7. Pacjenci, u których skolioza została wykryta poprzez program przesiewowy tj. na wcześniejszym etapie rozwoju mieli 3-krotnie większe szanse na leczenie poprzez gorsetowanie zanim niezbędna byłaby operacja [OR = 3,1; 95% CI = 1,3-7,0]. Dodatkowo stwierdzono na podstawie badania Bunge 2008, że pacjenci, u których została zdiagnozowana skolioza mieli niższą wartość kąta skrzywienia w skali Cobba niż pacjenci, u których nie prowadzono działań przesiewowych. Kąty skrzywienia wynosiły odpowiednio 34° \pm 16,1° oraz 46° \pm 13,3°, p<0,01. Wynik był istotny statystycznie (Sabirin 2010).

Ocena skuteczności stosowania ćwiczeń w leczeniu idiopatycznej skoliozy młodzieńczej

- Brak obecnie twardych dowodów potwierdzających bądź zaprzeczających efektywności ćwiczeń w leczeniu skoliozy. Jednak z uwagi na fakt, że mogą one zapobiegać progresji zniekształcenia oraz przynosić też inne korzyści, zaleca się omówienie z chorym/opiekunami tej opcji leczenia i pozostawienie im decyzji w kwestii podjęcia ćwiczeń (Negrini 2003).

Opinie ekspertów klinicznych

Otyłość i nadwaga

Według ekspertów PPZ z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w podstawowej opiece zdrowotnej, finansowane ze środków publicznych, optymalnie powinny trwać minimum 1 rok, być nakierowane na rodziców i dzieci oraz zawierać różnorodne interwencje w ramach programu być realizowane przez różnych świadczeniodawców (lekarz, pielęgniarka, dietetyk, psychoterapeuta, fizjoterapeuta) za pomocą różnych form przekazu.

Programy polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży powinny być finansowane ze środków samorządów i ministrów m.in. ze względu na: dużą częstość (na podstawie danych epidemiologicznych) występowania problemu nadwagi i otyłości u dzieci oraz niepokojący trend wzrostowy, powikłania i konsekwencje zdrowotne otyłości, brak zespołów multidyscyplinarnych, w składzie których potrzebni są dietetycy, psychologowie i fizjoterapeuci specjalizujący się w leczeniu otyłości. PPZ powinny być realizowane zarówno na poziomie ogólnokrajowym, jak i samorządowym, z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności.

Zakres tematyczny edukacji powinien obejmować: przyczyny otyłości u dzieci i młodzieży (z naciskiem na emocjonalne przyczyny otyłości tzw. „zajadanie stresu” czy nadmiarowe jedzenie jako objaw depresji u dzieci i młodzieży); skutki otyłości, braku aktywności fizycznej i niezdrowej diety; promowanie zdrowego stylu życia – prawidłowej diety (w tym ograniczenia pokarmów bogatych w tłuszcze, cukier oraz sól) i większej aktywności fizycznej oraz zmiany wzorców zachowań; zindywidualizowane poradnictwo specjalistyczne dietetyczne, psychologiczne, fizjoterapeutyczne; promowanie aktywnego udziału rodziców w zmianach nawyków dzieci. Zakres prowadzonej edukacji zdrowotnej należy dostosować do wieku dzieci i młodzieży oraz poziomu wiedzy pozostałych odbiorców (np. rodziców, personelu szkoły). Jej efektem powinna być trwała zmiana zachowań dzieci w odniesieniu m.in. do: zwiększenia spożycia owoców i warzyw, zmniejszenia spożycia słodzonych napojów, redukcji spożycia produktów bogatych w tłuszcze, nasycone kwasy tłuszczowe, sól i cukier, ograniczenia czasu spędzanego przed telewizorem i innymi monitorami, zwiększenia udziału w zajęciach sportowych oraz wzrostu częstości korzystania z aktywnych sposobów dotarcia do szkoły.

Odbiorcami działań edukacyjnych powinni być: rodzice i dzieci oraz młodzież, szczególnie z grup ryzyka nadwagi i otyłości (niemowlęta, dzieci i młodzież w wieku przedszkolnym i szkolnym); rodzice i dzieci oraz młodzież ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością (dzieci i młodzież w wieku przedszkolnym i szkolnym), a także nauczyciele.

Mając na uwadze opinię eksperta edukacja powinna być prowadzona poprzez: dyskusję, porady indywidualne i grupowe (kontakt bezpośredni z profesjonalistami w przedszkolach, szkołach), wizyty kontrolne u lekarzy pediatrów, filmy instruktażowe, materiały informacyjne (w tym plakaty, broszury, ulotki o programie), środki masowego przekazu (w tym strony internetowe, media społecznościowe, prasa), konferencje, pikniki, konkursy, warsztaty oraz przy użyciu aplikacji mobilnych.

Wady postawy u dzieci

Wady postawy stanowią poważne zagrożenie prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży. Pociągają one za sobą rozwój dysfunkcji narządu ruchu w wieku dorosłym, co w konsekwencji prowadzi do ponoszenia przez budżet państwa związanych z tym kosztów (rehabilitacja, czasowa niezdolność do pracy spowodowana np. zespołami bólowymi kręgosłupa o podłożu przeciążeniowym, świadczenia rentowe). Do wzrostu liczby dzieci, u których występują wady postawy przyczynia się m.in. coraz niższa sprawność i odporność młodych organizmów, przeciążenie zarówno zajęciami obowiązkowymi, jak i dodatkowymi, siedzący tryb życia oraz ograniczenie aktywności ruchowej. Istotnym problemem jest

także brak jednolitych programów dotyczących profilaktyki i korekcji wad postawy w skali krajowej oraz na obszarze poszczególnych JST. Postępowanie terapeutyczne musi być zindywidualizowane, nie wskazane jest realizowanie zajęć korekcyjnych w formie zajęć grupowych. Proces diagnostyczno-terapeutyczny nie powinien być realizowany przez osoby lub podmioty specjalizujące się wyłącznie w diagnostyce postawy ciała, nie posiadające odpowiedniego doświadczenia w praktycznej realizacji zajęć korekcyjnych. Skuteczność zajęć korekcyjnych musi być systematycznie weryfikowana za pomocą badań diagnostycznych prowadzonych według tych samych standardów co badania wstępne. Prowadzone powinny być programy edukacyjne o prawidłowym odżywianiu i aktywności fizycznej, zapobiegające nadwadze i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Wzbogacona powinna zostać także oferta pozalekcyjnych zajęć ruchowych. Zapewnione powinny zostać środki finansowe na prowadzenie gimnastyki korekcyjnej w szkołach. Diagnostyka powinna obejmować dzieci w wieku przedszkolnym, w przedziale wiekowym 3-6 lat, szczególnej opieki i nadzoru wymagają dzieci i młodzież w okresie pokwitaniowego skoku wzrostowego: dziewczęta 11-14 lat, chłopcy 12-15. Diagnostyka powinna być prowadzona w oparciu o tanie, nieinwazyjne narzędzia i metody diagnostyczne. Obecnie rekomendowanym standardem są m.in. fotorejestracja oraz ocena kąta rotacji tułowia prowadzona za pomocą skoliometru Bunnella.

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 późn. zm), z uwzględnieniem raportu zdrowotnej nr: OT.431.72.2024 „Program polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki nadwagi i otyłości oraz wad postawy wśród dzieci klas III szkół podstawowych w mieście Ełk na lata 2024-2028” data ukończenia listopad 2024, oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 179/2024 z dnia 18 listopada 2024 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki nadwagi i otyłości oraz wad postawy wśród dzieci klas III szkół podstawowych w mieście Ełk na lata 2024-2028”