



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 107/2016 z dnia 15 czerwca 2016 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Zdrowotny program
edukacyjny z zakresu poprawy sposobu żywienia, stanu odżywienia
oraz aktywności fizycznej dzieci i młodzieży od 6 do 16 roku życia na
2016 rok”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Zdrowotny program edukacyjny z zakresu poprawy sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej dzieci i młodzieży od 6 do 16 roku życia na 2016 rok”

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy istotnego problemu jakim jest nadwaga i otyłość w populacji dzieci i młodzieży.

Na negatywną opinię Prezesa składają się przede wszystkim brak części niezbędnych elementów projektu programu, w tym opisu zaplanowanych działań.

Projekt programu zawiera opis problemu zdrowotnego. Określono także cel główny, jednak jest on rozbudowany i trudny do realizacji w przewidzianym okresie realizacji programu. Ponadto nie zaplanowano mierników efektywności odpowiadających celom, co powinno zostać uzupełnione.

Populacja docelowa została określona poprawnie. Swoim zasięgiem program ma objąć populację dzieci i młodzieży oraz ich rodziców/opiekunów prawnych i nauczycieli, co jest zgodne z wytycznymi.

Zaplanowane interwencje odnajdują swoje odzwierciedlenie w wytycznych, jednak w projekcie nie określono szczegółów ich dotyczących. Brak jest harmonogramu programu, zakresu tematycznego, osób odpowiedzialnych za poszczególne części programu, sposobu prowadzenia kontroli w szkołach oraz kryteriów kwalifikacji osób do działań terapeutycznych. Wskazane braki uniemożliwiają ustosunkowanie się do prawidłowości działań.

W ramach monitorowania i ewaluacji zaplanowano wskaźniki, które mogą zostać wykorzystane w trakcie jej prowadzenia. Warto jednak uporządkować ten element programu i precyzyjnie określić w jaki sposób oceniania będzie zgłaszalność do programu i jakość świadczeń, a w jaki przeprowadzona będzie ewaluacja programu po jego zakończeniu.

Budżet programu nie zawiera poszczególnych składowych i ich kosztów, więc niemożliwa jest jego weryfikacja.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący zapobiegania nadwadze i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 60 000 zł, zaś okres realizacji to rok 2016.



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 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

Program odnosi się do ważnego problemu zdrowotnego oraz realizuje następujące priorytety zdrowotne: zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu; przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy; zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia.

W projekcie przedstawiono opis problemu zdrowotnego oraz opis sytuacji epidemiologicznej.

Wyniki badania OLAF z 2010 roku, dotyczące występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci, wskazują, że problem ten dotyczy 16,3% populacji dziecięcej w Polsce. Największy odsetek dzieci z nieprawidłową wagą odnotowano w województwie mazowieckim, najniższy zaś w województwie świętokrzyskim.

Cele i efekty programu

Celami głównymi programu jest poprawa stanu zdrowia dzieci i młodzieży z Otwocka poprzez wczesne wykrycie i redukcję czynników ryzyka rozwoju nadwagi i otyłości oraz przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej u dzieci i młodzieży z wykrytymi problemami zdrowotnymi; zwiększenie świadomości zdrowotnej uczniów, ich rodziców i nauczycieli oraz kształtowanie zachowań prozdrowotnych; współpraca ze środowiskiem szkolnym w kierunku zmiany organizacji środowiska szkolnego, by mogło jeszcze efektywniej wspierać i promować zdrowy tryb życia u dzieci i ich rodziców. Proszę zwrócić uwagę, że przedstawiony cel jest bardzo złożony i utrudniona może być jego realizacja, biorąc pod uwagę zaplanowany okres trwania programu. Warto cele programowe tworzyć zgodnie z zasadą SMART, według której cel powinien być m. in. szczegółowy (zawierający czytelny przekaz), mierzalny (liczbowe określenie stopnia jego realizacji), realistyczny (możliwy do osiągnięcia), ambitny/atrakcyjny i terminowy (określony w czasie).

W projekcie nie sformułowano celów szczegółowych, oczekiwanych efektów programu oraz mierników efektywności, co należy uzupełnić.

Mierniki efektywności są wskaźnikami, które umożliwiają obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów. W ocenianym programie mogą one obejmować m.in. ocenę pomiarów antropometrycznych wraz z BMI, wartości centylowych (po zakończeniu interwencji i rok później), liczbę rodziców z wiedzą z zakresu zdrowego stylu życia, zmianę zachowań zdrowotnych i żywieniowych rodziców i dzieci. Warto mieć na uwadze, aby uzyskane wyniki odnieść do sytuacji sprzed programu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią uczniowie szkół podstawowych i gimnazjalnych, których organem założycielskim jest gmina Otwock. W projekcie szacuje się, że do programu zostanie zakwalifikowanych łącznie 4229 uczniów, co stanowić będzie 100% populacji docelowej.

Przedstawione wyżej liczebności są porównywalne do danych przedstawianych przez GUS na rok szkolny 2014/15.

Pośrednią grupą docelową są rodzice ww. uczniów oraz ich nauczyciele, których liczebność szacuje się na ok. 500 rodziców oraz 100 nauczycieli.

We wszystkich odnalezionych rekomendacjach podkreśla się fakt, że wszystkie interwencje skierowane do dzieci powinny być prowadzone z udziałem rodziców, a także w zmianie stylu życia

powinna uczestniczyć cała rodzina. Programy dotyczące nadwagi i otyłości powinny być prowadzone poczynając od dzieci przedszkolnych i szkolnych.

Interwencja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie działań edukacyjnych w populacji dzieci i młodzieży oraz dorosłych, które ukierunkowane będą na profilaktykę nadwagi/otyłości i chorób cywilizacyjnych. W projekcie nie przedstawiono szczegółów dotyczących planowanych działań, m.in. zakresu tematycznego, formy edukacji, osoby odpowiedzialnej za jej prowadzenie, zakresu tematycznego materiałów edukacyjnych. Niemożliwe jest zatem odniesienie się do poprawności zaplanowanej interwencji.

Warto podkreślić, że opinie ekspertów klinicznych sugerują, że edukacją zdrowotną w kierunku nadwagi/otyłości powinny zajmować się osoby o odpowiednich kwalifikacjach w danym zakresie.

W projekcie oprócz edukacji zdrowotnej uczniów, ich rodziców/opiekunów prawnych oraz nauczycieli przewiduje się także analizę aktualnych jadłospisów stołówek szkolnych, programów wychowania fizycznego oraz produktów sprzedawanych w sklepikach/automatach na terenie placówek oświaty.

Eksperti kliniczni podkreślają, że na czas realizacji szkolnych programów dot. edukacji w zakresie zdrowego żywienia należy uniemożliwić dostęp dzieci do „niezdrowej żywności” poprzez usunięcie automatów ze słodyczami lub zaopatrzenie ich w produkty zgodne z założeniami programu. Dodatkowo, kwestię tę reguluje Rozporządzenie MZ z dnia 26 sierpnia 2015 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz. U. poz. 1256).

Ponadto, projekt programu odnosi się do realizacji badań przesiewowych wśród populacji docelowej programu, celem zweryfikowania grup uczniów z czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych oraz przeprowadzenia pełnej interwencji edukacyjno-leczniczej w wyselekcjonowanych grupach. Nie przedstawiono jednak szczegółów etapu edukacyjno-leczniczego wśród zweryfikowanych już grup ryzyka nadwagi/otyłości, co uniemożliwia odniesienie się do poprawności zaplanowania tych działań.

Badania przesiewowe mają z kolei polegać na dokładnym wywiadzie z uczniem i jego opiekunem prawnym oraz na pomiarze wskaźnika BMI i obwodu talii dziecka.

Odnalezione dowody naukowe wskazują, że o ile pomiar BMI w danej populacji docelowej jest zasadny, to dla diagnostyki dziecięcej nie powinno używać się obwodu talii oraz międzynarodowych tabel otyłości (National Institute for Health and Clinical Excellence 2015, Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2010). Warto zaznaczyć, że w projekcie nie określono granicy pomiaru BMI, w ramach której uczniowie będą kwalifikowani do grup ryzyka nadwagi/otyłości. W ramach projektu badawczego OLAF, prowadzonego w latach 2007-2009 z udziałem 17 tys. dzieci i młodzieży w wieku 6-18 lat z ponad 400 szkół z całego kraju, opracowano aktualne, reprezentatywne dla populacji dzieci i młodzieży szkolnej, siatki centylowe wysokości ciała, masy, BMI a także normy ciśnienia tętniczego, pod koordynacją Pomnika – Centrum Zdrowia Dziecka. Warto zatem uwzględnić aktualne wartości centylowe BMI dla nadwagi i otyłości i przyjąć je jako kryterium kwalifikacji dzieci do etapu wspomnianej w projekcie interwencji edukacyjno-leczniczej.

Należy podkreślić, że zgodnie z zaleceniami NICE, program dot. ww. zakresu, powinien być regularnie weryfikowany i aktualizowany przez multidyscyplinarny zespół specjalistów. W projekcie nie odniesiono się do nadzoru merytorycznego i organizacyjnego programu. Nie wiadomo również, kto będzie odpowiedzialny za realizację poszczególnych działań organizacyjnych w ramach projektu programu. Zgodnie z zaleceniami m.in. NICE z 2013 r. zespół specjalistów zaangażowanych w program zwalczania otyłości u dzieci, powinien obejmować dietetyka, specjalistę od żywienia, specjalistę ds. promocji zdrowia (dla promocji aktywności fizycznej odpowiedni byłby psycholog sportowy), psychologa klinicznego lub psychiatrę dziecięcego, pediatrę lub pielęgniarkę pediatryczną.

Monitorowanie i ewaluacja

W ramach programu zaplanowano jego monitorowanie i ewaluację, jednak wymagają one doprecyzowania. Warto w projekcie wyróżnić poszczególne części tego elementu, czyli ocenę zgłaszalności, jakości udzielonych świadczeń i ocenę efektywności (tj. ewaluację programu).

Z przedstawionych informacji można wskazać, że ocena zgłaszalności została zaplanowana poprawnie. Warto jednak określić także wskaźniki dla populacji dorosłych.

Nie określono oceny jakości udzielonych świadczeń, co należy uzupełnić.

W ramach ewaluacji powinno się określić zmianę w zakresie wiedzy oraz zachowań zdrowotnych uczestników, określić wartości BMI i odnieść je do pomiarów z początku programu oraz wskazać liczbę osób zakwalifikowanych i biorących udział w działaniach terapeutycznych. Warto także zaplanować monitorowanie losów uczestników, którzy będą brali udział w ramach działań edukacyjno-terapeutycznych.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wyłoniony w ramach konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. Wskazano, także ogólne kompetencje realizatora.

Projekt programu nie zawiera harmonogramu jego działań organizacyjnych. Nie opisano sposobu powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych oraz sposobu zakończenia udziału w programie. Elementy te warto uzupełnić.

Proszę zwrócić uwagę, że zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych programy profilaktyczne dot. zapobiegania nadwadze/otyłości w populacji dzieci, ale i dorosłych powinny mieć charakter działań długofalowych. Program został przewidziany natomiast na okres kilku miesięcy w 2016 r, co może nie pozwolić na osiągnięcie założonych celów programu.

W projekcie określono całkowity koszt przeprowadzenia programu na 60 000. Nie przedstawiono jednak poszczególnych składowych budżetu i związanych z nimi kosztów. Niemożliwe jest zatem, określenie czy zaplanowane środki będą wystarczające na pokrycie działań programowych.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

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, niezadowolenie z kształtów i masy swojego ciała, poczucie winy i bezradności, depresji, nadużywania alkoholu, leków lub narkotyków. Złe nawyki żywieniowe nabyte w dzieciństwie utrwalają się i mają wpływ na rozwój otyłości w społeczeństwie, która z kolei przyczynia się do problemów społecznych, np. bezrobocia.

Alternatywne świadczenia

Świadczenia gwarantowane w zakresie POZ ukierunkowane są na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, leczenie, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności oraz usprawnianie i pielęgnację świadczeniobiorcy w chorobie.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ocena rozwoju fizycznego dziecka należy do zadań lekarza POZ i jest prowadzona w ramach porad patronażowych i badań bilansowych, w tym badań przesiewowych w następujących okresach życia dziecka: 1-4 t.ż., 2-6 m.ż., 9 m.ż., 12 m.ż., 2, 4, 5 lat, następnie roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne, klasa III szkoły podstawowej, klasa I gimnazjum, klasa I szkoły ponadgimnazjalnej, ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19 roku życia.

Ocena technologii medycznej

Zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości, ważne jest, aby programy polityki zdrowotnej w tym zagadnieniu prowadzone były począwszy od dzieci

przedszkolnych i szkolnych, ze szczególnym uwzględnieniem tych grup wiekowych. Prowadzenie programów wśród młodzieży i dorosłych również jest zalecane, jednak może przynieść mniejsze korzyści z perspektywy służby zdrowia.

Ponadto eksperci wskazują, że programy te powinny obejmować dietę, aktywność fizyczną oraz psychologiczne terapie behawioralno-poznawcze. W czasie realizacji szkolnych programów dotyczących edukacji w zakresie zdrowego odżywiania należy umożliwić dzieciom dostęp do „niezdrowej żywności” poprzez usunięcie automatów ze słodyczami lub zaopatrzenie ich w produkty zgodne z założeniami programu.

Modyfikacja stylu życia jest jednym z najtrudniejszych zadań planowanych w ramach programów zdrowotnych jst. Kształtowanie określonych postaw zdrowotnych jest bardzo trudne wśród osób chorych, a jeszcze trudniejsze jako działanie prewencyjne w populacji zdrowej. Interwencje w tym kierunku powinny wymuszać interaktywność beneficjentów. Preferowaną formą takiej edukacji są np. warsztaty.

W aktualnych rekomendacjach U.S. Preventive Services Task Force z 2010 r. (aktualizacja tych rekomendacji zostanie opublikowana w 2016 r.) zaleca się wykonanie badania przesiewowego w kierunku otyłości u dzieci 6 letnich i starszych, oraz zaoferowanie lub skierowanie ich na kompleksowe, intensywne interwencje behawioralne wspierające redukcję wagi. Podstawowe, rutynowo wykonywane pomiary powinny obejmować wzrost, wagę oraz wyliczenie BMI.

Z odnalezionych rekomendacji i wytycznych (m.in. Polish Forum for Prevention, Światowa Organizacja Zdrowia, National Institute for Health and Clinical Excellence Clinical Guideline, Massachusetts Department of Public Health (MDPH), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), The Endocrine Society) wynika, że zalecanym wskaźnikiem nadwagi i otyłości u dzieci jest pomiar BMI skorygowany o wiek i płeć w postaci centylów. Normy w populacji polskiej to: dla nadwagi pomiędzy 90 a 97 centylem, dla otyłości powyżej 97 centyli. Diagnostyka i skryning nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży powinny polegać na pomiarze BMI percentylów, zaś nie zaleca się pomiaru obwodu talii oraz międzynarodowych tabel otyłości. Dziecko, u którego zdiagnozowano nadwagę lub otyłość powinno być kierowane do lekarza specjalisty. Kurację odchudzającą zaleca się u dzieci z BMI powyżej 95 centyla.

Do odczytania centyli BMI mogą być używane siatki centylowe lub specjalne kalkulatory internetowe. Nadwagę zdefiniowano jako BMI ≥ 80 -94 centyla a otyłość BMI ≥ 95 centyla. Zaleca się, aby pacjentów kierować na kompleksowe, zintensyfikowane programy obejmujące elementy dietetyczne, aktywności fizycznej oraz behawioralne. Interwencje uznaje się za kompleksowe kiedy obejmują: poradnictwo w zakresie spadku wagi i zdrowej diety, poradnictwo w zakresie aktywności fizycznej oraz instrukcje i wsparcie w podtrzymaniu zmian w diecie i aktywności fizycznej. Oceniany program spełnia te kryteria. NICE w 2013 r. zarekomendował, aby pomiary BMI i BMI zależnego od wieku i płci, były wykonywane przy rekrutacji do programu, na zakończenie programu, 6 miesięcy po zakończeniu i 1 rok po zakończeniu programu. W ocenianym projekcie planuje się wyliczenie BMI na samym początku, po zakończeniu interwencji oraz po roku od zakończenia. Jest to podejście prawidłowe i zgodne z zaleceniami.

Zgodnie z zaleceniami m.in. NICE z 2013 r. zespół specjalistów zaangażowanych w program zwalczania otyłości u dzieci, powinien obejmować dietetyka, specjalistę od żywienia, specjalistę ds. promocji zdrowia (dla promocji aktywności fizycznej odpowiedni byłby psycholog sportowy), psycholog kliniczny lub psychiatrą dziecięcy, pediatrą lub pielęgniarką pediatryczną. Program taki powinien być regularnie oceniany i aktualizowany przez multidyscyplinarny zespół. W ocenianym programie zakłada się bieżące monitorowanie przez powołaną Radę Programu – określanie kierunków zmian w następujących etapach realizacji w oparciu o dane z ewaluacji kolejnych etapów programu. Zatem są to działania zgodne z rekomendacjami.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.82.2016 „Zdrowotny program edukacyjny z zakresu poprawy sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej dzieci i młodzieży od 6 do 16 roku życia na 2016 rok” realizowany przez: miasto Otwock, Warszawa czerwiec 2016, Aneksu do raportów szczegółowych: „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny”, kwiecień 2016. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 172/2016 z dnia 13 czerwca 2016 roku o projekcie programu „Zdrowotny program edukacyjny z zakresu poprawy sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej dzieci i młodzieży od 6 do 16 roku życia na 2016 rok” miasta Otwock