



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Scoping review w procesie tworzenia programu polityki zdrowotnej

Sylwia Chylak¹, Patrycja Głowik², Michał Sawicki¹

¹Dział Programów Polityki Zdrowotnej, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

²Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej (Zespół Zamiejscowy ds. analitycznych w Krakowie),
Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Warszawa, sierpień 2019

Spis treści

| | |
|--|----|
| 1. Abstrakt | 3 |
| 2. Definiowanie scoping review | 4 |
| 3. <i>Scoping review</i> a przegląd systematyczny | 5 |
| 4. Programy polityki zdrowotnej i <i>scoping review</i> | 7 |
| 4.1. Wnioski z opinii Prezesa Agencji w zakresie projektów PPZ dot. profilaktyki nadwagi i otyłości dzieci i młodzieży | 7 |
| 4.2. Zastosowanie <i>scoping rev</i> w procesie tworzenia PPZ | 9 |
| 5. Podsumowanie | 14 |
| 6. Bibliografia..... | 16 |

1. Abstrakt

Scoping review w procesie tworzenia programu polityki zdrowotnej

Celem publikacji jest ogólne przedstawienie różnic syntezy dowodów w postaci *scoping review* i przeglądu systematycznego, jak również nakreślenie roli wspomnianego *scopingu* w procesie tworzenia programów polityki zdrowotnej.

Opracowanie zostało przygotowane na podstawie przeglądu literatury w dostępnych bazach informacji naukowej oraz dostępnych na stronie Agencji Oceny Technologii Medycznych opinii Prezesa w zakresie programów polityki zdrowotnej dot. profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży.

W publikacji przedstawiono charakterystykę *scoping review* oraz porównanie tego rodzaju przeglądu z częściej stosowanym przeglądem systematycznym. Odniesiono się również do definicji programów polityki zdrowotnej i ich złożoności w kontekście zdrowia publicznego. Następnie przedstawiono możliwości w zakresie zastosowania *scoping review* w projektach programów, na przykładzie programów dot. profilaktyki nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży. Oszacowano również liczebność wspomnianych programów zaopiniowanych przez Agencję, jak i przedstawiono wnioski pochodzące z ww. opinii.

Przeglądy o charakterze *scoping review* mogą być pomocnym narzędziem w procesie tworzenia projektów programów polityki zdrowotnej w interesującym potencjalnych wnioskodawców/decydentów obszarze tematycznym. Stanowią one wsparcie w podejmowaniu bardziej świadomych decyzji w zakresie zróżnicowanych i szeroko zakrojonych interwencji zdrowia publicznego.

słowa kluczowe: scoping review w zdrowiu publicznym, programy polityki zdrowotnej, programy zdrowotne, zdrowie publiczne, analiza problemu decyzyjnego

Abstract

Scoping review in health policy programmes

The aim of the publication is to present the general differences in the synthesis of evidence in the aspect of scoping review and systematic review, as well as to outline the role of mentioned scoping in the process of creating health policy programs.

This paper based on literature review in available biomedical databases and opinions of the President of the Agency for Health Technology Assessment and Tariff System (available on the website) in the scope of health policy programs related to overweight and obesity prevention in children and adolescents.

The publication describes scoping review characteristics and presents comparison with systematic review. Publication describes also definition of health policy programs and their complexity in the context of public health. The possibilities of using scoping review in health policy program projects were presented, on the example of programs on the prevention of overweight and obesity in the population of children and adolescents. This paper presents statistics about mentioned programs appraised by the Agency, as well as the conclusions from the abovementioned opinions.

Scoping review reviews can be a helpful tool in the process of creating health policy programs projects in the relevant potential applicants/policy makers of the thematic area. They provide support in making more informed decisions regarding diverse and wide-ranging public health interventions.

key words: scoping reviews in public health intervention, health policy programmes, health programmes, public health, research

2. Definiowanie scoping review

Scoping reviews (dalej *scoping rev*) są stosunkowo nowym podejściem do syntezy dowodów, a obecnie istnieje niewiele wskazówek dotyczących decyzji o wyborze między systematycznym przeglądem literatury a *scoping rev* w wyżej wymienionym zakresie [1].

Pojęcie *scopingu* wywodzi się od angielskiego słowa „*scope*” oznaczającego m.in. „zakres/zasięg/pole działania/możliwość” czy też „przyglądanie się czemuś/badanie czegoś”. Zagadnienie to dotyczy ustalania zakresu działań/zadań lub badań w złożonych procesach planowania i zarządzania [6].

Zgodnie z ogólnie przyjętą definicją *scoping rev* jest formą syntezy wiedzy, która odnosi się do wstępnego pytania badawczego, celem mapowania kluczowych pojęć, rodzajów dowodów i luk/ograniczeń w badaniach związanych z określonym obszarem/dziedziną poprzez systematyczne wyszukiwanie, selekcję i syntezę istniejących informacji [7].

Scoping rev obejmuje więc szereg różnych projektów badawczych, aby w sposób kompleksowy podsumować i zsyntetyzować dowody celem przedłożenia informacji nt. ogólnej praktyki, programów czy wyznaczenia kierunków przyszłych priorytetów badawczych.

Przeglądy te mogą być przydatne same w sobie, jak również mogą być pomocne w celu stworzenia pełnych przeglądów systematycznych. Stanowią one również potwierdzenie potencjalnych pytań badawczych oraz pomoc w kierunku określenia kryteriów włączenia badań do przeglądu systematycznego. Rezultaty wstępnego wyszukiwania (*preliminary search*) mogą być przydatne w opracowywaniu właściwej strategii wyszukiwania (generowanie listy słów kluczowych z odnalezionych istotnych publikacji, które mogą zostać użyte w budowaniu strategii wyszukiwania).

Wśród głównych wskazań do wykonania ww. *scoping rev* wymienia się [1, 2]:

- określenie rodzaju dostępnych dowodów w danej dziedzinie i ich ogólnego zakresu (czy dostępne są dowody wysokiej jakości jak np. przeglądy systematyczne RCT, metaanalizy badań oraz jakie są ogólne wnioski),
- zbadanie i wyjaśnienie definicji, które mają zastosowanie w dostępnej literaturze (np. jak definiuje się pojęcie interwencji multikomponentowej czy nadwagi/otyłości),
- sprawdzenie, jak prowadzone są badania na ściśle określony temat (weryfikacja metodologii dostępnych badań),
- zidentyfikowanie i zbadanie cech/czynników związanych z konkretną koncepcją/tematem, np. opracowania modelu najlepszych praktyk w kierunku profilaktyki nadwagi/otyłości w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
- umożliwienie stworzenia rzetelnego przeglądu systematycznego, poprzez włączenie odpowiedniej liczby badań, identyfikację potencjalnej grupy/populacji docelowej danej interwencji, określenie interwencji alternatywnych oraz adekwatnych punktów końcowych,
- identyfikacja i analiza luk/deficytów w wybranych bazach danych w określonym obszarze (np. identyfikacja braków w wiedzy na temat rekomendowanego wysiłku fizycznego u osób z nadwagą/otyłością).

Podsumowując, proces *scopingu* stanowi specyficzny rodzaj przeglądu literatury oraz dowodów naukowych, oparty o 5 etapów: identyfikację pytania badawczego, identyfikację i selekcję badań, opis badań, zestawienie i prezentację wyników oraz ewentualne konsultacje. Podstawowym zadaniem jest sformułowanie pytania klinicznego lub pytań klinicznych. Zdefiniowanie pytania klinicznego stanowi punkt wyjścia w ustaleniu zakresu przeglądu. Wpływa na kształt projektu strategii wyszukiwania oraz ostatecznie na wyniki przeprowadzanego przeglądu. Dobrze wykonane *scoping rev* mogą wspomóc potencjalnych decydentów, badaczy, twórców programów polityki zdrowotnej w podejmowaniu bardziej świadomych decyzji w zakresie interesujących ich tematów [9].

3. Scoping review a przegląd systematyczny

Przegląd o charakterze *scoping rev* ma charakter zestawienia odpowiedniej literatury w wybranym obszarze tematycznym i w jego ramach stosuje się często technikę „mapowania” (tj. tworzenia schematu/zarysu) dostępnej literatury w ściśle określonej dziedzinie. Różni się on jednak istotnie od przeglądu systematycznego [2].

W przypadku przeglądu o charakterze systematycznym, wymagane jest tworzenie stosownego protokołu *a priori* [3], który uwzględnia szczegółowy plan prac nad przeglądem. Opisuje on proces jego tworzenia celem zachowania jak najwyższego obiektywizmu i niwelowania m.in. ryzyka błędu systematycznego związanego z wybiórczym raportowaniem wyników odnalezionych w ramach przeglądu badań. Z kolei, w *scoping rev* tworzenie ww. protokołu nie jest obligatoryjne i nie wymaga się starannego udokumentowania kolejnych kroków w zakresie jego tworzenia.

Przegląd systematyczny skupia się na dobrze zdefiniowanym pytaniu badawczym, określając tym samym dokładny rodzaj badań do niego włączonych [2]. *Scoping rev* natomiast ukierunkowany jest na szerszy zakres tematyczny, w którym może być uwzględnionych wiele różnych projektów badawczych. Jego celem jest osiągnięcie jak największej ilości informacji w kierunku wybranego obszaru zainteresowania. Odpowiada na pytania szersze niż te związane np. tylko ze skutecznością leczenia lub interwencji. Jednak kontekst danego *scoping rev* powinien być jasno określony, może dotyczyć konkretnej sytuacji (np. promowania zdrowia, podstawowej opieki zdrowotnej) czy też ściśle określonej dziedziny (np. edukacji, farmacji) [5].

Kryteria włączenia i wykluczenia badań w przypadku przeglądu systematycznego są jasno określone i opracowane już na etapie tworzenia protokołu. *Scoping rev* nie ma narzuconej, restrykcyjnej metodologii, natomiast kryteria włączenia odpowiednich publikacji opracowane są *post hoc* na etapie selekcji badań. Kryteria te opierają się głównie na następujących elementach: populacji będącej przedmiotem zainteresowania, ogólnego obszaru/pojęcia zainteresowania oraz jego kontekstu [9]. W przeciwieństwie do przeglądu systematycznego, *scoping rev* rzadziej dąży do rozwiązania bardzo konkretnych pytań badawczych, a tym samym do oceny jakości włączonych do niego badań [2]. Ocena jakości włączonych badań nie jest więc wymagana, podobnie jak ocena ryzyka błędu systematycznego nie ma kluczowego zastosowania.

Strategia i źródła wyszukiwania obejmują znacznie szerszy obszar niż przegląd systematyczny. Mając powyższe na uwadze, przegląd artykułów w przypadku *scoping rev* ze względu na większą liczbę wyników jest bardziej czasochłonny niż w przeglądzie systematycznym.

Dostępna literatura przedstawia, że ramy czasowe wykonania *scoping rev* są silnie uzależnione od wielu czynników, jak m.in. dostępności zasobów personalnych (liczba badaczy/recenzentów), liczby odnalezionych badań oraz wiedzy specjalistycznej/doświadczenia recenzentów [4].

W zakresie selekcji badań i ekstrakcji danych do *scoping rev*, ich formalna synteza nie jest wymagana. Wyniki mogą być przedstawione w formie logicznego schematu/tabeli lub dowolnej formie opisowej zgodnej z zakresem i celami przeglądu [5].

Konsultacje eksperckie w ramach tworzenia *scoping rev* nie są wymagane [5].

Podsumowując, w przeciwieństwie do przeglądu systematycznego, do podstawowych cech *scoping rev* należy: szeroki zakres pytania badawczego, kryteria włączenia/wyłączenia mogą być zdefiniowane *post hoc*, jakość dowodów nie jest podstawowym priorytetem (istotne jest uzyskanie jak największej liczby informacji w wybranym temacie), głównie jakościowa synteza wyników (Tabela 1). Proces *scopingu* nie obejmuje oceny jakości odnalezionych badań, co ogranicza syntezę danych i interpretację wyników.

Tabela 1. Podstawowe różnice między *scoping rev* a przeglądem systematycznym

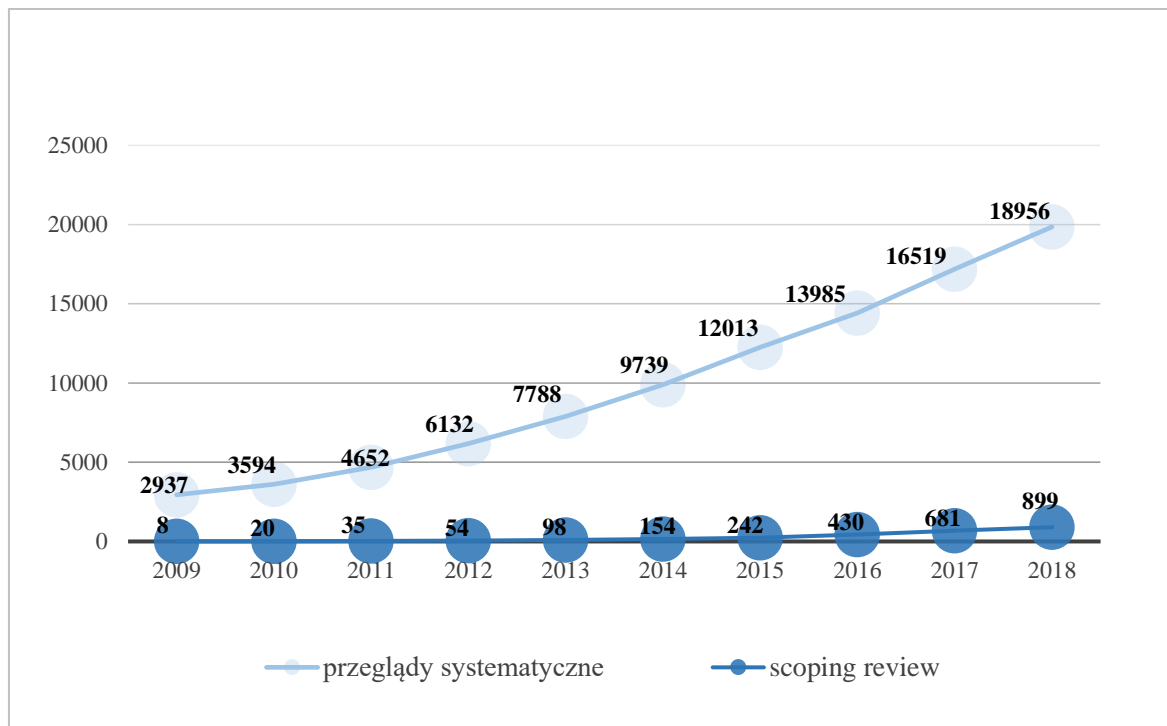
| | <i>Scoping rev</i> | Przegląd systematyczny |
|---|--|---|
| Pytanie badawcze | Szeroko zdefiniowane | Dokładnie sprecyzowane |
| Kryteria włączenia i wykluczenia | Opracowane <i>post hoc</i> na etapie selekcji badań | Opracowane na etapie protokołu |
| Selekcja badań | Wszystkie typy publikacji | Zdefiniowane, określone typy publikacji |
| Ekstrakcja danych | Dane wybierane wg kluczowych zagadnień, tematów etc. | Synteza i agregacja wyników |

Źródło: opracowanie własne na podstawie [2]

Celem zweryfikowania liczby publikacji będących „*scoping review*” względem przeglądów systematycznych („*systematic review*”) opublikowanych w Medline via PubMed na przestrzeni lat 2009-2019 przeprowadzono wyszukiwanie tych

publikacji z wykorzystaniem następujących słów kluczowych: („*scoping review*”[Title]) vs („*systematic review*”[Title]). Od 2009 r. do końca 2018 r. nastąpił ponad 100-krotny wzrost liczby *scoping rev*, które w 2018 r. stanowiły ok. 5% (899) w stosunku do przeglądów systematycznych (18956). Poniższy wykres przedstawia liczbę publikacji *scoping rev* w porównaniu do przeglądów systematycznych opublikowanych w bazie Medline via PubMed na przestrzeni 2009-2018 r.

Wykres 1. Porównanie liczby publikacji *scoping rev* z przeglądami systematycznymi opublikowanymi w bazie Medline via PubMed na przestrzeni 2009-2018 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie ww. strategii wyszukiwania

4. Programy polityki zdrowotnej i *scoping review*

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, tj. Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2019, poz. 1373 z późn. zm.), Agencja zobowiązana jest do opiniowania projektów programów polityki zdrowotnej (zwanych dalej PPZ). Programy te zazwyczaj odnoszą się do interwencji z zakresu szeroko pojmowanego zdrowia publicznego, definiowanego jako troska o zachowanie i umacnianie zdrowia w wymiarze makrospołecznym, lokalnym i środowiskowym, polegająca na naukowym rozpoznawaniu stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych zbiorowości oraz inicjowaniu i koordynowaniu wysiłków instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych w celu osiągnięcia pożądanego standardów zdrowia [8]. Cel ten uzyskuje się poprzez kontrolę czynników ekologicznych, tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych, zapobieganie zakaźnym i niezakaźnym chorobom społecznym, powszechny i równy dostęp do opieki medycznej, a przede wszystkim w wyniku kształtowania nawyków zdrowego stylu życia w ramach edukacji przedszkolnej i szkolnej oraz realizacji programów promocji zdrowia w środowisku ludzi dorosłych. Interwencje z zakresu zdrowia publicznego są zróżnicowane i obejmują działania odnoszące się zarówno do jednostki, jak i całego społeczeństwa [23].

Interwencje z zakresu zdrowia publicznego uwzględniane w ramach projektów PPZ są przeważnie opisywane jako zbiór określonych komponentów, np. uwzględniający określone świadczenie zdrowotne i jednocześnie edukację pacjentów/personelu medycznego, czy też dietę, ćwiczenia, poradnictwo na temat redukcji masy ciała, organizowanie wydarzeń/spotkań o charakterze edukacyjnym dla społeczeństwa jako składowe promowania zdrowia. Złożoność ww. interwencji wynika również ze zróżnicowanej charakterystyki populacji, punktów końcowych, które stanowią niezbędne elementy oceny, ale i z faktu, że skuteczność bardzo często zależy od kontekstu prowadzonych działań.

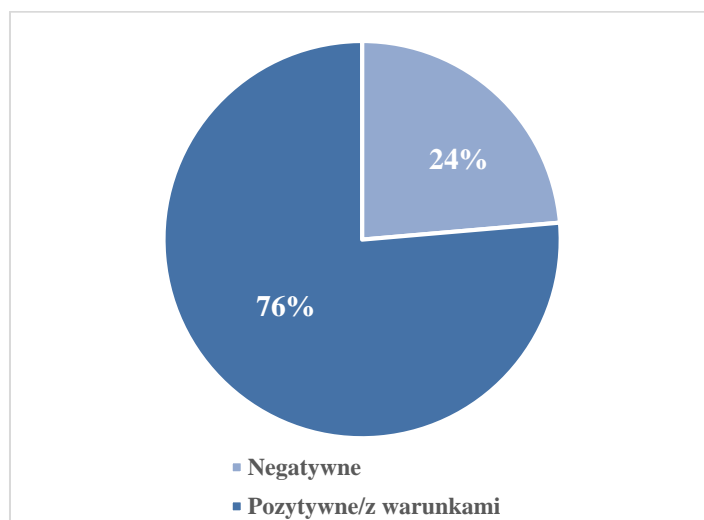
Mając na uwadze ww. złożoność interwencji, tradycyjne kryteria tworzenia przeglądów systematycznych mogą być zbyt ściśle zdefiniowane i tylko częściowo odpowiadać na pytania z zakresu zdrowia publicznego. Istotnym rozwiązaniem, a raczej narzędziem w procesie tworzenia projektów PPZ może być wyżej opisany *scoping rev*.

W rozdziałach poniżej przedstawiono zastosowanie *scoping rev* w projektach PPZ na przykładzie programów dot. profilaktyki nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży, jak również dane statystyczne i wnioski pochodzące z dotychczas opiniowanych przez Agencję PPZ w zakresie ww. tematyki.

Warto podkreślić, że w wyniku przeprowadzonej strategii wyszukiwania dowodów naukowych w zakresie *scoping rev* w problematyce nadwagi i otyłości odnaleziono 476 publikacji w trzech podstawowych bazach danych (160 wyników dla bazy Medline via PubMed, 202 dla bazy Embase via OVID oraz 114 w Cochrane Library). Blisko 36% z ww. dowodów dotyczyło populacji dzieci i młodzieży (61 w bazie Medline via PubMed, 78 w Embase via OVID oraz 33 w Cochrane Library).

4.1. Wnioski z opinii Prezesa Agencji w zakresie projektów PPZ dot. profilaktyki nadwagi i otyłości dzieci i młodzieży

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), do dnia 3 czerwca 2019 roku, zgodnie trybem określonym w Ustawie o świadczeniach, wydała 55 opinii dotyczących PPZ z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży [10]. Do przedmiotowych projektów wydano 42 opinie pozytywne lub warunkowo pozytywne oraz 13 opinie negatywne.



Rycina 1. Odsetek opinii wydanych przez Prezesa AOTMiT na temat projektów PPZ w zakresie nadwagi i otyłości dzieci/młodzieży (stan na czerwiec 2019 r.). Źródło: opracowanie własne na podstawie[10].

Analizując wiek populacji docelowych wskazywanych w PPZ, należy zauważyć że był on relatywnie zróżnicowany (0-18 lat). W wyniku weryfikacji zgromadzonych projektów PPZ stwierdzić można, że działania dot. profilaktyki nadwagi i otyłości, wśród dzieci i młodzieży, kierowane były najczęściej (ok. 83% PPZ) do dzieci w wieku 7-11 lat.

Do głównych interwencji uwzględnionych w ww. projektach PPZ należały: badania przesiewowe, interwencje multikomponentowe – obejmujące komponent aktywności fizycznej, dietetyczny oraz psychologiczny, działania edukacyjne, badania laboratoryjne, a także badania dodatkowe. Weryfikując zgromadzone projekty można zauważyć, że:

- badania przesiewowe opierały się głównie na pełnych pomiarach antropometrycznych z wyliczeniem BMI;
- komponent dietetyczny obejmował grupowe lub indywidualne porady dietetyczne/psychodietetyczne w formie warsztatów, pogadanek, spotkań, konsultacji z dietetykiem (dzieci z rodzicami), wykładów (rodzice) o różnej częstotliwości, różnym czasie trwania i liczebności grup; czas trwania interwencji dietetycznej różnił się między poszczególnymi projektami PPZ wynosząc od 45 minut do 3 godzin (najczęściej – 45 min w przypadku dzieci i 90 min w przypadku rodziców). Liczba planowanych spotkań wynosiła od 1 do 5; częstotliwość spotkań dietetycznych wahała się od jednorazowego spotkania do 4 wizyt w ciągu 3 miesięcy (oraz jedna wizyta co miesiąc, jedna wizyta na 2-3 miesiące, a także cykl spotkań: w2-, 4-, 6-, 8-, 10- oraz w 0-, 3-, 6-, 9- miesiącu programu); liczebność grup (poza indywidualnymi spotkaniami) wynosiła od 30 do 70 osób (w przypadku dzieci najczęściej: 20-30 osób, w przypadku rodziców: 50-70 osób). W 15 projektach PPZ nie oszacowano czasu trwania ani częstości planowanych spotkań.
- komponent psychologiczny realizowany był w formie konsultacji psychologicznych, terapii behawioralno-poznawczej, terapii grupowych; w większości projektów PPZ uwzględniających dany komponent, interwencja była skierowana do dzieci, młodzieży ze stwierdzoną nadwagą i/lub otyłością i ich rodziców; liczba spotkań była najczęściej dostosowywana indywidualnie (w jednym PPZ było 14 spotkań grupowych co 2 tygodnie); liczebność grup wynosiła od 1-5 nawet do 30 osób; czas trwania spotkań dostosowywany był indywidualnie lub wynosił 45 min lub 2 godziny (w 2 PPZ);
- komponent aktywności fizycznej związany był z ogólnousprawniającymi zajęciami ruchowymi; w większości projektów PPZ uwzględniających ten komponent, interwencja była skierowana do dzieci, młodzieży ze stwierdzoną nadwagą i/lub otyłością; częstość zajęć ruchowych różniła się między PPZ i wynosiła od jednego spotkania co 2 miesiące do trzech zajęć w tygodniu; liczba spotkań była zróżnicowana i wynosiła od 2 do 40; czas trwania zajęć wynosił od 45 do 90 minut; liczebność grup wynosiła od 1 do 60 osób (najczęściej jednak były to grupy 20-osobowe); jeden projekt PPZ (36/2018) obejmował zintensyfikowane półkolonie obejmujące dwutygodniowe turnusy, gdzie interwencja realizowana była codziennie przez 8 godzin;
- działania edukacyjne dotyczyły kwestii związanych z żywieniem oraz aktywnością fizyczną, przybierając formę warsztatów, wykładów, szkoleń lub współpracy z edukatorem zdrowotnym;
- badania laboratoryjne obejmowały przede wszystkim: badanie stężenia hormonu tyreotropowego (TSH), pomiar stężenia wolnej tyroksyny (fT4), profil lipidowy, doustny test obciążenia glukozą (DTOG), insulinemię po DTOG, parametry funkcji wątroby i nerek oraz pomiar stężenia glukozy we krwi;
- wśród badań dodatkowych odnoszono się m.in. do: pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, pomiaru tkanki tłuszczowej, interwencji w kierunku wad postawy oraz dodatkowych pomiarów antropometrycznych realizowanych w trakcie PPZ.

Najczęściej realizowanymi kategoriami interwencji w ramach ww. projektów PPZ były: działania edukacyjne, badania przesiewowe oraz interwencje dietetyczne. Biorąc pod uwagę realizowane w ramach PPZ działania, Agencja wskazywała na zasadność stosowania interwencji multikomponentowych (obejmujących komponent psychologiczny, dietetyczny oraz związany z aktywnością fizyczną – których zakres poparty był rekomendacjami). W opiniach negatywnych (dla 13 projektów PPZ) wskazywano na:

- brak informacji na temat planowanych do realizacji działań lub realizacji badań, które nie znajdują uzasadnienia w diagnostyce nadwagi i otyłości;
- brak odniesienia do interwencji uwzględniających aktywność fizyczną, interwencji psychologicznych czy działań edukacyjnych;
- brak uzasadnienia dla kierowania działań do młodszych grup wiekowych (dzieci w wieku przedszkolnym oraz szkolnym);
- zastrzeżenia dot. określenia przez wnioskodawców liczebności populacji docelowej, procesu kwalifikacji do PPZ, budżetu;
- zbyt krótki okresu realizacji;

- brak zaangażowania rodziców w zmianę nawyków żywieniowych dzieci.

4.2. Zastosowanie *scoping rev* w procesie tworzenia PPZ

Zastosowanie *scoping rev* w procesie tworzenia projektu PPZ zostało omówione na przykładzie programów wspomnianych w poprzednim rozdziale, tj. dotyczących profilaktyki nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży [10]. W wyniku przeprowadzonego *scoping rev* odnaleziono publikacje naukowe w zakresie przedmiotowego tematu. Na podstawie rekomendacji klinicznych można wnioskować, że do programów profilaktyki nadmiernej masy ciała powinny być włączane w pierwszej kolejności dzieci i młodzież ≥ 6 roku życia (r.ż.) z otyłością, ale i dzieci w wieku 2-18 lat z nadwagą/otyłością. Trzeba wspomnieć, że projekty PPZ opiniowane przez Agencję obejmowały głównie dzieci w wieku 7-11 lat. Na podstawie ww. dowodów odnalezionych w wyniku *scopingu* można zauważyć, że grupa, którą można by objąć działaniami profilaktycznymi w zakresie nadwagi i otyłości jest znacznie szersza niż zakładają potencjalni wnioskodawcy. Dalsze, pełne systematyczne wyszukiwanie dowodów naukowych pozwoliłoby wnioskodawcom doprecyzować właściwy przedział wiekowy, w którym interwencje w zakresie ww. profilaktyki charakteryzują się największą skutecznością.

W opiniowanych PPZ przedstawiano różne, często rozbieżne kryteria definiowania nadwagi i otyłości lub nie przedstawiano żadnych kryteriów. Na podstawie rekomendacji zgromadzonych podczas *scopingu* można zauważyć różne granice przyjęte dla określania nadwagi i otyłości, jednak zgodnie z polskimi zaleceniami (standaryzacja wobec polskiej populacji) oraz siatkami centylowymi WHO - nadwagę u dzieci i młodzieży rozpoznaje się przy BMI 90.-97. centyla dla płci i wieku, natomiast otyłość >97 . centyla dla wieku i płci.

Pomiary antropometryczne z wyliczeniem BMI stanowią integralną część oceny rozwoju somatycznego dzieci. Zgodnie z rekomendacjami odnalezionymi w procesie *scopingu*, pomiar BMI jest ogólnie dobrym i prostym testem diagnostycznym w kierunku wykrywania dziecięcej otyłości. Dodatkowo *scoping* wskazał na zasadność wywiadu obejmującego m.in. historię rodziny, wzorce żywieniowe (częstość spożywania posiłków poza domem, jedzenie śniadań, dobór odpowiednich warzyw i owoców, nadmierne porcje jedzenia itp.), poziom aktywności fizycznej, aktualną kondycję psychiczną, sen, zażywanie leków, w tym suplementów diety. W większości opiniowanych projektów PPZ przez Agencję uwzględniano pomiary antropometryczne z wyliczeniem BMI, jednak kwestia wykonania dokładnego wywiadu z pacjentem/opiekunem pacjenta nie była uwzględniana.

Na podstawie aktualnych wytycznych zaleca się realizację interwencji multikomponentowych, mających na celu zredukowanie masy ciała i wypracowanie odpowiednich nawyków (m.in. żywieniowych oraz dotyczących aktywności fizycznej), które umożliwią utrzymanie uzyskanych rezultatów. Interwencje te powinny obejmować w sumie minimum 26 godzin kontaktowych w ramach:

- komponentu dietetycznego (zawierającego m.in. konsultacje z dietetykiem, omówienie zasad dieto-terapii i sposobów kontroli ilości spożywanych posiłków oraz działania mające na celu nabycie praktycznych umiejętności w zakresie przygotowywania posiłków),
- komponentu aktywności fizycznej (m.in. sesje aktywności fizycznej pod nadzorem specjalisty z równoległym instruktążem dziecka i rodziców w zakresie ćwiczeń możliwych do wykonywania w warunkach domowych, edukacja w zakresie podejmowania aktywności fizycznej w czasie wolnym),
- terapii behawioralnej (prowadzonej przez psychologa w formie konsultacji, obejmującej część edukacyjną i terapeutyczną).

Spśród opiniowanych przez Agencję projektów PPZ, około 25% z nich obejmowało wszystkie trzy rekomendowane komponenty łącznie. W większości z nich odniesiono się jedynie do zakresu planowanych do realizacji interwencji, nie precyzując jednocześnie liczby czy częstotliwości spotkań, czasu trwania pojedynczego spotkania, jego formy (indywidualna/grupowa), czy też liczebności grup. Na podstawie odnalezionych w wyniku *scopingu* rekomendacji trudno jest określić dokładną formę, liczbę spotkań i czas trwania komponentu dietetycznego, natomiast można określić główną tematykę danego komponentu. W PPZ, gdzie określono ww. czas trwania interwencji dietetycznej, nie przedstawiono źródła danych tych informacji. Komponent psychologiczny w PPZ realizowany był zazwyczaj w formie konsultacji psychologicznych, terapii behawioralno-poznawczej, terapii grupowej, a interwencja ta była skierowana do dzieci/młodzieży ze stwierdzoną nadwagą i/lub otyłością oraz ich rodziców. Było to podejście zgodne z rekomendacjami, które podkreślały znaczenie terapii behawioralnych z wykorzystaniem technik ustanawiania celów, samokontroli (z wykorzystaniem dzienników diety i aktywności), treningu uważności, kontroli bodźców, pozytywnego wzmocnienia, restrukturyzacji poznawczej, rozwiązywania problemów. Wytyczne odnalezione w procesie *scopingu* precyzują, że komponent ten powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb adresatów. Wnioskodawcy w opiniowanych projektach PPZ zakładali określoną liczebność grup tj. od 1-5 do 30 osób i czas trwania spotkań od 45 minut do 2 godzin, jednak nie popierali tego odnalezionymi dowodami. Komponent aktywności fizycznej w opiniowanych PPZ obejmował głównie ogólnousprawniające zajęcia ruchowe. Odnalezione rekomendacje wskazują natomiast na ściśle określone formy aktywności fizycznej tj. szybki marsz, jazdę na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie jako szczególnie zalecane. Ponadto, sugerują, że interwencje

ukierunkowane na zwiększenie poziomu aktywności fizycznej powinny skupiać się na działaniach, które łatwo wdrożyć w codzienność (np. poruszanie się pieszo). Powinny być one, podobnie jak interwencje psychologiczne, dostosowane do indywidualnych preferencji i warunków życia adresata. Informacje dot. ww. indywidualnego dostosowania aktywności fizycznej w większości nie były zawierane w opiniowanych projektach PPZ. Częstość zajęć ruchowych różniła się znacząco między opiniowanymi PPZ (od pojedynczych zajęć/spotkań co dwa miesiące do trzech zajęć w tygodniu), a łączna liczba spotkań oscylowała w granicach 2-40. Czas trwania zajęć wynosił od 45 do 90 minut, natomiast liczebność grup wynosiła 1-60 osób (najczęściej jednak były to grupy 20-osobowe). Powyższe założenia przyjęte w PPZ nie poparto żadnymi dowodami naukowymi. Natomiast dzięki przeprowadzonemu *scopingowi* można było wyszczególnić rekomendowane formy aktywności fizycznej i jej częstotliwość. Wytyczne najczęściej wskazywały na wykonywanie ćwiczeń trzy razy w tygodniu (w programach co najmniej dwutygodniowych sesji i czasie trwania >60 minut), adekwatnych do fizycznych możliwości dziecka z otyłością. Przykłady rekomendowanych aerobowych i oporowych aktywności dla ww. grupy dzieci to odpowiednio: ćwiczenia na bieżni, rowerku treningowym, na trenażerze eliptycznym, zajęcia wodne (pływanie, aerobik wodny); pompki, przysiady, brzuski, podnoszenie ciężarów, ćwiczenia z wykorzystaniem maszyn do ćwiczeń siłowych i elastycznych taśm oporowych oraz trening obwodowy.

W blisko 25% opiniowanych PPZ zaplanowano badania laboratoryjne, które obejmowały przede wszystkim: badania TSH, fT4, profil lipidowy, DTOG, insulinemię po DTOG, parametry funkcji wątroby i nerek oraz pomiar stężenia glukozy we krwi. Wnioskodawcy nie przedstawili jednak dowodów na zasadność wykonywania tych badań w programach profilaktyki nadwagi i otyłości, jak też nie uzasadniali ich przeprowadzania. W wyniku *scopingu* nie rekomenduje się badań laboratoryjnych w kierunku endokrynologicznych przyczyn otyłości dziecięcej, ani pomiaru stężenia insuliny podczas oceny dzieci i młodzieży w kierunku otyłości. Wśród wspomnianych przyczyn dopuszcza się natomiast uwzględnienie ciśnienia krwi, bólów stawów, niewielki wzrost, cechy dysmorficzne, przerost migdałków, tkliwy ból brzucha lub hepatomegalia, stan skóry (jednak kwestia ta wymagałaby pogłębionego wyszukiwania). Wykonanie przez potencjalnych wnioskodawców *scopingu* wskazałoby na brak zasadności uwzględniania badań laboratoryjnych, a zatem na efektywniejsze wydatkowanie środków finansowych PPZ i przeznaczenie ich na wdrożenie innego rodzaju rekomendowanych interwencji.

W ocenianych przez Agencję projektach PPZ, osobno wyszczególniano działania edukacyjne, które dotyczyły kwestii związanych z żywieniem czy aktywnością fizyczną (w formie warsztatów, wykładów, szkoleń lub współpracy z edukatorem zdrowotnym). Dzięki przeprowadzonemu *scopingowi* można stwierdzić, że edukacja kierowana do rodziców powinna podkreślać znaczenie roli modelowania przez nich zachowań zdrowotnych (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej. Dodatkowo, w ramach edukacji dzieci/młodzieży, odnalezione rekomendacje podkreślały rolę odpowiedniej jakości snu, co nie było poruszane w opiniowanych PPZ. Wytyczne wskazywały, że wdrożenie odpowiedniego (zdrowego) wzorca snu dzieci/młodzieży może zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia otyłości spowodowanej zaburzeniami snu i wiążących się z nimi zmianami metabolicznymi. Rekomendowany czas snu w poszczególnych grupach wieku to: 0-3 miesiące – 14-17 godzin, 4-12 miesięcy – 12-16 godzin, 1-2 lata – 11-14 godzin, 3-5 lata – 10-13 godzin, 6-12 lat – 9-12 godzin, 13-17 lat – 8-10 godzin, 18-25 lat – 7-9 godzin.

Tabela 2. Zestawienie założeń dot. głównych części projektów PPZ w zakresie profilaktyki nadwagi/otyłości dzieci/młodzieży z zaleceniami towarzystw/organiczacji naukowych

| Założenia uwzględnione w opiniowanych PPZ | Wnioski/zalecenia z odnalezionych w wyniku <i>scopingu</i> rekomendacji klinicznych |
|--|--|
| Populacja | |
| 0-18 lat; najczęściej grupa w wieku: 7-11 lat | dzieci oraz młodzież w przedziale wiekowym 2-18 lat z nadwagą lub otyłością (APA 2018 [11]); w szczególności dzieci/młodzież ≥ 6 r.ż z otyłością (USPSTF 2017 [12], AAFP 2017 [13]) |
| Badania przesiewowe w kierunku nadwagi i otyłości | |
| Pomiary antropometryczne z wycięciem BMI | <ul style="list-style-type: none"> Pomiary antropometryczne stanowią integralną część oceny rozwoju somatycznego dzieci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018 [14]). U dzieci i młodzieży do oceny prawidłowej masy ciała stosuje się BMI (KLRwP/PTMR/PTBO 2018 [14], MQIC 2018a [15], MQIC 2018b [16], ISPED_ISP 2018 [17], USPSTF 2017 [12], AAFP 2017 [13], ES 2017 [18], MoH NZ 2016 [19], CTFPHC 2015 [20]). Dodatkowo diagnostyka nadwagi i otyłości powinna być oparta na wartościach centylowych współczynnika stosunku wagi do wzrostu (<i>weight to-height ratio</i>) (ISPED_ISP 2018 [17]). 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 |

| | |
|--|---|
| | <p>i owoców, nadmierne porcje jedzenia, itp.), poziom aktywności fizycznej, aktualna kondycja psychiczna, sen, zażywanie leków, w tym suplementów diety (MQIC 2018b [16], MoH NZ 2016 [19]).</p> |
| Definiowanie oraz kryteria stwierdzenia nadwagi i otyłości | |
| <p>Różne kryteria definiowania nadwagi i otyłości lub brak przedstawienia kryteriów</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Rozpoznawanie nadwagi – wartość BMI w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> ○ >97 centyla (ISPED_ISP 2018 [17]*); ○ 90-97 centyla dla płci i wieku (KLRwP/PTMR/PTBO 2018 [14], WHO 2017 [21]); ○ ≥85 centyla dla wieku i płci (APA 2018 [11], ES 2017 [18]); ○ >85 centyla (CTFPHC 2015 [20]**); • Rozpoznawanie otyłości – wartość BMI w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> ○ >97. centyla dla wieku i płci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018 [14], CTFPHC 2015 [20]**, WHO 2017 [21]); ○ ≥95 centyla dla wieku i płci (APA 2018 [11], ES 2017 [18], USPSTF 2017 [12], AAFP 2017 [13]); ○ >98. centyla dla wieku i płci (MoH NZ 2016 [19]); ○ >99. centyla dla wieku i płci – ciężka otyłość (ISPED_ISP 2018 [17]*) • Sugeruje się wyliczenie oraz ocenę wartości BMI dziecka/nastolatka przynajmniej raz w roku (ES 2017 [18], MoH NZ 2016 [19]). • Każde dziecko z BMI ≥85. centyla powinno być monitorowane m.in. pod względem powikłań nadwagi lub otyłości (KLRwP/PTMR/PTBO 2018 [14], MQIC 2018a [15], ES 2017 [18]). <p><i>*w przypadku dzieci 0-2 r.ż. >85 centyla definiowane jest jako „ryzyko nadwagi”, >97 centyla jako nadwaga, >99 jako otyłość. U dzieci 2-5 lat BMI>85 centyla definiowane jako „ryzyko nadwagi”, BMI>97 nadwaga i BMI>99 otyłość. U dzieci 5-18 lat BMI>85 centyla definiowane jako nadwaga, BMI>97 otyłość i BMI>99 ciężka otyłość.</i></p> <p><i>**w odniesieniu do dzieci w przedziale wiekowym od 5. do 19. r.ż. (dzieci do 5. r.ż. nadwaga: >97 centyla, otyłość: 99,9 centyla)</i></p> |
| Interwencje wdrażane w przypadku zdiagnozowania nadwagi/otyłości | |
| <p>Brak jednoznacznego określenia czy zaplanowane interwencje będą wdrażane w ramach strategii multikomponentowych</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Należy rozważyć wdrożenie strategii multikomponentowych o umiarkowanej lub dużej intensywności w leczeniu otyłości wśród dzieci i młodzieży (APA 2018 [11], MQIC 2018b [16], ES 2017 [18], USPSTF 2017 [12], AAFP 2017 [13]): w przypadku stwierdzenia otyłości należy oferować dzieciom/młodzieży (≥6 r.ż) bądź kierować je na kompleksowe, zintensyfikowane interwencje behawioralne mające na celu redukcję masy ciała (≥26 godzin kontaktowych), obejmujące m.in. sesje skierowane zarówno do rodziców, jak i dzieci (prowadzone oddzielnie, razem lub w obu ww. trybach), oferowanie indywidualnych sesji (zarówno rodzinnych, jak i grupowych), dostarczanie informacji nt. zdrowego odżywiania, bezpiecznego wykonywania ćwiczeń, czytania etykiet produktów spożywczych zachęcanie do wykorzystywania kontroli bodźców (np. ograniczanie dostępu do kuszących produktów spożywczych, ograniczenie czasu spędzanego przed ekranami) (USPSTF 2017 [12], AAFP 2017 [13], APA 2018 [11] – dzieci 2-18 lat z otyłością). |
| Komponent dietetyczny | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Grupowe lub indywidualne porady dietetyczne/ psycho-dietetyczne w formie warsztatów, pogadanek, spotkań, konsultacji z dietetykiem (dzieci + rodzice), wykładów (rodzice) o różnej częstotliwości, różnym czasie trwania i liczebności grup; | <ul style="list-style-type: none"> • Rekomendowana jest zbalansowana i urozmaicona dieta. Proces edukacyjny rozpoczyna się od oceny nawyków żywieniowych dziecka i rodziny (ocena składu posiłków, porcji, częstotliwości przyjmowania pokarmów, preferencji, metod gotowania). W tym celu wskazuje się na korzystanie z dzienniczka żywieniowego prowadzonego wspólnie z rodzicami. • Zalecenia dietetyczne powinny obejmować: spożywanie 5 posiłków dziennie, spożywanie odpowiedniego śniadania, unikanie podjadania między posiłkami, unikanie produktów wysokoenergetycznych i o niskiej wartości odżywczej (słodzone |

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Czas trwania interwencji dietetycznej różnił się między PPZ wynosząc od 45 minut do 3 godzin (najczęściej – 45 min w przypadku dzieci i 90 min w przypadku rodziców); • Liczba spotkań wynosiła od 1 do 5; • Częstotliwość spotkań dietetycznych wahała się od jednorazowego spotkania do 4 wizyt w ciągu 3 miesięcy (oraz jedna wizyta co miesiąc, jedna wizyta na 2 miesiące, na 3 miesiące, a także cykl spotkań: w 2-, 4-, 6-, 8-, 10- a także w 0-, 3-, 6-, 9- miesiącu PPZ); • Liczebność grup (poza indywidualnymi spotkaniami) wynosiła od 30 do 70 osób (w przypadku dzieci najczęściej: 20-30 osób, w przypadku rodziców: 50-70 osób). | <p>lub energetyzujące napoje, soki owocowe, produkty typu fast food, wysokoenergetyczne przekąski), zwiększenie spożywania owoców, warzyw i produktów bogatych w błonnik, spożywanie mniejszych porcji.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ogólne zalecenia dla diety niskokalorycznej: białko 1g/kg/dzień, węglowodany 45-60% całkowitej liczby kalorii, cukry proste <15% wszystkich kalorii, tłuszcze 20-35% wszystkich kalorii począwszy od 4 roku życia, nasycone kwasy tłuszczowe <10% całkowitej liczby kalorii (ISPED_ ISP 2018 [17]). |
| Komponent psychologiczny | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Interwencje psychologiczne realizowane w formie konsultacji psychologicznych, terapii behawioralno-poznawczych, terapii grupowych; • W większości projektów PPZ uwzględniających ten komponent, interwencja była skierowana do dzieci, młodzieży ze stwierdzoną nadwagą i/lub otyłością i ich rodziców; • Liczba spotkań była najczęściej dostosowywana indywidualnie (w jednym PPZ było 14 spotkań grupowych co 2 tygodnie); • Liczebność grup wynosiła od 1-5 nawet do 30 osób; • Czas trwania spotkań dostosowywany był indywidualnie lub wynosił 45 min lub 2 godziny. | <ul style="list-style-type: none"> • Zarówno indywidualne terapie behawioralne, jak i rodzinne terapie behawioralne są rekomendowane w celu poprawy utrzymania prawidłowej diety i aktywności fizycznej. Terapie te wymagają zaangażowania profesjonalisty w ich prowadzenie. Najbardziej efektywne techniki to ustanawianie celów, samokontrola (z wykorzystaniem dzienniczków diety i aktywności), trening uważności, kontrola bodźców, pozytywne wzmocnienie, restrukturyzacja poznawcza, rozwiązywanie problemów (ISPED_ ISP 2018 [17]). • Programy kierowane do rodzin, których celem jest zapobieganie otyłości, poprawa diety i/lub zwiększenie poziomu aktywności fizycznej powinny zapewniać stałe wsparcie, dostosowane do potrzeb adresatów oraz obejmować szereg technik behawioralnych. Programy powinny mieć także wyraźnie zdefiniowany cel ukierunkowany na poprawę kontroli masy ciała (NICE 2015a [22]). |
| Komponent aktywności fizycznej | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Interwencje w zakresie aktywności fizycznej obejmowały głównie ogólnousprawniające zajęcia ruchowe; • W większości projektów PPZ uwzględniających ten komponent, interwencja była skierowana do dzieci, młodzieży ze stwierdzoną nadwagą i/lub otyłością; • Częstość zajęć ruchowych różniła się między PPZ i wynosiła od 1 zajęcia/spotkania co 2 miesiące do trzech zajęć w tygodniu; | <ul style="list-style-type: none"> • Optymalnym czasem poświęcanym na aktywność fizyczną wynosi 60 minut; rekomendacje wskazują, że aktywność ta powinna być podejmowana codziennie lub niemal codziennie (KLRwP/PTMR/PTBO 2018 [14], MQIC 2018a [15], ES 2017 [18], MoH NZ 2016 [19]). Szczególnie zalecane formy ruchu to: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie (KLRwP/PTMR/PTBO 2018 [14], ISPED_ ISP 2018 [17]). • 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 (NICE 2015a [22]). • Rekomendacje sugerują wykonywanie ćwiczeń oporowych co najmniej 3 razy w tygodniu (w programach co najmniej 2 tygodniowych sesji i czasie trwania >60 minut), adekwatnych do fizycznych możliwości otyłego dziecka. Przykłady aerobowych i oporowych aktywności dla otyłych dzieci to odpowiednio: ćwiczenia |

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Liczba spotkań była zróżnicowana i wynosiła od 2 do 40; czas trwania zajęć wynosił od 45 do 90 minut; • Liczebność grup wynosiła od 1 do 60 osób (najczęściej jednak były to grupy 20-osobowe). | <p>na bieżni, rowerku treningowym, na trenażerze eliptycznym, zajęcia wodne (pływanie, aerobik wodny); pompki, przysiady, brzuszki, podnoszenie ciężarów, ćwiczenia z wykorzystaniem maszyn do ćwiczeń siłowych i elastycznych taśm oporowych, trening obwodowy (ISPED_ISP 2018 [17]).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ćwiczenia powinny być wykonywane pod nadzorem wykwalifikowanej osoby (ISPED_ISP 2018 [17]). |
| Dodatkowe interwencje/badania | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Badania laboratoryjne obejmowały przede wszystkim: badania TSH, fT4, profil lipidowy, DTOG, insulinemię po DTOG, parametry funkcji wątroby i nerek oraz pomiar stężenia glukozy we krwi • Wśród badań dodatkowych odnoszono się natomiast m.in. do: pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, pomiarów tkanki tłuszczowej, interwencji w kierunku wad postawy oraz dodatkowych pomiarów antropometrycznych realizowanych w trakcie PPZ; • Działania edukacyjne dotyczyły kwestii związanych z żywieniem oraz aktywnością fizyczną, przybierając formę warsztatów, wykładów, szkoleń lub współpracy z edukatorem zdrowotnym; | <ul style="list-style-type: none"> • Poradnia ambulatoryjna lub szpitalna stanowią drugi poziom opieki. W ośrodkach drugiego poziomu zespół interdyscyplinarny (pediatra, dietetyk i psycholog) doświadczony w otyłości dziecięcej definiuje stan kliniczny dzieci kierowanych przez pediatrów opieki podstawowej i prowadzi multidyscyplinarną interwencję skoncentrowaną na edukacji dietetycznej i modyfikacji stylu życia. Pacjent jest kierowany do ośrodka opieki zdrowotnej trzeciego poziomu w przypadku braku odpowiedzi na leczenie, ciężkich chorób współistniejących, zaburzonej równowagi psychicznej lub znacząco pogorszonej jakości życia. • Nie rekomenduje się badań laboratoryjnych w kierunku endokrynologicznych przyczyn otyłości dziecięcej (chyba że wzrost/ prędkość wzrostu pacjenta są osłabione) ani pomiaru stężenia insuliny podczas oceny dzieci i młodzieży w kierunku otyłości (ES 2017 [18]). • W przypadku badań, lekarze powinni rozważyć następujące kwestie: pomiar ciśnienia krwi, ból biodra lub kolana, niewielki wzrost liniowy, cechy dysmorficzne, przerost migdałków, tkliwy ból brzucha lub hepatomegalia, stan skóry. Badania laboratoryjne mogą obejmować: profil lipidowy (na czczo), pomiar hemoglobiny glikowanej (HbA1c), badanie snu za pomocą pulsoksymetru (MoH NZ 2016 [19]). • Edukacja kierowana do rodziców powinna podkreślać znaczenie roli modelowania przez nich zachowań zdrowotnych (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej (MQIC 2018a [15]). 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 [22]). • Sugeruje się sprzyjanie zdrowym wzorcom snu dzieci i młodzieży w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia otyłości spowodowanej zmianami w spożyciu kalorii oraz zmianami metabolicznymi związanymi z zaburzeniami snu (ES 2017 [18]). Rekomendowany czas snu: 0-3 miesiące – 14-17 godzin, 4-12 miesięcy – 12-16 godzin, 1-2 lata – 11-14 godzin, 3-5 lata – 10-13 godzin, 6-12 lat – 9-12 godzin, 13-17 lat – 8-10 godzin, 18-25 lat – 7-9 godzin (ISPED,_ISP 2018 [17], MoH NZ 2016 [19]). |

* APA – American Psychological Association; USPSTF - U.S. Preventive Services Task Force; AAFP - American Academy of Family Physicians; KLRwP/PTMR/PTBO - Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością; MQIC - Michigan Quality Improvement Consortium; ISPED - Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement (Francja); ISP - Independent Study Project; ES - Endocrine Society; MoH NZ – Ministry of Health New Zealand; CTFPHC - Canadian Task Force on Preventive Health Care; WHO – World Health Organization; NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence (UK)

5. Podsumowanie

- Przeglądy o charakterze *scoping review* są użytecznym i coraz częściej wykorzystywanym narzędziem w postępowym arsenale metod syntezy dostępnych dowodów naukowych.
- *Scoping rev* stanowi szerokie podsumowanie dowodów naukowych dostarczające niezbędnych informacji na temat określonego obszaru zainteresowania i kierunku przyszłych priorytetów badawczych. Przegląd ten opiera się na pięciu głównych etapach tj. określeniu pytania badawczego (punkt wyjścia *scoping rev*), identyfikacji i selekcji badań, opisanu odnalezionych badań, zestawieniu i prezentacji wyników i przeprowadzeniu ewentualnych konsultacji eksperckich.
- Kontekst *scoping rev* musi być precyzyjnie określony, tj. może dotyczyć konkretnej sytuacji (np. promowania zdrowego trybu życia) lub ściśle określonej dziedziny (np. edukacji).
- W odróżnieniu od przeglądu systematycznego, *scoping rev* nie musi być poprzedzone protokołem uwzględniającym szczegółowy plan prac, jak również nie ma restrykcyjnej metodologii (brak sformalizowanej syntezy/ekstrakcji/interpretacji wyników badań). Ukierunkowany jest na szerszy zakres tematyczny niż przegląd systematyczny, uwzględniając jak największy zasób informacji w kierunku danego obszaru zainteresowania (uwzględniane wszystkie typy badań). Kryteria włączenia adekwatnych dowodów naukowych opracowane są zazwyczaj *post hoc* na etapie selekcji badań. W przeciwieństwie do założeń przeglądu systematycznego, ocena jakości włączonych badań do *scoping rev* czy ocena ryzyka błędu systematycznego – nie są wymagane.
- AOTMiT, tj. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zgodnie z zapisami Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej zobligowana jest do wydawania opinii nt. projektów programów polityki zdrowotnej (PPZ). Programy te w dużej mierze dotyczą wdrożenia - wśród populacji docelowej - interwencji z zakresu zdrowia publicznego. Złożoność wspomnianych interwencji, zróżnicowana charakterystyka populacji i bogata gama oczekiwanych efektów jest przyczyną trudności w zakresie prawidłowego stworzenia programu polityki zdrowotnej wśród wnioskodawców. *Scoping rev* może być pomocnym narzędziem w procesie tworzenia projektów PPZ.
- Efekty zastosowania *scoping rev* w projektach PPZ przedstawiono na przykładzie programów dot. profilaktyki nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży. Do czerwca 2019 r. Agencja zaopiniowała 55 projektów programów w ww. zakresie, jednak 24% z nich otrzymało opinię negatywną (interwencje nieadekwatne do aktualnych wytycznych lub wymagające uszczegółowienia, nieprawidłowo dobrana grupa docelowa, brak jednoznacznych kryteriów definiujących nadwagę/otyłość, zbędne uwzględnienie szerokiej gamy badań laboratoryjnych – generowania niepotrzebnych kosztów).
- W wyniku przeprowadzonego *scoping rev*, w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży, można wyciągnąć ogólne i przydatne wnioski celem stworzenia prawidłowego i efektywnego programu polityki zdrowotnej:
 - Populację docelową ww. programów powinny stanowić dzieci i młodzież ≥ 6 r.ż. z otyłością (w pierwszej kolejności), jak i osoby w wieku 2-18 lat z nadwagą lub otyłością.
 - Odnalezione dowody przedstawiają różne granice przyjęte dla określania nadwagi i otyłości, ale zgodnie z polskimi zaleceniami i siatkami centylowymi wg WHO - nadwagę u dzieci i młodzieży rozpoznaje się przy BMI 90.-97. centyla dla płci i wieku, natomiast otyłość $>97.$ centyla dla wieku i płci.
 - Pomiar BMI jest prostym testem diagnostycznym w kierunku wykrywania dziecięcej otyłości. Jednak zasadne jest również wykonanie wywiadu obejmującego m.in. historię rodziny, wzorce żywieniowe, poziom aktywności fizycznej, aktualną kondycję psychiczną, sen, zażywanie leków, w tym suplementów diety.
 - W zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości zaleca się wdrożenie tzw. interwencji multikomponentowych, tj. uwzględniających łącznie moduł dietetyczny (m.in. konsultacje z dietetykiem i tzw. dieto-terapię), moduł dot. aktywności fizycznej (zajęcia/sesje aktywności fizycznej pod nadzorem specjalisty oraz instruktą/edukację pacjenta i rodziców/opiekunów prawnych), moduł psychologiczny (terapia behawioralna, konsultacje z psychologiem).
 - Trudno jest określić dokładną formę, liczbę spotkań i czas trwania komponentu dietetycznego, ale można przedstawić jego główną tematykę.
 - Wytyczne podkreślają znaczenie terapii behawioralnej z wykorzystaniem technik ustanawiania celów, samokontroli, treningu uważności, kontroli bodźców, pozytywnego wzmocnienia, restrukturyzacji poznawczej, rozwiązywania problemów w zakresie profilaktyki nadwagi/otyłości. Komponent psychologiczny powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb adresatów.

- Podobnie jak świadczenia psychologiczne, działania w zakresie zwiększenia aktywności fizycznej potencjalnych adresatów należy dostosować do ich indywidualnych preferencji i warunków życia. Wytoczne wskazują, że szczególnie zalecane są takie formy aktywności fizycznej jak: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie. Interwencje te powinny skupiać się na działaniach, które łatwo wdrożyć w codziennym życiu. Rekomendowane jest wykonywanie adekwatnych ćwiczeń trzy razy w tygodniu (w programach co najmniej dwutygodniowych sesji i czasie trwania powyżej 60 min).
- Brak uzasadnienia dla uwzględniania badań laboratoryjnych (w szczególności pomiarów endokrynologicznych) w ramach programów profilaktyki nadwagi/otyłości dzieci/młodzieży, rekomenduje się efektywniejsze wydatkowanie środków finansowych w ramach PPZ i przeznaczenie ich na wdrożenie innego rodzaju zalecanych interwencji.
- Zaleca się uwzględnienie w edukacji zdrowotnej rodziców/opiekunów dzieci (znaczenie roli modelowania zachowań zdrowotnych i kontrola rodzicielska).
- W działaniach edukacyjnych warto zwrócić uwagę na znaczenie jakości snu dzieci/młodzieży (zdrowy wzorzec snu może zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia otyłości spowodowanej zaburzeniami snu i wiążących się z nimi zmianami metabolicznymi).
- *Scoping rev* może być zatem istotnym wsparciem dla potencjalnych decydentów, badaczy, autorów programów polityki zdrowotnej w podejmowaniu bardziej świadomych decyzji w zakresie interesujących ich obszarów tematycznych.

6. Bibliografia

1. Munn, Z., Peters, M. D., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC medical research methodology*, 18(1), 143.
2. Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32.
3. Bała, M., Leśniak, W., & Jaeschke, R. (2015). Proces przygotowywania przeglądów systematycznych, z uwzględnieniem przeglądów Cochrane. *Polish Archives of Internal Medicine*, 125, 16-25.
4. Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91-108.
5. Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International journal of evidence-based healthcare*, 13(3), 141-146.
6. Scope of the Study. PhD Thesis. Pozyskano z: <https://www.phdthesis.in/scope-of-the-study/>, dostęp z 03.06.2019.
7. Colquhoun, H. L., Levac, D., O'Brien, K. K., Straus, S., Tricco, A. C., Perrier, L., ... & Moher, D. (2014). Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *Journal of clinical epidemiology*, 67(12), 1291-1294.
8. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 12 czerwca 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.)
9. Cacchione, P. Z. (2016). The evolving methodology of scoping reviews. *Clinical Nursing Research*, vol. 25(2), 115-119.
10. Opinie Prezesa AOTMiT dot. projektów programów polityki zdrowotnej ocenionych w latach 2011-2018 o nr 39/2011, 41/2011, 42/2011, 44/2011, 77/2012, 78/2012, 163/2012, 256/2012, 257/2012, 258/2012, 259/2012, 287/2013, 89/2014, 90/2014, 192/2014, 41/2015, 69/2015, 36/2016, 102/2016, 107/2016, 108/2016, 118/2016, 119/2016, 187/2016, 82/2017, 83/2017, 111/2017, 162/2017, 190/2017, 191/2017, 192/2017, 193/2017, 203/2017, 232/2017, 268/2017, 272/2017, 273/2017, 328/2017, 8/2018, 17/2018, 27/2018, 36/2018, 59/2018, 85/2018, 91/2018, 102/2018, 110/2018, 172/2018, 207/2018, 239/2018, 1/2019, 9/2019, 29/2019, 45/2019, 56/2019.
11. American Psychological Association (2018). Clinical Practice Guideline on Multicomponent Behavioral Treatment of Obesity and Overweight in Children and Adolescents: Current State of the Evidence and Research Needs. Pozyskano z: <https://www.apa.org/about/offices/directorates/guidelines/development-panels.aspx>, dostęp z 22.07.2019.
12. US Preventive Services Task Force (2017). Screening for Obesity in Children and Adolescents. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*;317(23):2417-2426.
13. American Academy of Family Physicians (2017). Screening for Obesity in Children and Adolescents: Recommendation Statement. *Am Fam Physician*. 2017 Oct 15;96(8):online. Pozyskano z: <https://www.aafp.org/afp/2017/1015/od4.html>, dostęp z 22.07.2019.
14. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością (2018). Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Pozyskano z: <https://www.klrwp.pl/strona/494/zasady-postepowania-w-nadwadze-i-otylosci-2017/pl>, dostęp z 22.07.2019.
15. Michigan Quality Improvement Consortium Guideline (2018). Prevention and Identification of Childhood Overweight and Obesity. Pozyskano z: <https://www.uofmhealth.org/provider/clinical-care-guidelines>, dostęp z 22.07.2019.
16. Michigan Quality Improvement Consortium Guideline (2018). Treatment of Childhood Overweight and Obesity. Pozyskano z: <https://www.uofmhealth.org/provider/clinical-care-guidelines>, dostęp z 22.07.2019.
17. Valerio, G., Maffei, C., Saggese, G., Ambruzzi, M. A., Balsamo, A., Bellone, S., ... & Canali, T. (2018). Diagnosis, treatment and prevention of pediatric obesity: consensus position statement of the Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetology and the Italian Society of Pediatrics. *Italian journal of pediatrics*, 44(1), 88.
18. Endocrine Society (2017). Pediatric Obesity - Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*.
19. Ministry of Health (2016). Clinical Guidelines for Weight Management in New Zealand Children and Young People. Wellington: Ministry of Health.

20. Canadian Task Force on Preventive Health Care (2015). Recommendations for growth monitoring, and prevention and management of overweight and obesity in children and youth in primary care. CMAJ, April 7, 2015, 187(6).
21. World Health Organization. (2017). Guideline: assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition. Pozyskano z: <https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/children-primaryhealthcare-obesity-dbm/en/>, dostęp z 25.07.2019.
22. National Institute for Health and Care Excellence (2006, 2015). Obesity prevention (CG43). Ostatnia aktualizacja - rok 2015. Pozyskano z: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg43>, dostęp z 24.07.2019.
23. Nosko, J. (2005). Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne: aspekty historyczno-kulturowe. Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.