



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 135/2019 z dnia 12 września 2019 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.  
„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości  
dla dzieci klas III szkół podstawowych z terenu Miasta Żory”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości dla dzieci klas III szkół podstawowych z terenu Miasta Żory”.

**Uzasadnienie**

Przystawiony projekt programu polityki zdrowotnej obejmuje istotny problem zdrowotny jednak zawiera wiele niespójności, a planowane interwencje nie dają gwarancji osiągnięcia zakładanego celu zdrowotnego, co stanowi podstawę negatywnej opinii Prezesa Agencji.

W zakresie interwencji należy wskazać, że zaplanowane działania z zakresu edukacji oraz opieki dietetyka są działaniami rekomendowanymi. Niemniej jednak działania edukacyjne nie zostały opisane w sposób wyczerpujący, nie wskazano zakresu, częstości spotkań, liczebności grup, osoby odpowiedzialnej za prowadzenie zajęć. Ponadto w projekcie przedstawiono niespójne informacje dotyczące formy prowadzonych konsultacji dietetycznych. Nie jest jasne, czy będą one prowadzone indywidualnie czy też grupowo oraz jaki ostatecznie zakres działań będzie oferowany w ramach tych spotkań.

Należy wskazać, że zgodnie z rekomendacjami najlepszą formą profilaktyki otyłości dzieci i młodzieży są skoordynowane interwencje łączące zarówno porady dietetyczne, edukację zdrowotną, aktywność fizyczną oraz wsparcie psychologa. W przedmiotowym projekcie nie uwzględniono działań z zakresu aktywności fizycznej oraz konsultacji psychologicznej, co stanowi istotne ograniczenie programu.

W odniesieniu do pozostałych elementów programu poniżej przedstawiono uwagi.

Cele programowe zostały sformułowane w sposób nieprawidłowy. Zaproponowane mierniki efektywności nie umożliwią oceny skutków programu.

Monitorowanie i ewaluacja programu zostały zaplanowane w projekcie, jednak w obecnej formie nie pozwolą na pełną ocenę zgłaszalności, jakości świadczeń i efektywności programu. Należy podkreślić, że wyniki monitorowania i ewaluacji stanowią istotną część raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, zatem istotne jest prawidłowe opracowanie tych elementów programu.

Budżet programu nie zawiera kosztów edukacji dla rodziców/opiekunów programu, kosztów związanych z akcją informacyjno-promocyjną oraz kosztów przeprowadzenia monitorowania i ewaluacji.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości. Budżet zaplanowany na realizację programu w 2020 r. wynosi 23 800 zł, zaś okres realizacji to lata 2020-2024.



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 2019 r., poz. 1373 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 programu dotyczy istotnego problemu zdrowotnego jakim jest nadwaga oraz otyłość wśród dzieci i młodzieży. W projekcie programu przedstawiono definicję otyłości i wskazano wartości BMI (Body Mass Index), na podstawie których rozpoznaje się nadwagę i otyłość. W opisie problemu zdrowotnego odniesiono się również do czynników ryzyka oraz powikłań otyłości.

Projekt programu realizuje priorytet: „przeciwdziałanie występowaniu otyłości” należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

Oceniany projekt programu zawiera wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

W opisie sytuacji epidemiologicznej przedstawiono europejskie dane dot. występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci. Nie odniesiono się do map potrzeb zdrowotnych.

Zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych, w 2016 roku w województwie śląskim odnotowano 0,20 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako otyłość, co stanowiło 9,03% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które zakwalifikowano do grupy choroby metaboliczne w populacji dzieci do 18 r.ż.

### Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „zmniejszenie ilości o 10 % występowania problemów zdrowotnych jakimi są nadwaga i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych zamieszkałych na terenie miasta Żory poprzez regularne badania antropometryczne, zmianę nawyków żywieniowych dzieci i rodziców oraz poszerzanie wiedzy i świadomości zdrowotnej na temat zasad prawidłowego żywienia dzieci”. Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Biorąc pod uwagę zaplanowane w programie interwencje osiągnięcie powyższego celu jest możliwe do zrealizowania ze względu na brak zaplanowania interwencji multikomponentowych, które zaleca się w ramach profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci.

W treści projektu wskazano również 4 cele szczegółowe:

- (1) „wzrost o 10% stosowanych zachowań prozdrowotnych z zakresu racjonalnej diety wśród dzieci i ich rodziców - w efekcie odbytych porad dietetycznych”;
- (2) „zwiększenie o 10 % liczby osób (dzieci i rodziców) uprawiających aktywność ruchową”;
- (3) „podniesienie samooceny dziecka po programie”;
- (4) „zintensyfikowanie o 10% świadomość zdrowotną (dzieci i rodziców) z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości w klasach III szkół podstawowych z terenu miasta Żory”.

Cele 1 i 4 zostały sformułowane w sposób nieprawidłowy. Powyższe cele powinny odnosić się do wzrostu liczby osób, u których zaobserwowano poprawę zachowań prozdrowotnych oraz poprawę świadomości zdrowotnej. Ponadto nie jest jasne w jaki sposób planuje się zintensyfikować świadomość zdrowotną w ramach celu 4. Natomiast cel nr 3 jest nie jest możliwy do osiągnięcia ze względu na brak zaplanowanych działań oraz kwestionariuszy, które badałyby zmianę samooceny dziecka.

W projekcie przedstawiono również 2 „oczekiwane efekty”:

- (5) zmniejszenie o 10% wskaźników nadwagi i otyłości dzieci klas III szkół podstawowych z terenu miasta Żory”;

(6) „podniesienie o 10% poziomu wiedzy - wśród dzieci z nadwagą i otyłością oraz ich rodziców/opiekunów; - na temat prawidłowego żywienia, zachowań i nawyków żywieniowych oraz zwiększenia ich aktywności fizycznej”.

Wskazane „oczekiwane efekty” w rezultacie stanowią dodatkowe cele szczegółowe.

W związku z powyższym, wskazane cele programowe warto przeformułować, aby były one mierzalne i realne. Zgodnie z regułą SMART, prawidłowo zaplanowany cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie.

W projekcie programu zaproponowano 3 mierniki efektywności:

- (1) „BMI skorygowane z uwzględnieniem wieku i płci dziecka”;
- (2) „liczba rodziców/opiekunów u których zwiększyła się wiedza z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości”;
- (3) „liczba rodzin, w których zmieniono nawyki żywieniowe na zgodne z zasadami prawidłowego żywienia”.

Nie wskazano mierników odnoszących się do celu szczegółowego dotyczącego zwiększenia liczby osób (dzieci i rodziców) uprawiających aktywność ruchową, a także dotyczącego podniesienia samooceny dziecka po programie.

Zgodnie z definicją, mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Ponadto należy pamiętać, aby wartości wskaźników określone były przed i po realizacji programu. Dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości i jej wielkość stanowi o wadze uzyskanego efektu programu.

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią będą uczniowie klas III szkół podstawowych z terenu Miasta Żory. Dodatkowo w programie wezmą udział rodzice/opiekunowie prawni dzieci. W projekcie wskazano, że populacja docelowa dzieci w tym wieku wynosi 751 osób z rocznika 2010 (dane z Urzędu Miasta). Wskazane dane są zbieżne z danymi GUS.

W projekcie założono, że ok. 100% dzieci skorzysta z badań przesiewowych. Po zakończonych pomiarach antropometrycznych do dalszej części programu zostanie skierowanych ok. 60 dzieci, co stanowi 8% populacji. Powyższy odsetek populacji kwalifikowanych do diety przyjęto na podstawie danych prowadzanego na terenie Miasta Żory „Racjonalne odżywianie”. Nie wskazano liczebności populacji rodziców, którzy mają brać udział w programie.

Podstawowymi kryteriami włączenia do programu będą: zameldowanie na terenie Miasta Żory, rok urodzenia dziecka 2010 w pierwszym roku trwania programu (w kolejnych latach odpowiednio: 2011, 2012, 2013, 2014), a także konieczność wyrażenia pisemnej zgody rodzica/opiekuna dziecka na jego udział w programie.

#### Interwencja

W ramach programu zaplanowano: badanie przesiewowe, działania edukacyjne dla dzieci i rodziców oraz przeprowadzenie grupowych warsztatów szkoleniowych (poradnictwo dietetyczne).

Pierwszym etapem programu będzie przeprowadzenie badania przesiewowego na podstawie określenia BMI podczas bilansów zdrowia dziecka finansowanego w ramach NFZ.

Wskaźnik BMI uznawany jest za stosunkowo dobry oraz prosty test diagnostyczny w kierunku wykrywania dziecięcej otyłości oraz otłuszczenia (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, MQIC 2018b, ISPED, ISP 2018, USPSTF 2017, AAFP 2017, ES 2017, MoH NZ 2016, CTFPHC 2015). W odnalezionych rekomendacjach podkreśla się, że pomiary antropometryczne stanowią integralną część oceny rozwoju somatycznego dzieci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018). Ponadto, zaleca się przeprowadzenie wywiadu poprzedzającego badania fizykalne, który powinien uwzględniać takie aspekty 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 2018b, MoH NZ 2016). W programie nie uwzględniono rekomendowanego wywiadu.

Należy zaznaczyć, iż pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost, wskaźnik BMI) znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania i są wykonywane jako badania przesiewowe wśród wszystkich uczniów w klasie III szkoły podstawowej.

Kolejnym etapem programu będzie przeprowadzenie zajęć edukacyjnych skierowanych do dzieci oraz rodziców/opiekunów prawnych na temat racjonalnego odżywiania oraz aktywności fizycznej. Jednak nie wskazano zakresu, częstości spotkań, liczebności grup, osoby odpowiedzialnej za prowadzenie zajęć.

Warto zaznaczyć, że dobrze zaplanowane działania edukacyjne powinny skupiać się na przedstawieniu informacji z zakresu zdrowego stylu życia, umiejętności radzenia sobie ze stresem, edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, możliwych powikłań nadwagi i otyłości takich jak np. cukrzyca typu II (MQIC 2018b, NICE 2017, NICE 2015a oraz NICE 2015b). W wytycznych NICE 2015a podkreśla się, że 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). W programie nie określono podziału ze względu na prezentowane treści dla dwóch zupełnie odmiennych grup odbiorców tj. dzieci i rodziców. Zgodnie z wytycznymi NICE 2015b należy dostosowywać przekazywane treści do odbiorców – ich wieku, statusu socjoekonomicznego, grupy etnicznej – oraz zapewnić, aby były one jasne, spójne, specyficzne i nikogo nie oceniały. Edukacja kierowana do rodziców powinna podkreślać znaczenie roli modelowania przez nich zachowań zdrowotnych (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej (MQIC 2018a). Warto podkreślić, że 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).

W przypadku stwierdzenia u dziecka nadwagi lub otyłości zostanie ono włączone do kolejnej części związanej z poradnictwem dietetycznym. W treści programu pojawiają się nieścisłości związane z typem planowanego poradnictwa, w jednej części wskazano, że będą prowadzone zajęcia grupowe warsztatowe, w innej części programu, że będą to konsultacje indywidualne. Nie jest zatem jasne czy działania będą prowadzone indywidualnie czy też grupowo oraz jaki ostatecznie zakres działań będzie oferowany w ramach tych spotkań. Ten element programu wymaga uszczegółowienia poprzez wskazanie formy oraz częstotliwości spotkań. Należy także podkreślić, że zgodnie z wytycznymi interwencje multikomponentowe, mające na celu redukcję masy ciała i wypracowanie odpowiednich nawyków (m.in. żywieniowych i w zakresie aktywności fizycznej), powinny obejmować w sumie minimum 26 godzin kontaktowych (APA 2018, MQIC 2018b, ES 2017, USPSTF 2017, AAFP 2017).

Prowadzenie poradnictwa dietetycznego wchodzi w zakres interwencji multikomponentowej. W programie jednak nie wskazano interwencji powiązanych z poradnictwem fizjoterapeutycznym czy też psychologicznym.

Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami/dowodami skuteczności w odniesieniu do zapobiegania wystąpienia nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży, wymienia się działania obejmujące właściwą dietę, odpowiedni poziom aktywności fizycznej, działania edukacyjne oraz odpowiednią ilość snu. Ponadto, w zaleceniach podkreśla się konieczność zaangażowania szkół w realizację interwencji prewencyjnych. 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). Na podstawie wyników metaanaliz RCT (Al-Khudairy 2017, Elvsas 2017, Mead 2017) można wnioskować, że multikomponentowe interwencje, obejmujące terapię behawioralną, komponent żywieniowy i/lub

aktywności fizycznej wpływają na redukcję wskaźników związanych z masą ciała (waga, BMI, BMI z-score) w populacji dzieci i młodzieży (powyżej 2 r.ż.).

Na koniec programu uczestnicy oraz ich rodzice/opiekunowie prawni zostaną poinformowani o zasadach postępowania w celu utrzymania efektu obniżenia nadmiernej masy ciała, konsekwencjach powrotu do poprzedniej masy ciała wraz z ryzykiem powikłań otyłości. W programie nie uwzględniono informowania pacjenta o możliwych dalszych ścieżkach diagnostycznych w poradniach specjalistycznych, które działają w ramach umowy z NFZ.

#### Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że 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 natomiast jest analizą danych z PPZ, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności będzie się opierać na analizie liczby dzieci i młodzieży, które zgłosiły się do programu i wzięły w nim udział prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu, analizie liczby osób, które ukończyły program prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu, analizie liczby osób, które nie ukończyły pełnego cyklu interwencji prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu oraz analizie liczby osób, które uczestniczyły w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej. W pierwszym mierniku wskazywana jest populacja dzieci i młodzieży. Warto zaznaczyć, że w programie mają brać udział jedynie dzieci z III klas szkół podstawowych.

Ocena jakości świadczeń prowadzona będzie w oparciu o wyniki ankiet satysfakcji uczestników programu. Do projektu załączono wzór ankiety. Ankieta składa się z ogólnych pytań, które nie mają bezpośredniego przełożenia na interwencje proponowane w ramach programu. W ramach oceny jakości przewidziano również możliwość zgłaszania pisemnych uwag oraz zaplanowano identyfikowanie czynników zakłócających przebieg programu.

Ewaluacja będzie polegała na porównaniu stanu sprzed i po wprowadzeniu programu w zakresie: „oszacowania liczby dzieci z nadwagą/otyłością z terenu miasta Żory”, „oceny poprawy wskaźnika BMI”, „poprawy diety i aktywności fizycznej”. Mierniki dotyczące wskaźnika BMI oraz zmian w zakresie nawyków żywieniowych czy też aktywności fizycznej zostały sformułowane nieprecyzyjnie.

#### Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

Program zakłada przeprowadzenie akcji informacyjnej z wykorzystaniem stron internetowych oraz tablic informacyjnych, a także ulotek. Ponadto w ramach spotkań z rodzicami nauczyciele będą informować o możliwości skorzystania z programu.

Całkowity koszt programu w 2020 r. oszacowano na 23 800 zł. Projekt przedstawia również szacunkowe koszty jednostkowych działań podejmowanych w ramach programu:

- 20 zł./os. - prelekcja w klasie + pomiary antropometryczne dzieci klas III, które są rutynowo przeprowadzane w ramach bilansów zdrowia dziecka, będące świadczeniem gwarantowanym, finansowanym przez NFZ.
- 150 zł./os. - edukacja zdrowotna porada dietetyka z rozpisaniem jadłospisu w tym min. 5 wizyt w cyklu co dwa miesiące tj. 2/4/6/8/10 licząc miesiąc od momentu rozpoczęcia programu (5 x 30 zł), dotyczy grupy dzieci z nadwagą/ otyłością (wyłonionych podczas pomiarów antropometrycznych) szacunkowo 8% tj. 751 x 8% ok. 60 dzieci.

W projekcie programu przedstawiono koszt przeprowadzenia pomiarów antropometrycznych, które są świadczeniami gwarantowanymi w ramach NFZ. Zatem nie jest jasne, dlaczego koszt ich

przeprowadzenia został uwzględniony w budżecie programu. W związku z rozbieżnościami związanymi z trybem prowadzenia konsultacji dietetycznych (grupowe lub indywidualne), nie ma możliwości odniesienia się do kosztów związanych z tą interwencją. W budżecie nie uwzględniono kosztów edukacji dla rodziców/opiekunów programu, kosztów związanych z akcją informacyjno-promocyjną (wydruk ulotek) oraz kosztów przeprowadzenia monitorowania i ewaluacji.

Program ma być finansowany ze środków Miasta Żory.

### **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

#### Problem zdrowotny

Według definicji WHO nadwaga i otyłość są definiowane jako nieprawidłowa lub nadmierna akumulacja tłuszczu, która stanowi zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Jest to przewlekła choroba metaboliczna wynikająca z zaburzeń homeostazy energii. Wskaźnik BMI jest równy lub przekracza 30 kg/m<sup>2</sup>. 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, 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.

#### Alternatywne świadczenia

W ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie jest dostępny kompleksowy, interdyscyplinarny system leczenia otyłości, w tym brak jest zwłaszcza finansowania działań związanych z profilaktyką i edukacją prozdrowotną.

Należy zaznaczyć, iż pomiary antropometryczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania i są wykonywane jako badania przesiewowe w trakcie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego, w klasie III i V szkoły podstawowej, w klasach I gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych, a także w ostatniej klasie szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19. r.ż. Zatem należy zwrócić uwagę, aby interwencja nie była podwójnie finansowana u danego pacjenta.

#### Ocena technologii medycznej

W toku przeprowadzonego wyszukiwania odnaleziono wytyczne następujących towarzystw naukowych i instytucji: NICE, Obesity Committee within The Danish Paediatric Society, Canadian Task Force on Preventive Health Care, Australian Government, National Health and Medical Research Council, Department of Health, Institute for Clinical Systems Improvement, Polskie Towarzystwo Dietetyki, European Association for the Study of Obesity, American Heart Association, Expert panel National Heart, Lung, and Blood Institute, Obesity Society, U.S. Preventive Services Task Force, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, German Diabetes Association, American Diabetes Association, American Association of Clinical Endocrinologists, Community Preventive Services Task Force, American Diabetes Association, Institute for Clinical Systems Improvement.

W odniesieniu do nadwagi i otyłości rekomendacje i wytyczne wskazują BMI jako narzędzie przesiewowe. W przypadku dzieci i młodzieży są to siatki centylowe BMI. U dzieci i młodzieży, pomiar obwodu w talii nie powinien być rutynowo stosowany. Wyliczenie BMI powinno być wykonywane przynajmniej raz w roku u dzieci w wieku 2-18 lat. Nie należy natomiast stosować analizy bioimpedancyjnej, jako głównego narzędzia oceny otyłości, zamiast wyliczania BMI.

W wytycznych wskazuje się następujące kryteria rozpoznania dla nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży:

- Nadwaga – wartość BMI w zakresie:  
90-97 centyla dla płci i wieku (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018);

≥85 centyla dla wieku i płci (APA 2018, ES 2017);

>85 centyla (CTFPHC 2015);

>97 centyla (ISPED, ISP 2018);

- Otyłość – 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).

Zaleca się także przeprowadzić wywiad rodzinny w kierunku nadwagi, otyłości i chorób towarzyszących. Czynniki, które zwiększają prawdopodobieństwo otyłości dziecięcej i/lub chorób współtowarzyszących powinny być oceniane co najmniej raz w roku. Po rozmowie z dzieckiem i rodzicami, zaleca się ocenę chorób współistniejących i możliwych przyczyn nadwagi lub otyłości u dziecka. Przykładowe badania np.: pomiar ciśnienia krwi, profil lipidowy na czczo, insulina na czczo, glukoza na czczo i test obciążenia glukozą, funkcje wątrobowe i wewnątrzwydzielnicze. Ponadto zaleca się, aby rodzice byli aktywnie zaangażowani w zmianę stylu życia dziecka. Należy zachęcać rodziców dzieci z nadwagą i otyłością do redukcji wagi, jeśli sami mają nadwagę lub otyłość.

Należy informować osoby z nadwagą i otyłością, że nawet niewielka zmiana w diecie, aktywności fizycznej może przynieść wymierne korzyści zdrowotnej (np. zredukować ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2, nadciśnienia, udaru).

W ustalaniu założeń dietoterapii, szczególnie u pacjentów z powikłaniami, niezbędna jest ocena stanu zdrowia, w tym badanie: wartości wskaźników przemiany lipidowej (stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL, HDL, triglicerydów); gospodarki węglowodanowej (stężenie glukozy na czczo, glikemii przygodnej, hemoglobiny glikowanej HbA1c, insuliny); stężenia aminotransferaz wątrobowych, kwasu moczowego, kreatyniny oraz ciśnienie tętnicze krwi. U niektórych pacjentów niezbędne mogą być także wyniki badań dotyczących gospodarki hormonalnej, morfologia krwi. Przed rozpoczęciem leczenia dietetycznego nadwagi/otyłości, dietetyk powinien dokonać oceny gotowości pacjenta do wprowadzenia zmian dotyczących stylu życia.

Wszystkie osoby z nadmierną masą ciała należy zachęcać do regularnych ćwiczeń fizycznych. Jeśli nie występują przeciwwskazania, zaleca się od 150 do 420 minut lub więcej aktywności fizycznej w ciągu tygodnia. Strategia leczenia dietetycznego pacjentów z otyłością powinna obejmować przynajmniej 12 wizyt (indywidualnych lub grupowych) w ciągu pierwszych 6 miesięcy terapii oraz przynajmniej 6 w ciągu kolejnych 6 miesięcy leczenia. Niezbędne jest przekazanie pacjentowi dzienniczka żywieniowego, w którym możliwe będzie zapisywanie rodzaju i ilości spożywanych produktów w określonym czasie.

U osób, u których nie udaje się uzyskać redukcji masy ciała za pomocą terapii behawioralnej, należy rozważyć zastosowanie leczenia farmakologicznego (u osób dorosłych ze wskaźnikiem BMI > 30 kg/m<sup>2</sup> oraz > 27 kg/m<sup>2</sup> przy współistnieniu innych czynników ryzyka), a w szczególnych przypadkach leczenia chirurgicznego (BMI ≥ 40 kg/m<sup>2</sup>).

Zgodnie z rekomendacjami osoby otyłe powinny mieć zapewnioną długookresową opiekę/wparcie prowadzoną przez wykwalifikowany multidyscyplinarny zespół – dietetyk, specjalista aktywności fizycznej, specjalista promocji zdrowia (np. psycholog sportowy), psycholog kliniczny, psychiatra, pediatra, pielęgniarka pediatryczna. Najbardziej skuteczne są multikomponentowe interwencje obejmujące aktywność fizyczną, zmianę nawyków żywieniowych i interwencje behawioralne/wparcie psychologiczne. Powinny one obejmować kilka sesji trwających od kilku tygodni do kilku miesięcy.

Zgodnie z rekomendacjami multikomponentowe programy:

- powinny być oferowane grupom dzieci i młodzieży oraz ich rodzinom,
- powinny być dopasowane do wieku i etapu rozwoju dzieci,

- powinny być realizowane w miejscach łatwo dostępnych i dających poczucie nieskrępowania,
- powinny podkreślać znaczenie aktywnego uczestnictwa rodziców w programach skierowanych dla ich dzieci,
- powinny zapewniać wsparcie i zaangażowanie także po zakończeniu działań w ramach programu; punkty końcowe powinny być rewaluowane co najmniej rok po jego zakończeniu,
- powinny zapewniać ten sam zespół personelu przez cały okres trwania poszczególnych cykli programu,
- powinny zapewniać stały kontakt beneficjentów ze specjalistami odpowiedzialnymi za ich realizację,
- BMI powinien być oceniony na etapie rekrutacji do programu, na zakończenie oraz powinien być monitorowany po 6 miesiącach i po 1 roku od zakończenia programu,
- należy upewnić się, że cele programu, punkty końcowe i wymogi w zakresie monitorowania i ewaluacji, są jasno określone i zdefiniowane,
- w zakresie ewaluacji, powinno się monitorować: liczbę osób zakwalifikowanych, procent jaki ukończył dany program, procent osób kontynuujący działania po 6 m-cach i po 1 roku od zakończenia programu,
- zdefiniować grupy podwyższonego ryzyka lub dzieci z ubogich rodzin.

Odnalezione dowody naukowe wskazują na zasadność interwencji ukierunkowanych na zmianę zachowań (składające się z komponentów terapii behawioralnej, żywieniowego lub aktywności fizycznej – pojedynczego komponentu bądź ich kombinacji) w populacji dzieci i młodzieży z nadwagą lub otyłością. Najistotniejsze wyniki odnalezionych metaanaliz RCT (Al-Khudairy 2017, Elvsaas 2017, Mead 2017) wskazują na zmniejszenie wartości BMI od  $-0,53 \text{ kg/m}^2$  do  $-1,18 \text{ kg/m}^2$  w okresie obserwacji od 6 miesięcy do 3 lat w zależności od badania, przy zastosowaniu interwencji multikomponentowych. Spadek masy ciała wynosił w tym samym okresie od  $-1,45 \text{ kg}$  do  $-3,67 \text{ kg}$ . Na podstawie powyższych wyników można wnioskować, że multikomponentowe interwencje, obejmujące terapię behawioralną, komponent żywieniowy i/lub aktywności fizycznej wpływają na redukcję wskaźników związanych z masą ciała (waga, BMI, BMI z-score) w populacji dzieci i młodzieży (powyżej 2 r.ż.).

W przeglądzie systematycznym RCT Rajjo 2017, porównano interwencje multikomponentowe w postaci diety, aktywności fizycznej, edukacji i terapii behawioralnej z grupą kontrolną, w której stosowano inną interwencję lub standardową opiekę. Zaobserwowano istotne statystycznie różnice w przypadku BMI z-score, BMI, ciśnienia skurczowego oraz poziomu trójglicerydów w przypadku interwencji multikomponentowej.

W przeglądzie systematycznym z metaanalizą Specchia 2018 oceniano wpływ wysoce zintegrowanych programów prewencyjnych realizowanych wśród osób  $<18 \text{ r.ż.}$ , na występowanie nadwagi i/lub otyłości. Wykazano statystycznie istotne różnice w zakresie występowania nadwagi/otyłości u uczestników ww. programów w porównaniu z grupami kontrolnymi.

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

#### 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. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.111.2019 „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości dla dzieci klas III szkół podstawowych z terenu Miasta Żory” realizowany przez: Miasto Żory, Warszawa, wrzesień 2019 r. oraz Raportu nr OT.423.2.2018 „Profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci i młodzieży w ramach programów polityki zdrowotnej” z kwietnia 2019 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 288/2019 z dnia 9 września 2019 roku o projekcie programu „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości dla dzieci klas III szkół podstawowych z terenu miasta Żory”.