



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 38/2023 z dnia 11 sierpnia 2023 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej**  
**„Program profilaktyki nadwagi i otyłości dzieci i młodzieży w Gminie**  
**Gogolin na lata 2024-2027”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki nadwagi i otyłości dzieci i młodzieży w Gminie Gogolin na lata 2024-2027”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Zaplanowane interwencje obejmują m.in. działania edukacyjne, zajęcia ruchowe, konsultacje z psychologiem i dietetykiem oraz określono je zgodnie z wytycznymi, co wzięto pod uwagę przy wydaniu pozytywnej opinii.

Nadwaga i otyłość są jednymi z głównych czynników ryzyka rozwinięcia się chorób przewlekłych oraz wpływają na funkcjonowanie fizyczne, psychiczne i społeczne człowieka. Otyła osoba może mieć zaniżoną samoocenę, czuć się odosobniona czy stygmatyzowana przez otoczenie. Aby zapewnić prawidłowy rozwój dzieci, należy zminimalizować ryzyko pojawienia się okoliczności, które mogłyby prowadzić do depresji, lęków czy uzależnień, a także należy wykształcić prawidłowe zachowania dotyczące aktywności fizycznej i nawyki żywieniowe.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości warto uzupełnić opis zarówno celu głównego jak i celów szczegółowych, uwzględnionych w przedstawionym w projekcie, o uzasadnienia dla wskazanych wartości docelowych. Ponadto pierwszy z celów szczegółowych wymaga doprecyzowania w zakresie określenia zachowań z obszaru aktywności fizycznej uznawanych za prozdrowotne.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący nadwagi i otyłości w populacji pediatrycznej. Całkowity koszt programu oszacowano na 240 000 zł, zaś okres realizacji programu obejmuje lata 2024-2027.

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 2022 r. poz. 2561, 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. Podano definicję, czynniki ryzyka oraz powikłania otyłości. Wskazano na BMI jako wskaźnik właściwy dla diagnozy nadwagi i otyłości.

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

Wskazano, że według danych Instytutu Żywności i Żywienia za 2013 rok w województwie opolskim zamieszkuje 23,8% dzieci w wieku szkolnym borykających się z nadwagą lub otyłością i jest to wynik wyższy niż średnia dla Polski, która wynosi 22,3%.

### Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zmniejszenie częstości występowania nadmiaru masy ciała (redukcja średnio o 3 centyle BMI w stosunku do wyniku badania antropometrycznego w momencie rozpoczęcia badania) w okresie trwania programu – wśród około 50% uczniów klas I-VIII uczestniczących w interwencji multikomponentowej, uczęszczających do szkół podstawowych na terenie gminy Gogolin w latach 2024–2027”.

W projekcie nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej w celu głównym.

Należy podkreślić, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie określony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- 1) „wzrost o co najmniej 30% stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu aktywności fizycznej przez dzieci i rodziców/opiekunów zamieszkujących na terenie gminy Gogolin, uczestników programu, w efekcie odbytych zajęć z edukacji zdrowotnej, w latach 2024-2027”,
- 2) „wzrost poziomu wiedzy u co najmniej 30% uczniów, ich rodziców/opiekunów/nauczycieli zamieszkujących na terenie gminy Gogolin, uczestniczących w programie, w zakresie znaczenia zdrowego odżywiania dla zdrowia całego organizmu oraz konsekwencji nadwagi i otyłości, w latach 2024-2027”,
- 3) „wzrost poziomu wiedzy u co najmniej 30% pracowników kuchni/stołówki uczestniczących w programie, w zakresie znaczenia zdrowego odżywiania dla zdrowia całego organizmu oraz konsekwencji nadwagi i otyłości, w latach 2024-2027”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej.

Cel nr 1 został przedstawiony zbyt ogólnie, nie doprecyzowano jakie konkretnie zachowania z obszaru aktywności fizycznej zostaną uznane za prozdrowotne. Cele nr 2 i 3 odnoszące się do wzrostu wiedzy są możliwe do osiągnięcia ze względu na zaplanowane działania edukacyjne. W projekcie programu zaplanowano także pomiar wzrostu wiedzy uczestników za pomocą przeprowadzania pre- i post-testów. Do projektu załączono wzory ww. testów. Należy jednak zaznaczyć, że w żadnym z celów szczegółowych nie wskazano uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych.

W projekcie programu określono następujące mierniki efektywności:

- 1) „określenie liczby i odsetka dzieci ze stanami nadwagi i otyłości u dzieci objętych programem, na podstawie pomiarów wykonanych przez realizatorów”,

- 2) „liczba uczniów, ich rodziców/opiekunów/nauczycieli, którzy podejmują regularną, aktywność fizyczną – minimum 2 razy w tygodniu”,
- 3) „liczba uczniów, ich rodziców/opiekunów/nauczycieli, którzy poszerzyli wiedzę, biorąc udział w działaniach na rzecz znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia całego organizmu”,
- 4) „liczba pracowników kuchni/stołówek którzy poszerzyli wiedzę, biorąc udział w działaniach na rzecz znaczenia zdrowego odżywiania dla zdrowia całego organizmu”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, a ich wartości powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej oraz po zakończeniu realizacji.

Miernik nr 1 odnosi się do założenia głównego. Miernik nr 2 pośrednio odnosi się do celu szczegółowego nr 1. Miernik nr 3 odnosi się do celu szczegółowego nr 2, natomiast miernik nr 4 odnosi się do celu szczegółowego nr 3. Zaproponowane mierniki są poprawne.

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dzieci uczęszczające do szkół podstawowych (klas I-VIII) działających na terenie gminy Gogolin. Wg danych pozyskanych z Urzędu Miasta w Gogolinie liczba osób w wieku 4-15 lat to około 1 500 dzieci. Zakłada się zgłaszalność do programu na poziomie 80%, co określa planowaną populację na poziomie ok. 1 200 osób, w ciągu 4 lat realizacji programu.

Populacja włączona do interwencji terapeutycznej oszacowana została na ok. 8% uczniów z całkowitej populacji docelowej, co stanowi ok. 96 uczniów w ciągu 4 lat realizacji programu. Wskazano ponadto, że 75% zakwalifikowanej populacji uczniów skorzysta z pomiarów antropometrycznych, co daje 720 osób, natomiast z działań edukacyjnych skorzysta 80% z zakładanej populacji docelowej, co daje 960 osób.

Zaplanowane spotkania edukacyjno-informacyjne są kierowane do całej populacji rodziców/opiekunów dzieci zakwalifikowanych do programu, przy czym przyjęto współczynnik zgłaszalności na poziomie ok. 50% liczby rodziców, co stanowi łącznie ok. 1 140 osób w ciągu 4 lat realizacji programu.

Wskazano także, że trzecią grupą, do której skierowane będą działania edukacyjno-informacyjne będą pracownicy szkół podstawowych z gminy Gogolin: wychowawcy/nauczyciele (ok. 90-100 osób) oraz pracownicy kuchni/osoby przygotowujące/wydające posiłki (ok. 20-25 osób).

Kryteria włączenia do programu obejmują: status ucznia szkoły podstawowej znajdującej się na terenie gminy Gogolin; podpisanie przez rodzica/opiekuna uczestnika programu druku świadomej zgody na udział dziecka w programie; brak stałych lub czasowych przeciwwskazań dyskwalifikujących do udziału w programie. Dodatkowo kryterium włączenia do części terapeutycznej stanowić będzie zidentyfikowana u dziecka w wyniku badań przesiewowych nadwaga ( $BMI \geq 85$  centyla dla wieku i płci) lub otyłość ( $BMI \geq 95$  centyla dla wieku i płci).

Wśród kryteriów wykluczenia wymieniono wcześniejsze objęcie dziecka z nadwagą lub otyłością specjalistyczną opieką lekarską w ramach świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

#### Interwencja

Zgodnie z treścią projektu interwencje zaplanowane w programie obejmują działania edukacyjne, zajęcia ruchowe, badania antropometryczne oraz interwencje terapeutyczne (konsultacje lekarskie, dietetyczne, psychologiczne).

### *Badania antropometryczne*

W projekcie zaplanowano pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost, wskaźnik BMI), które będą miały na celu zidentyfikowanie dzieci z nadwagą i otyłością. Wskazano, że nadwaga lub otyłość będzie diagnozowana na podstawie wskaźnika masy ciała BMI w oparciu o siatki centylowe (uwzględniając wiek i płeć dziecka).

W odnalezionych rekomendacjach podkreśla się, że pomiary antropometryczne stanowią integralną część oceny rozwoju somatycznego dzieci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018). Pomiar BMI uznany został za stosunkowo dobry oraz prosty test diagnostyczny w kierunku wykrywania dziecięcej otyłości oraz otyłości (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, MQIC 2018b, ISPED, ISP 2018, USPSTF 2017, AAFP 2017, ES 2017, MoH NZ 2016, CTFPHC 2015). W odnalezionych przeglądach systematycznych z metaanalizami (Simmonds 2016, Simmonds 2015, Javed 2014) wskazuje się na zróżnicowaną czułość i swoistość BMI w odniesieniu zarówno do nadwagi (czułość: 19%-94%, swoistość: 82%-100%) jak i otyłości (czułość: 23%-96%, swoistość: 89,4%-100%).

W projekcie odniesiono się do wartości BMI, która będzie definiowała dalsze postępowanie. Zaznaczono, że wynik BMI pomiędzy 90-97 centylem oznaczać będzie nadwagę, a > 97 centyla – otyłość. W odnalezionych wytycznych wskazuje się następujące kryteria rozpoznania dla nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży: nadwaga – wartość BMI w zakresie: >97 centyla (ISPED, ISP 2018), 90-97 centyla dla płci i wieku (KLRwP/PTMR/PTBO 2018), ≥85 centyla dla wieku i płci (APA 2018, ES 2017), >85 centyla (CTFPHC 201532); 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). Zatem zaproponowane przez wnioskodawcę postępowanie jest zgodne z wytycznymi KLRwP/PTMR/PTBO 2018.

### *Konsultacje lekarskie*

Zaplanowano przeprowadzenie co najmniej 3 konsultacji lekarskich. Wskazano, że w trakcie badania początkowego lekarz przeprowadzi wywiad, odpowiednie badania przedmiotowe i podmiotowe oraz ustali cel, który powinien osiągnąć uczestnik programu. Na początkowym spotkaniu za konieczne wskazano zmierzenie masy ciała uczestnika w kilogramach. Kolejne spotkania mają za zadanie zweryfikować efektywność prowadzonych w ramach programu działań. Badanie końcowe ma za zadanie sprawdzić, czy zostały osiągnięte założone cele – czy nastąpiło zmniejszenie masy ciała uczestnika, mierzonej w kilogramach, o co najmniej 3 centyle oraz przekazać indywidualne zalecenia do postępowania po zakończeniu udziału w programie. Na ostatnim spotkaniu zaplanowano ponowny pomiar masy ciała uczestnika w kilogramach. Zaznaczono także, że badania lekarskie musi wykonywać lekarz specjalista w zakresie chorób dziecięcych i/lub chorób metabolicznych z aktualnym prawem wykonywania zawodu. Wnioskodawca nie odniósł się do czasu trwania konsultacji.

Zgodnie z rekomendacjami, 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).

### *Konsultacje dietetyczne*

W projekcie zaplanowano co najmniej 3 porady dla każdego uczestnika programu. Zaznaczono, że podczas konsultacji wskazane jest uczestnictwo rodzica/opiekuna, który otrzyma kopię wskazań dietetycznych dla dziecka. Zaznaczono, że porady dietetyczne prowadzone będą w formie spotkań

osobistych, albo w formie spotkań zdalnych/online oraz powinny być realizowane nie rzadziej niż raz w miesiącu i powinny trwać nie krócej niż 30 minut. Celem pierwszej konsultacji dietetycznej ma być m.in. zebranie szczegółowych informacji o uczestniku (tj. wiek, choroby, nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna i inne). Wskazano, że podczas konsultacji wraz z uczestnikiem zostaną ustalone cele (m.in. w obszarze zmiany nawyków żywieniowych, redukcji masy ciała, możliwości opracowania specjalnego jadłospisu). Zaznaczono, że na każdej kolejnej konsultacji należy przeprowadzić wywiad obejmujący dane takie jak: ogólne samopoczucie, pomiary antropometryczne, efekty wprowadzonych zmian dotyczących żywienia i aktywności fizycznej oraz ewentualne problemy związane z wprowadzeniem zaleceń, z którymi zetknął się uczestnik. Zalecono także omówienie efektów wprowadzonych zmian oraz wprowadzenie ewentualnych modyfikacji do planu działań.

Podkreślono, że konsultacje musi realizować osoba, która posiada ukończone studia I lub II stopnia na kierunku dietetyka, lub wykształcenie pokrewne z zakresu żywienia człowieka. Wskazano, że zalecany jest pomiar BMI, w cyklu 0-3-6-12 tydzień realizacji programu.

Należy zaznaczyć, że nie jest jasne kto będzie odpowiedzialny za dokonanie pomiarów antropometrycznych oraz wyliczenie wskaźnika BMI dla dziecka – zwłaszcza w przypadku kiedy konsultacje dietetyczne będą odbywały się w formie spotkań zdalnych/online.

Zgodnie z rekomendacjami, zalecenia dietetyczne powinny obejmować: spożywanie 5 posiłków dziennie, spożywanie odpowiedniego śniadania, unikanie podjadania między posiłkami, unikanie produktów wysokoenergetycznych i o niskiej wartości odżywczej (słodzone lub energetyzujące napoje, soki owocowe, produkty typu fast food, wysokoenergetyczne przekąski), zwiększenie spożycia owoców, warzyw i produktów bogatych w błonnik, spożywanie mniejszych porcji (ISPED, ISP 2018), co zostało uwzględnione w projekcie.

#### *Konsultacje psychologiczne*

Zaplanowano, że osoby objęte interwencją terapeutyczną będą wymagały co najmniej jednej konsultacji psychologicznej. Wsparcie psychologiczne ma na celu wzmacnianie nastawienia ucznia i rodziców do zmian nawyków żywieniowych, w tym dla całej rodziny, umiejętności radzenia sobie ze stresem, utrzymywania wysokiego poziomu motywacji.

W treści projektu nie przedstawiono ile maksymalnie godzin konsultacji jest przewidzianych dla jednego uczestnika, czy rodzic/opiekun prawny dziecka również będzie brał w nich udział w takim samym wymiarze jak dziecko oraz jakie konkretnie oddziaływania/techniki psychologiczne zostaną zastosowane.

W rekomendacjach zaznacza się, że kompleksowe interwencje behawioralne powinny być zintegrowane z programami realizowanymi w warunkach szkolnych lub środowiskowych (ES 2017). Krótkoterminowe interwencje i jednorazowe akcje/wydarzenia są niewystarczające – powinny one stanowić część długoterminowego, zintegrowanego programu (NICE 2015a). Zarówno 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 dzienniczek diety i aktywności), trening uważności, kontrola bodźców, pozytywne wzmocnienie, restrukturyzacja poznawcza, rozwiązywanie problemów (ISPED, ISP 2018).

#### *Działania edukacyjne*

Zakres przeprowadzenia działań edukacyjnych dla dzieci, ich rodziców/opiekunów, wychowawców oraz pracowników stołówek szkolnych został szczegółowo opisany.

Edukacja zdrowotna dla uczniów ma być przeprowadzona w podziale na klasy I-III oraz IV-VIII. Podkreślono, że koniecznym jest, aby zakres treści, formę i sposób przekazu dostosować do wieku i percepcji dzieci. Zaplanowano działania edukacyjne, które w przypadku dzieci mają obejmować 4 lekcje w trakcie roku szkolnego. Edukacja zdrowotna dla dzieci młodszych (klasy I-III) odbywać się będzie w formie ukierunkowanej na zabawy, pogadanki, aktywizację dzieci, w oparciu o pakiety edukacyjne. W przypadku dzieci z klas IV-VIII podczas spotkań uczestnicy poszerzą swoją wiedzę dotyczącą prawidłowego żywienia i ogólnie pojętego zdrowego stylu życia. Wskazano m.in., że zajęcia będą odbywały się na terenie poszczególnych placówek oświatowych uczestniczących w programie.

W ramach działań edukacyjnych dla rodziców/opiekunów oraz wychowawców uczniów, zaplanowano wykłady mające odbywać się min. 2 razy po 45 minut; łącznie 90 minut w ciągu semestru. Wskazano, że podczas wykładów będą przekazywane materiały edukacyjne, a realizowane tematy dotyczyć będą zdrowej diety i aktywności fizycznej oraz czynników wpływających na występowanie nadwagi i otyłości. Wskazano, że wykłady na temat promocji zdrowia mogą zostać także przeprowadzone np. w placówkach opieki zdrowotnej, czy też instytucjach kultury itp.

Zaplanowano również przeprowadzenie działań edukacyjnych dla pracowników stołówek, administracji/dyrekcji szkół z terenu gminy Gogolin, które powinny obejmować 5 godz. zajęć, min. raz w ciągu roku szkolnego. Celem podejmowanych działań ma być uzyskanie i utrzymanie prawidłowej masy ciała u uczniów poprzez wdrożenie zasad odpowiedniego żywienia zbiorowego w placówkach oświatowych. W treści projektu podkreślono, że w ramach działań edukacyjnych powinny zostać omówione m.in.: warunki żywienia uczniów, w tym stanu sanitarnego kuchni i jadalni; zapewnienie higieny przygotowywania i podawania posiłków; bezpieczeństwo przygotowywanego posiłku.

W PPZ w ramach działań edukacyjnych skierowanych do dzieci oraz do rodziców/opiekunów oraz wychowawców uczniów zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testów pozwalających na weryfikację wiedzy uczestników.

Wskazano także, że w przypadku działań edukacyjnych skierowanych do dzieci oraz do rodziców/opiekunów oraz wychowawców uczniów, jeżeli zaistnieje taka potrzeba lub konieczność, to realizator powinien zapewnić realizację edukacji również w formie zdalnej/on-line wykorzystując kanały i narzędzia umożliwiające dwukierunkowy przekaz pomiędzy prowadzącym, a uczestnikami zajęć.

W wytycznych NICE 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) (NICE 2015a). Należy dostosowywać przekazywane treści do odbiorców – ich wieku, statusu socjoekonomicznego, grupy etnicznej – oraz zapewnić, aby były one jasne, spójne, specyficzne i nikogo nie oceniały. Ponadto należy zapewnić, aby podejmowane interwencje były zintegrowane z lokalnymi strategiami w zakresie otyłości (NICE 2015b).

Odnalezione rekomendacje podkreślają, 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). Edukacja kierowana do rodziców powinna podkreślać znaczenie roli modelowania przez nich zachowań zdrowotnych (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej (MQIC 2018a). Zaproponowane działania edukacyjne dla rodziców znajdują odzwierciedlenie w rekomendacjach klinicznych. W wytycznych zaleca się wdrożenie zintensyfikowanych, kompleksowych, multikomponentowych interwencji behawioralnych, mających na celu redukcję masy ciała (APA 2018, USPSTF 2017, AAFP 2017). Rekomendacje wskazują, że multidyscyplinarny zespół specjalistów

powinien obejmować dietetyków, psychiatrów, pielęgniarki (ES 2017), a także pediatrów, psychologów oraz specjalistów w dziedzinie zdrowia i promowania aktywności fizycznej (ISPED, ISP 2018), co zostało uwzględnione w projekcie.

### *Zajęcia ruchowe*

W ramach interwencji multikomponentowej zaplanowano także zajęcia ruchowe. Podkreślono, że zajęcia mogą być realizowane w formie zajęć grupowych lub indywidualnych, a uczestnik musi otrzymać świadczenia w ramach komponentu aktywności fizycznej co najmniej 2 razy w tygodniu, co najmniej 75 minut, przez cały okres uczestniczenia w projekcie. Wskazano, że zajęcia mają na celu zapoznanie uczestników z rodzajami ćwiczeń, które pozwalają zmniejszyć masę ciała oraz rozwinąć potrzebę podejmowania aktywności fizycznej. Zaznaczono również, że formy aktywności fizycznej powinny zostać dobrane zgodnie z preferencjami i możliwościami uczestników. Wnioskodawca podkreślił także, że zajęcia powinny być prowadzone przez wykwalifikowany personel zajmujący się aktywnością fizyczną (np. przez rehabilitanta, fizjoterapeutę, nauczyciela WF, trenera sportowego/personalnego, studenta/absolwenta AWF). Należy zaznaczyć, że wnioskodawca wymienił rekomendowane miejsca takie jak basen czy sala gimnastyczna gdzie zajęcia ruchowe powinny się odbywać.

W zapobieganiu rozwojowi nadwagi i otyłości bardzo ważną rolę odgrywa kształtowanie właściwych nawyków związanych z aktywnością fizyczną. Optymalny czas poświęcany na aktywność fizyczną wynosi 60 minut; rekomendacje wskazują, że aktywność ta powinna być podejmowana codziennie lub niemal codziennie (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, ES 2017, MoH NZ 2016). Szczególnie zalecane formy ruchu to: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, ISPED, ISP 2018). Zwiększenie poziomu aktywności fizycznej można osiągnąć od 2-3 roku życia poprzez aktywną zabawę, spacer, korzystanie z roweru trójkołowego i po 5-6 r.ż., promując także udział w zajęciach sportowych 2/3 razy w tygodniu (ISPED, ISP 2018).

Na podstawie odnalezionych dowodów zaleca się realizację interwencji multikomponentowych, mających na celu redukcję masy ciała i wypracowanie odpowiednich nawyków (m.in. żywieniowych i w zakresie aktywności fizycznej), które umożliwią utrzymanie uzyskanych rezultatów. Interwencje te powinny obejmować w sumie minimum 26 godzin kontaktowych (APA 2018, MQIC 2018b, ES 2017, USPSTF 2017, AAFP 2017).

### 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 uzyskanych w programie, realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności będzie prowadzona na podstawie: sprawozdań realizatora w okresowych i rocznych sprawozdaniach na podstawie liczby zgód na udział w programie.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie ma być oceniana w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ankiety.

Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie analizy: liczby dzieci, u których zdiagnozowano nadwagę i otyłość (nieprawidłowy wskaźnik BMI), liczby uczniów, ich rodziców/opiekunów/nauczycieli, którzy podejmują regularną, aktywność fizyczną – minimum 2 razy w tygodniu, liczby dzieci, u których nastąpiło zmniejszenie masy ciała, z uwzględnieniem wartości w kg, % masy ciała i wskaźnika BMI score

– na podstawie danych uzyskanych podczas pomiarów antropometrycznych wykonywanych przez realizatora, liczby dzieci z prawidłowym wskaźnikiem BMI.

Coroczna oraz końcowa ocena efektywności będzie przeprowadzona przed wprowadzeniem działań w ramach programu i na zakończenie PPZ.

Ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności, odpowiadających wszystkim celom programu polityki zdrowotnej, co zostało uwzględnione w projekcie.

#### Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono etapy i działania podejmowane w programie oraz odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury otwartego konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

Akcja informacyjna prowadzona będzie za pomocą takich podmiotów jak: lokalne media, jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucje wsparcia społecznego, a także kościoły parafialne i pozostałe placówki opieki duszpasterskiej. Ponadto podkreślono, że główny nacisk w kampanii informacyjnej zostanie położony na wykorzystanie placówek szkolnych i ochrony zdrowia, jako miejsca przekazywania podstawowych informacji na temat programu.

Całkowity budżet programu oszacowano na 240 000 zł (60 000 zł rocznie).

Opisano koszty jednostkowe (239 580 zł/rok), w których uwzględniono:

- 3 840 zł/rok – rekrutacja do programu
- 3 600 zł/rok – pomiary BMI
- 36 000 zł/rok – ocena lekarska kwalifikacyjna
- 32 400 zł/rok – badania lekarskie
- 27 000 zł/rok – konsultacje dietetyczne
- 13 500 zł/rok – konsultacja psychologiczna
- 43 200 zł/rok – zajęcia ruchowe
- 61 440 zł/rok – zajęcia edukacyjne uczniowie
- 4 800 zł/rok – zajęcia edukacyjne rodzice,
- 4 800 zł/rok – zajęcia edukacyjne kadra stołówek
- 9 000 zł/rok – koszty ogólne/monitoring/organizacje)

Program będzie finansowany z budżetu gminy Gogolin.

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

##### Problem zdrowotny

Według 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. U osób dorosłych 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.

#### Alternatywne świadczenia

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

#### Ocena technologii medycznej

W ramach wyszukiwania wytycznych dotyczących problemu zdrowotnego jakim jest nawaga i otyłość u dzieci odnaleziono następujące dokumenty wydane przez:

- Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością – KLRwP/PTMR/PTBO 2018 (Polska);
- American Psychological Association – APA 2018 (Stany Zjednoczone);
- Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetology, Italian Society of Pediatrics – ISPED, ISP 2018 (Włochy);
- Michigan Quality Improvement Consortium – MQIC 2018a I 2018b (Stany Zjednoczone);
- Endocrine Society – ES 2017 (UE);
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE 2017, 2015a, 2015b (Wielka Brytania);
- U.S. Preventive Service Task Force – USPSTF 2017 (Stany Zjednoczone);
- World Health Organization – WHO 2017;
- New Zealand Ministry of Health – MoH NZ 2016 (Nowa Zelandia);
- Canadian Task Force on Preventive Health Care – CTFPHC 2015 (Kanada).

#### *Narzędzia służące diagnozowaniu nadwagi i otyłości:*

- Pomiar antropometryczny stanowi integralną część oceny rozwoju somatycznego dzieci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018);
- U dzieci i młodzieży do oceny prawidłowej masy ciała stosuje się BMI (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, MQIC 2018b, ISPED, ISP 2018, USPSTF 2017, AAFP 2017, ES 2017, MoH NZ 2016, CTFPHC 2015). Dodatkowo diagnostyka nadwagi i otyłości powinna być oparta na wartościach centylogowych współczynnika stosunku wagi do wzrostu (WtHR, ang. *weight to height ratio*) (ISPED, ISP 2018);
- Wywiad poprzedzający badania fizykalne powinien uwzględniać takie kwestie jak: historia rodziny, troska rodziców o masę ciała dziecka, wzorce żywieniowe (częstość spożywania posiłków poza domem, jedzenie śniadań, dobór odpowiednich warzyw i owoców, nadmierne porcje jedzenia, itp.), poziom aktywności fizycznej, aktualna kondycja psychiczna, sen, zażywanie leków, w tym suplementów diety (MQIC 2018b, MoH NZ 2016);
- Nie rekomenduje się badań laboratoryjnych w kierunku endokrynologicznych przyczyn otyłości dziecięcej (chyba że wzrost/prędkość wzrostu pacjenta są osłabione) oraz pomiaru stężenia insuliny podczas oceny dzieci i młodzieży w kierunku otyłości (ES 2017);
- Badania laboratoryjne mogą obejmować: profil lipidowy (na czczo), pomiar hemoglobiny glikowanej (HbA1c), badanie snu za pomocą pulsoksymetru (MoH NZ 2016).

#### *Definiowanie oraz kryteria stwierdzenia nadwagi i otyłości:*

- Rozpoznawanie nadwagi – wartość BMI w zakresie: >97 centyla (ISPED, ISP 2018); 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);
- Rozpoznawanie otyłości – wartość BMI w zakresie: >97. centyla dla wieku i płci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, CTFPHC 2015); ≥95 centyla dla wieku i płci (APA 2018, ES 2017, USPSTF 2017, AAFP 2017); >98. centyla dla wieku i płci (MoH NZ 2016); >99. centyla dla wieku i płci – ciężka otyłość (ISPED, ISP 2018);
- Sugeruje się wyliczenie oraz ocenę wartości BMI dziecka/nastolatka przynajmniej raz w roku (ES 2017, MoH NZ 2016);
- Każde dziecko z BMI ≥85. centyla powinno być monitorowane m.in. pod względem powikłań nadwagi lub otyłości (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, ES 2017);
- W odnalezionych dowodach wtórnych (przeglądy systematyczne z metaanalizami: Simmonds 2016, Simmonds 2015, Javed 2014) wskazuje się na zróżnicowaną czułość i swoistość BMI w odniesieniu zarówno do nadwagi (czułość: 19%-94%, swoistość: 82%-100%) jak i otyłości (czułość: 23%-96%, swoistość: 89,4%-100%).

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

##### Dieta

Rekomenduje się, aby dziecko w każdym okresie życia spożywało 3-5 posiłków o stałych porach, w tym codziennie śniadania (przy jednoczesnym braku podjadania między posiłkami). Zalecenia żywieniowe dotyczące zapobiegania rozwojowi nadwagi i otyłości wśród dzieci od momentu urodzenia oraz u dzieci po 1. roku życia są takie same, jak zalecenia żywieniowe dotyczące prawidłowego rozwoju i wzrastania zdrowych dzieci i młodzieży. Należy: dostosowywać energetyczność posiłków do potrzeb adekwatnych dla wieku; zalecać odpowiednio do wieku dziecka codzienne spożywanie warzyw i owoców oraz ograniczenie picia soków owocowych, zwłaszcza dostadzanych; odpowiednio do wieku dziecka zalecać, aby co najmniej połowę spożywanych produktów zbożowych stanowiły pokarmy pełnoziarniste; odpowiednio do wieku dziecka zalecać spożywanie roślin strączkowych; zalecać ograniczenie spożycia słodczy i słodzonych napojów oraz niedostadzanie potraw (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, ISPED, ISP 2018).

We wszystkich grupach wiekowych zalecane jest promowanie zdrowego stylu życia oraz diety z uwzględnieniem dziennego modelu 5-2-1-0: ≥5 porcji warzyw i owoców, do 2 godzin poświęconych na rekreacyjnym przebywaniu przed ekranami np. telewizora, ≥1 godziny aktywności fizycznej, 0 napojów słodzonych (MQIC 2018a, MQIC 2018b). Należy promować jedzenie w domu (ISPED, ISP 2018).

Interwencje służące poprawie diety powinny być multikomponentowe (uwzględniając modyfikację diety, poradnictwo, zaangażowanie rodziny, wyznaczanie celów). Dodatkowo powinny być dostosowane do danej osoby oraz zapewniać ciągłe wsparcie (NICE 2015a).

Należy zachęcać do wypracowywania odpowiednich nawyków żywieniowych – schematu żywieniowego opartego głównie na warzywach, owocach, fasoli i roślinach strączkowych, produktach pełnoziarnistych i rybach. Może to obejmować: zmniejszenie kaloryczności diety, ograniczenie konsumpcji posiłków typu fast food, posiłków „na wynos”, unikanie napojów słodzonych, zmniejszenie całkowitego spożycia tłuszczu, jedzenie śniadań (bez jednoczesnego zwiększenia przyjmowanej dziennie porcji kalorii), zwiększenie spożywania produktów bogatych w błonnik lub produktów pełnoziarnistych, ograniczenie spożycia mięsa i produktów mięsnych (średnio nie więcej niż 70 g czerwonego i przetworzonego mięsa dziennie) (NICE 2015b).

### Aktywność fizyczna

W zapobieganiu rozwojowi nadwagi i otyłości bardzo ważną rolę odgrywa kształtowanie właściwych nawyków związanych z aktywnością fizyczną. Optymalny czas poświęcany na aktywność fizyczną wynosi 60 minut; rekomendacje wskazują, że aktywność ta powinna być podejmowana codziennie lub niemal codziennie (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, ES 2017, MoH NZ 2016). Szczególnie zalecane formy ruchu to: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie. (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, ISPED, ISP 2018). Zwiększenie poziomu aktywności fizycznej można osiągnąć od 2-3 r.ż. poprzez aktywną zabawę, spacer, korzystanie z roweru trójkołowego i po 5-6 r.ż., promując także udział w zajęciach sportowych 2/3 razy w tygodniu (ISPED, ISP 2018).

Interwencje ukierunkowane na zwiększenie poziomu aktywności fizycznej powinny skupiać się na działaniach, które łatwo wdrożyć w codziennym życiu (np. poruszanie się pieszo). Powinny być one dostosowane do indywidualnych preferencji, warunków życia, a ich celem powinna być poprawa wiary ludzi w ich zdolność do zmiany (np. przez perswazję werbalną, modelowanie zachowań związanych z podejmowaną aktywnością fizyczną, omawianie pozytywnych efektów) (NICE 2015a).

Rekomenduje się zbilansowanie związane z rozwojem technologicznym wydłużającego się czasu spędzanego przed ekranami przez dzieci i młodzież zwiększoną aktywnością fizyczną (ES 2017). Czas spędzany przed ekranami nie powinien przekraczać 2 godzin dziennie w odniesieniu do dzieci >2. r.ż. (MQIC 2018a, MQIC 2018b, ISPED, ISP 2018, ES 2017, NICE 2015b).

### Edukacja

Wszystkie działania ukierunkowane na zapobieganie nadmiernemu przyrostowi masy ciała, poprawę diety oraz poziomu aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży powinny aktywnie angażować ich rodziców oraz opiekunów (ES 2017, MoH NZ 2016, NICE 2015a, NICE 2015b).

Sugeruje się, aby zespół specjalistów identyfikował nieodpowiednie wzorce wychowawcze związane z dietą i aktywnością fizyczną oraz edukował rodziny nt. zdrowego odżywiania i nawyków związanych z podejmowaniem aktywności fizycznej. Rekomendacje wskazują, że multidyscyplinarny zespół specjalistów powinien obejmować dietetyków, psychiatrów oraz pielęgniarki (ES 2017), a także pediatrów, psychologów oraz specjalistów w dziedzinie zdrowia i promowania aktywności fizycznej (ISPED, ISP 2018).

Edukacja kierowana do rodziców powinna podkreślać znaczenie roli modelowania przez nich zachowań zdrowotnych (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej (MQIC 2018a).

Działania o charakterze informacyjnym oraz interwencje ukierunkowane na podnoszenie świadomości powinny być realizowane jako część długoterminowej, multikomponentowej interwencji, a nie w formie jednorazowych działań (powinna im towarzyszyć ukierunkowana na różne grupy obserwacja) (NICE 2015a).

Należy dostosowywać przekazywane treści do odbiorców – ich wieku, statusu socjoekonomicznego, grupy etnicznej – oraz zapewnić, aby były one jasne, spójne, specyficzne i nikogo nie oceniały. Ponadto należy zapewnić, aby podejmowane interwencje były zintegrowane z lokalnymi strategiami w zakresie otyłości (NICE 2015b).

Sugeruje się, aby lekarze promowali i uczestniczyli w edukacji dzieci, młodzieży, ich rodziców oraz całych społeczności nt. zdrowego żywienia oraz aktywności fizycznej, a także zachęcali szkoły do zapewnienia odpowiedniej edukacji nt. zdrowego odżywiania (ES 2017).

### Zdrowy sen

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).

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, MoH NZ 2016).

### Zaangażowanie szkół w realizację interwencji prewencyjnych (ISPED, ISP 2018):

Rekomenduje się uwzględnianie szkół w programach prewencji otyłości. Następujące działania jakie powinny być prowadzone w warunkach szkolnych to:

- wspieranie strategii personelu szkoły w zakresie wdrażania programów promocji zdrowia;
- poprawa ogólnego środowiska dot. produktów żywnościowych w szkole: usuwanie automatów sprzedających słodzone napoje lub przekąski o wysokiej zawartości tłuszczu, cukru lub soli; zakaz sprzedaży tego rodzaju żywności; zmiany szkolnych obiadów w celu ograniczenia niezdrowej żywności o wysokiej kaloryczności; zapewnienie zdrowego śniadania; zapewnienie bezpłatnych lub tanich owoców; zapewnienie bezpłatnej/taniej wody;
- poprawa ogólnego środowiska aktywności fizycznej w szkole: zwiększenie dziennych formalnych zajęć (lekcji) aktywności fizycznej zorganizowanych w trakcie i po godzinach lekcyjnych; dostępność szkolnych placów zabaw dla zorganizowanych lub dowolnych aktywności fizycznych podczas i po godzinach lekcyjnych.

### *Interwencje wdrażane w przypadku zdiagnozowania nadwagi/otyłości wraz z ich oczekiwanymi efektami*

Głównym celem jest stała zmiana w nawykach żywieniowych i stylu życia dziecka. Niezbędne jest zaangażowanie całej rodziny i wyznaczanie realistycznych celów. Cele długoterminowe powinny obejmować: utrzymywanie odpowiedniego tempa wzrostu i osiągnięcie prawidłowego (zdrowszego) stosunku masy ciała do wzrostu (ang. *weight-to-height ratio*); zmniejszenie masy ciała (niekoniecznie osiągnięcia idealnej wagi), w szczególności zmniejszenie masy tkanki tłuszczowej; utrzymywanie lub promowanie dobrego zdrowia psychicznego (samoocena, prawidłowe nastawienie do jedzenia i wyglądu ciała, jakość życia związana ze zdrowiem); leczenie powikłań, jeśli są obecne, w możliwie najkrótszym czasie; osiągnięcie i utrzymanie zdrowszego stosunku masy ciała do wzrostu i zapobieganie ponownemu przybieraniu nadmiernej masy ciała (ISPED, ISP 2018).

### Strategie multikomponentowe

Należy rozważyć wdrożenie strategii multikomponentowych o umiarkowanej lub dużej intensywności w leczeniu otyłości wśród dzieci i młodzieży (APA 2018, MQIC 2018b, ES 2017, USPSTF 2017, AAFP 2017):

- w przypadku stwierdzenia otyłości należy oferować dzieciom/młodzieży ( $\geq 6$  r.ż.) bądź kierować je na kompleksowe, zintensyfikowane interwencje behawioralne mające na celu redukcję masy ciała ( $\geq 26$  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, AAFP 2017);
- w przypadku dzieci oraz młodzieży w przedziale wiekowym 2-18 lat z nadwagą lub otyłością silnie rekomenduje się przeprowadzenie multikomponentowych interwencji behawioralnych

kierowanych do rodziny, składających się z co najmniej 26 godzin kontaktowych – interwencja ta powinna być inicjowana tak szybko, jak jest to możliwe (APA 2018).

Kompleksowe interwencje behawioralne powinny być zintegrowane z programami realizowanymi w warunkach szkolnych lub środowiskowych (ES 2017).

Krótkoterminowe interwencje i jednorazowe akcje/wydarzenia są niewystarczające – powinny one stanowić część długoterminowego, zintegrowanego programu (NICE 2015a).

Zarówno 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).

Programy, których celem jest zapobieganie otyłości, kierowane do rodzin, poprawa diety lub zwiększenie poziomu aktywności fizycznej powinny zapewniać stałe wsparcie, dostosowane do potrzeb adresatów oraz obejmować wykorzystanie technik behawioralnych. Programy powinny mieć także wyraźnie zdefiniowany cel ukierunkowany na poprawę kontroli masy ciała (NICE 2015a).

Rodziny dzieci i młodzieży będących w grupie wysokiego ryzyka wystąpienia otyłości (np. z co najmniej jednym otyłym rodzicem) powinny otrzymywać stałe wsparcie ze strony odpowiednio wyszkolonego pracownika medycznego. Rozważone powinno zostać wdrożenie zarówno indywidualnych, jak i rodzinnych interwencji (w zależności od wieku oraz dojrzałości dziecka) (NICE 2015a).

#### Oczekiwane efekty

U dzieci z rozpoznaniem nadwagi oraz u dzieci otyłych rodziców, należy wdrożyć działania, których celem jest utrzymanie stałej masy ciała w miarę zwiększania się wzrostu u młodszych dzieci oraz ułatwienie powolnej redukcji masy ciała u nastolatków (ok. 0,5 kg/mies.) (KLRwP/PTMR/PTBO 2018).

Rekomenduje się wyliczanie odchylenia standardowego BMI w celu oszacowania utraty wagi. Zmniejszenie odchylenia standardowego BMI (BMI-SDS) jest najlepszym wskaźnikiem wielkości utraty wagi, biorąc pod uwagę wiek i płeć pacjenta. Zmniejszenie  $>0,5$ , ale nawet  $>0,25$  (zgodnie z redukcją BMI  $1 \text{ kg/m}^2$  lub stabilną wagą przez ponad 1 rok u rosnącego dziecka) wiąże się z poprawą składu ciała i zmniejszeniem ryzyka sercowo-metabolicznego (na podstawie 1 badania obserwacyjnego) (ISPED, ISP 2018).

Inne wskaźniki behawioralne (związane z dietą, stylem życia, sprawnością fizyczną lub jakością życia) mogą być brane pod uwagę, jeśli nie występuje istotne zmniejszenie BMI-SDS (ISPED, ISP 2018).

#### Dieta

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 lub energetyzujące napoje, soki owocowe, produkty typu fast food, wysokoenergetyczne przekąski), zwiększenie spożywania owoców, warzyw i produktów bogatych w błonnik, spożywanie mniejszych porcji.

Ogólne zalecenia dla diety niskokalorycznej: białko 1 g/kg/dzień, węglowodany 45-60% całkowitej liczby kalorii, cukry proste <15% wszystkich kalorii, tłuszcze 20-35% wszystkich kalorii począwszy od 4 r.ż., nasycone kwasy tłuszczowe <10% całkowitej liczby kalorii (ISPED, ISP 2018).

#### *Zintegrowane wdrażanie programu*

Należy wspierać zintegrowane, długoterminowe (ponad 5-letnie) strategie na rzecz zdrowia. Wskazane jest skupienie się na wszystkich następujących obszarach (skupienie uwagi wyłącznie na jednym ze wskazanych obszarów, kosztem pozostałych, może wpływać na zmniejszenie skuteczności): podnoszenie świadomości nt. problemów zdrowotnych powodowanych przez otyłość oraz korzyści związanych z poprawą stanu zdrowia; szkolenia dla pracowników oraz wolontariuszy, które odpowiadają ich potrzebom (priorytetowe traktowanie osób pracujących bezpośrednio ze społecznościami lokalnymi); wpływ na szersze uwarunkowania zdrowia: zapewnienie dostępu do niedrogiej, zdrowszej żywności i napojów, przestrzeni zielonej oraz obiektów zachęcających do podejmowania aktywności fizycznej; ukierunkowanie szerokiego zakresu działań zarówno na osoby dorosłe, jak i dzieci; świadczenie usług z zakresu kontroli masy ciała dorosłym, dzieciom oraz całym rodzinom; świadczenie usług w zakresie leczenia otyłości (NICE 2017).

**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 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu OT.431.33.2023 „Program profilaktyki nadwagi i otyłości dzieci i młodzieży w Gminie Gogolin na lata 2024-2027” realizowany przez: Gminę Gogolin oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 131/2023 z dnia 7 sierpnia 2023 roku o projekcie programu „Program rehabilitacji i wspierania aktywności ruchowej mieszkańców w Gminie Gogolin na lata 2024-2027”