



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 45/2024 z dnia 10 lipca 2024 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej**  
**„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości**  
**wśród dzieci w gminie Lubin na lata 2024-2027”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci w gminie Lubin 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 wносить wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Zaplanowane interwencje obejmują badania przesiewowe (w tym pomiary antropometryczne) oraz interwencje multidyscyplinarne (konsultacje dietetyczne, konsultacje psychologiczne/psychodietetyczne oraz konsultacje z zakresu aktywności ruchowej), co wzięto pod uwagę przy wydaniu opinii.

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

Opiniowany projekt zawiera jednak uchybienia, które uniemożliwiają jego realizację z zachowaniem wysokiej jakości. W związku z tym należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności uwagi dotyczące: odniesienia się do lokalnej sytuacji epidemiologicznej; doprecyzowania liczby godzin planowanych interwencji multidyscyplinarnych dla dzieci zgodnie z zaleceniami, weryfikacji kosztów całkowitych oraz jednostkowych, a także uzupełnienia opisu etapów programu.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący nadwagi i otyłości wśród dzieci, uczęszczających do klas III szkół podstawowych z terenu gminy Lubin, zaplanowany do realizacji przez ww. gminę. Całkowity koszt programu oszacowano na 98 140 zł, zaś okres jego realizacji 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 2024 r.,

poz. 146), wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

## Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

### Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt odnosi się do złożonego problemu zdrowotnego, jakim jest nadwaga oraz otyłość wśród dzieci. W projekcie programu przedstawiono etiologię, czynniki ryzyka, powikłania otyłości, definicję oraz wartości BMI (Body Mass Index), na podstawie których rozpoznaje się nadwagę i otyłość.

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

Odnosząc się do sytuacji na świecie wnioskodawca zwrócił uwagę, że nadwaga i otyłość wieku dziecięcego, na przestrzeni ostatnich 30 lat, osiągnęła rozmiary światowej epidemii. W ramach raportu The International Obesity Task Force z 2008 roku wykazano, że co piąte europejskie dziecko ma nadwagę lub jest otyłe. Co więcej, zaznaczono, że każdego roku przybywa ok. 400 000 nowych przypadków nadwagi i otyłości dziecięcej.

Odnosząc się do sytuacji epidemiologicznej w Polsce, zwrócono uwagę, że grupami wiekowymi, w których najczęściej odnotowywana jest nadwaga lub otyłość, są chłopcy w wieku 10 lat (22,4%) oraz 9-letnie dziewczynki (22,4%). W grupie nastolatków między 13 a 15 r.ż. z kolei, nadwagę lub otyłość stwierdza się w przypadku 14,2-19,3% chłopców oraz 12,8-14,2% dziewczynek. Biorąc natomiast pod uwagę populację starszej młodzieży między 16 a 18 r.ż., odsetek osób z nadwagą lub otyłością jest stosunkowo niższy, aczkolwiek w dalszym ciągu stwierdza się je w przypadku 13,6-18% chłopców oraz 9,1-10,9% dziewczynek.

W odniesieniu do sytuacji regionalnej wskazano, że około 23,8% uczniów w wieku szkolnym, zamieszkujących obecnie województwo dolnośląskie, zmagają się z nadwagą lub otyłością. Województwo to jest zaliczane do regionów gdzie omawiane problemy zdrowotne występują z wysoką częstością. Należy zaznaczyć, że w projekcie nie odniesiono się do lokalnej sytuacji epidemiologicznej. Pozwoliłoby to na ocenę możliwości zapewnienia lokalnej potrzeby zdrowotnej, a także pomogłoby w ustaleniu na ile wybrana populacja jest populacją właściwą.

Odniesiono się do danych dostępnych w ramach Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, z których wynika, że „w ostatnich latach w województwie dolnośląskim wzrósł udział wpływu wysokiego BMI i ryzyka żywieniowego na zgony. Analiza trendów z ostatnich 10 lat wskazuje jednoznacznie na wzrost wpływu czynników ryzyka związanych z dietą. Powszechnie występowanie otyłości wśród mieszkańców województwa może spowodować wybuch epidemii cukrzycy typu 2 oraz innych chorób”.

### Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „obniżenie wartości wskaźnika BMI o co najmniej 3 centyle wśród co najmniej 20% uczestników II etapu programu, zmagających się z nadwagą lub otyłością”. Cel główny powinien być precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Cel główny został sformułowany prawidłowo i znajduje odzwierciedlenie w obowiązujących rekomendacjach.

W dokumencie wskazano 2 cele szczegółowe:

- (1) „podniesienie lub utrzymanie wiedzy w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej nadwagi i otyłości, wśród co najmniej 30% dzieci uczestniczących w działaniach edukacyjnych w Programie”,
- (2) „podniesienie lub utrzymanie wiedzy w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej nadwagi i otyłości, wśród co najmniej 60% rodziców uczestniczących w działaniach edukacyjnych w Programie”.

Cele szczegółowe nr 1 i 2 zostały sformułowane prawidłowo i odnoszą się do wzrostu wiedzy wśród dzieci uczestniczących w programie i ich rodziców. W projekcie zaplanowano pomiar wzrostu wiedzy za pomocą pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym. Do projektu nie załączono ww. wzoru testu, zatem nie było możliwości jego weryfikacji.

Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. W treści projektu odniesiono się również do definicji wysokiego poziomu wiedzy, który ma oznaczać minimum 95% poprawnych odpowiedzi w teście. Wskazane w ramach projektu pożądane wartości wzrostu wiedzy uczestników zostały także uzasadnione.

W dokumencie wskazano 3 mierniki efektywności:

- (1) „odsetek dzieci z nadwagą lub otyłością, u których doszło do obniżenia wartości wskaźnika BMI o co najmniej 3 centyle”,
- (2) „odsetek dzieci, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 95% poprawnych odpowiedzi w teście), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test”,
- (3) „odsetek rodziców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 95% poprawnych odpowiedzi w teście), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test”.

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.

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

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu będą stanowić dzieci uczęszczające do klas III szkół podstawowych z terenu gminy Lubin oraz ich rodzice/opiekunowie prawni. Wskazano, że liczba uczniów spełniających ww. kryteria to ok. 657 dzieci urodzonych w latach 2014-2016. Zgodnie z danymi Urzędu Gminy Lubin do szkół na terenie gminy Lubin uczęszcza ok. 402 uczniów tej populacji. W efekcie programem objętych zostanie ok. 134 dzieci rocznie. Następnie wskazano, że rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała dotyczy ok. 11% dzieci, w związku z tym II etapem programu, zakładającym interwencje multidyscyplinarne, planuje się objąć ok. 15 dzieci rocznie. Biorąc pod uwagę powyższe informacje, w programie zaplanowano objęcie działaniami edukacyjnymi i badaniami przesiewowymi 536 dzieci, natomiast interwencją multidyscyplinarną – 60 osób w czasie trwania 4-letniego PPZ.

W projekcie prawidłowo określono kryteria włączenia i wyłączenia.

#### Interwencja

W projekcie programu w ramach prowadzonych interwencji zaplanowano działania edukacyjne, badanie przesiewowe (pomiary antropometryczne) oraz interwencję multidyscyplinarną.

#### Działania edukacyjne

Działania edukacyjne będą skierowane do wszystkich uczniów klas III szkoły podstawowej oraz ich rodziców/opiekunów prawnych. Zaplanowano przeprowadzenie cyklu wykładów/szkoleń dla rodziców/opiekunów prawnych uczniów z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, odbywające się z częstotliwością 1 spotkania rocznie i będą głównie realizowane poprzez ustne prelekcje z wykorzystaniem materiałów multimedialnych. Planowany czas trwania spotkania wynosi 90 minut. W projekcie zaplanowano badanie poziomu wiedzy przy wykorzystaniu pre- i post-testu, składającego się z 10 pytań. Do projektu nie dołączono jednak wzoru ww. testu, zatem nie było możliwości jego weryfikacji.

Drugim elementem składowym działań edukacyjnych będzie cykl warsztatów szkoleniowych skierowanych do uczniów. Zaplanowano przeprowadzenie warsztatów odbywających się 1 raz na 2 miesiące. W projekcie wskazano, że odbędą się 3 takie spotkania. Działania edukacyjne będą realizowane w ramach godzin wychowawczych, aby nie wydłużać czasu spędzanego przez dzieci w szkołach. Nie wskazano jednak czasu precyzyjnie trwania pojedynczego spotkania. W projekcie zaplanowano badanie poziomu wiedzy przy wykorzystaniu pre- i post-testu, składającego się z 10 pytań. Do projektu nie dołączono jednak wzoru ww. testu, zatem nie było możliwości jego weryfikacji.

#### *Badania przesiewowe*

Badanie przesiewowe obejmie 134 osoby rocznie z populacji uczniów klas III szkół podstawowych znajdujących się na terenie gminy Lubin w oparciu o pomiary antropometryczne. Zaznaczono, że badanie to będzie miało na celu wyłonienie populacji zagrożonej nadwagą lub otyłością. Podkreślono, że nadwaga lub otyłość będzie diagnozowana na podstawie wskaźnika masy ciała BMI w oparciu o siatki centylowe. W projekcie zaznaczono, że badania zostaną przeprowadzone z zachowaniem prawa do intymności przez pielęgniarki środowiskowe, pielęgniarki szkolne, higienistki szkolne lub dietetyków w szkołach prowadzonych przez gminę lub w siedzibie realizatora. W projekcie programu nie zaplanowano wywiadu lekarskiego. Kwalifikacja do programu jest oparta na przedstawionych w projekcie kryteriach włączenia.

#### *Interwencja multidyscyplinarna*

Interwencją multidyscyplinarną zostaną objęte dzieci z nadwagą lub otyłością, wyłonione w badaniach przesiewowych. W ramach tej interwencji przewidziano konsultacje dietetyczne, konsultacje psychologiczne/psychodietetyczne oraz konsultacje z zakresu aktywności ruchowej.

#### Konsultacje dietetyczne

Konsultacje dietetyczne obejmą 6 spotkań. Pierwsza konsultacja odbędzie się niezwłocznie po badaniach przesiewowych, natomiast kolejne – po 1., 2., 3., 4. i 5. miesiącu od pierwszej wizyty. Celem pierwszej konsultacji dietetycznej będzie m.in. przeprowadzenie pogłębionego wywiadu dietetycznego w kierunku oceny zachowań żywieniowych dziecka (m.in. spożywania śniadań, sposobu komponowania diety dziecka), przeprowadzenie pomiaru masy ciała, opracowanie założeń przykładowego jadłospisu dla dziecka, ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka pod kątem odżywiania oraz przedstawienie rekomendacji dietetycznych dot. dalszego postępowania. W ciągu 1 tygodnia od wizyty rodzice otrzymają jadłospis przygotowany dla dziecka. Celem każdej kolejnej konsultacji będzie przeprowadzenie pomiaru masy ciała, edukacja w obszarze zasad zdrowego odżywiania, modyfikacja jadłospisu (w celu najlepszego dostosowania go do preferencji dziecka oraz analiza dzienniczka żywieniowego) oraz monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów żywieniowych związanych z nadwagą lub otyłością. Pomiary antropometryczne wykonywane będą przez dietetyka w trakcie każdej konsultacji dietetycznej.

#### Konsultacje psychologiczne/psychodietetyczne

Na konsultacje psychologiczne/psychodietetyczne złożą się 3 spotkania. Pierwsza konsultacja odbędzie się niezwłocznie po badaniach przesiewowych, natomiast kolejne – po 1 i 3 miesiącu od pierwszej wizyty. Celem pierwszej konsultacji będzie przeprowadzenie pogłębionego wywiadu psychologicznego w kierunku oceny aktualnych nawyków związanych z odżywianiem oraz aktywnością fizyczną dzieci i ich rodziców/opiekunów prawnych (m. in. obecność jedzenia w odpowiedzi na emocje; problemy z samokontrolą w kontekście jedzenia; stosowania jedzenia jako kary i nagrody; postrzeganych barier w uprawianiu aktywności fizycznej oraz zwyczajów związanych z aktywnością fizyczną). Podczas konsultacji dokonana zostanie również ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka pod kątem psychologicznym, opracowany zostanie plan zmiany zachowań zdrowotnych oraz oddziaływań psychologicznych w oparciu o zasady terapii behawioralnej. Zostaną także przedstawione

rekomendacje psychologiczne dot. dalszego postępowania. Celem każdej kolejnej konsultacji będzie praca nad zmianą zachowań, wykorzystująca metody behawioralne (np. ustanawianie celów, praca nad samokontrolą, trening uważności), modyfikacja oddziaływań psychologicznych wspierających zmianę (w celu najlepszego dostosowania ich do preferencji dziecka) oraz monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów psychologicznych związanych z nadwagą lub otyłością. Dopuszczone będzie przeprowadzenie konsultacji online, z wyjątkiem konsultacji pierwszej, która będzie musiała odbyć się stacjonarnie.

#### Konsultacje z zakresu aktywności ruchowej

Konsultacje z zakresu aktywności ruchowej z fizjoterapeutą lub specjalistą aktywności ruchowej obejmą 3 spotkania. Pierwsza konsultacja odbędzie się niezwłocznie po badaniach przesiewowych, natomiast kolejne – po 1 i 3 miesiącu od pierwszej wizyty. Celem pierwszej konsultacji fizjoterapeutycznej będzie m.in. omówienie zaleceń dotyczących aktywności fizycznej, opracowanie zestawu ćwiczeń dla dziecka – uwzględniając jego możliwości fizyczne i preferencje, ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka pod względem wydolności fizycznej oraz przedstawienie rekomendacji dotyczące dalszego postępowania. Celem każdej kolejnej konsultacji będzie edukacja w obszarze zaleceń i poprawności wykonywania rekomendowanych ćwiczeń, modyfikacja zestawu ćwiczeń i zaleceń (w celu najlepszego dostosowania go do preferencji dziecka) oraz monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów w zakresie wykonywania ćwiczeń wynikających z nadwagi i otyłości.

W projekcie odniesiono się również do czasu trwania ww. konsultacji. Pierwsza konsultacja w każdej z 3 wyżej wymienionych kategorii będzie trwać 60 min, a kolejne – 45 min. W ramach wszystkich trzech konsultacji nastąpi sporządzenie krótkiej notatki na temat stanu zdrowia dziecka oraz przekazanie jej rodzicom/opiekunom prawnym z zaleceniem przekazania kopii do lekarza POZ.

Na podstawie odnalezionych dowodów naukowych zaleca się realizację interwencji multidyscyplinarnych, 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. Zgodnie z zapisami w projekcie łączny czas realizacji działań edukacyjnych dla dzieci i młodzieży wyniesie łącznie ok. 12 h. Należy zatem zaznaczyć, że zaplanowane w PPZ działania nie obejmują zalecanych przez USPSTF i inne organizacje 26 h kontaktowych, co wymaga uwzględnienia.

#### Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu będzie monitorowana na podstawie półrocznych i rocznych sprawozdań oraz całościowo po zakończeniu programu na podstawie analizy: „liczby rodziców, uczestniczących w działaniach edukacyjnych”, „liczby dzieci, uczestniczących w działaniach edukacyjnych”, „liczby dzieci, które zgłosiły się na badania przesiewowe”, „liczby dzieci, które zakwalifikowano do II etapu programu”, „liczby dzieci uczestniczących w II etapie programu, z podziałem na poszczególne interwencje”, „liczby dzieci, które zrezygnowały z udziału w programie na

poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji". Należy zaznaczyć, że przedstawione wskaźniki zostały zaplanowane prawidłowo.

Ocena jakości świadczeń w programie dokonana zostanie na podstawie ankiet satysfakcji uczestników programu. Wzór ankiety został dołączony do projektu i nie budzi zastrzeżeń. Na bieżąco będą również analizowane pisemne uwagi uczestników dotyczące realizacji programu.

Ocena efektywności programu obejmie analizę: „liczby i odsetka dzieci, u których odnotowano poprawę wskaźnika BMI o co najmniej 3 centyle”, „liczby i odsetka rodziców, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych”, „liczby i odsetka dzieci, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych” oraz „identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu”.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało podkreślone w projekcie programu.

#### Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w programie.

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W projekcie odniesiono się do kwestii związanych z warunkami dotyczącymi personelu, wyposażenia i warunkami lokalowymi.

Akcja informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z Urzędem Gminy Lubin oraz placówkami POZ, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora oraz w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Gminy Lubin (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjne może odbywać się także poprzez dystrybucję ulotek oraz plakatów informacyjnych.

Całkowity budżet programu oszacowano na 98 140 zł (13 180 zł – 2024 rok, 32 380 zł – 2025 rok, 32 380 zł – 2026 rok, 20 200 zł – 2027 rok).

Przedstawiono koszty jednostkowe, roczne oraz odniesiono się do kosztów monitorowania i ewaluacji.

Program będzie finansowany ze środków własnych gminy Lubin.

Należy zauważyć, że w projekcie zaplanowano 1 spotkanie edukacyjne dla rodziców rocznie, a w budżecie zostało uwzględnionych 6 takich spotkań. Ponadto w kosztach jednostkowych projektu wskazano kwotę 400 zł za ww. wykład dla rodziców, natomiast w dalszych szacunkach kosztów rocznych uwzględniono kwotę 300 zł. Istnieje zatem nieścisłość w tej kwestii, co należy doprecyzować.

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

##### Problem zdrowotny

Otyłość według WHO jest definiowana jako nieprawidłowa lub nadmierna akumulacja tłuszczu, która stanowi zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Jest to przewlekła choroba metaboliczna wynikająca z zaburzeń homeostazy energii. U osób dorosłych, u których stwierdzono otyłość wskaźnik BMI 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, odczuwanie poczucia winy i bezradności, depresji, nadużywania alkoholu, leków lub narkotyków.

### Alternatywne świadczenia

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.) zawiera zapisy dotyczące kompleksowej oceny stanu zdrowia. Zgodnie z przepisami powinna być ona przeprowadzana u dzieci w ramach testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne m.in. w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w I klasie szkoły podstawowej), w III i V i VII klasie szkoły podstawowej, a także w I klasie ponadpodstawowej. Na wszystkich wymienionych etapach edukacji, w zakresie profilaktycznego badania lekarskiego przeprowadzane jest badanie przedmiotowe m.in. ze szczególnym uwzględnieniem oceny rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (BMI, ang. body mass index). Ponadto wykonywane jest podsumowanie badania, z określeniem poziomu i tempa rozwoju fizycznego ucznia, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), przystosowania szkolnego, kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego.

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

### Ocena technologii medycznej

#### *Podsumowanie wytycznych klinicznych*

#### *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 2022a, MQIC 2022b, ISPED, ISP 2018, USPSTF 2017, AAFP 2017, ES 2017, MoH NZ 2016, CTFPHC 2015). Dodatkowo diagnostyka nadwagi i otyłości powinna być oparta na wartościach centylowych współczynnika stosunku wagi do wzrostu (WtHR, ang. weight to height ratio) (ISPED, ISP 2018);
- Wywiad poprzedzający badania fizykalne powinien uwzględniać takie kwestie jak: historia rodziny, troska rodziców o masę ciała dziecka, wzorce żywieniowe (częstość spożywania posiłków poza domem, jedzenie śniadań, dobór odpowiednich warzyw i owoców, nadmierne porcje jedzenia, itp.), poziom aktywności fizycznej, aktualna kondycja psychiczna, sen, zażywanie leków, w tym suplementów diety (MQIC 2022b, MoH NZ 2016);
- 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:  $\geq 85$  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);  $\geq 95$  centyla dla wieku i płci (APA 2018, ES 2017, USPSTF 2017, AAFP 2017);  $> 98$ . centyla dla wieku i płci (MoH NZ 2016);  $> 99$ . centyla dla wieku i płci – ciężka otyłość (ISPED, ISP 2018);
- Każde dziecko z BMI  $\geq 85$ . centyla powinno być monitorowane m.in. pod względem powikłań nadwagi lub otyłości (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, MQIC 2022a, ES 2017);

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

### Dieta

- Rekomenduje się, aby dziecko w każdym okresie życia spożywało 3-5 posiłków o stałych porach, w tym codziennie śniadania (przy jednoczesnym braku podjadania między posiłkami). Zalecenia żywieniowe dotyczące zapobiegania rozwojowi nadwagi i otyłości wśród dzieci od momentu urodzenia oraz u dzieci po 1. roku życia są takie same, jak zalecenia żywieniowe dotyczące prawidłowego rozwoju i wzrastania zdrowych dzieci i młodzieży. Należy: dostosowywać energetyczność posiłków do potrzeb adekwatnych dla wieku; zalecać odpowiednio do wieku dziecka codzienne spożywanie warzyw i owoców oraz ograniczenie picia soków owocowych, zwłaszcza 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:  $\geq 5$  porcji warzyw i owoców, do 2 godzin poświęconych na rekreacyjnym przebywaniu przed ekranami np. telewizora,  $\geq 1$  godziny aktywności fizycznej, 0 napojów słodzonych (MQIC 2022a, MQIC 2022b). Należy promować jedzenie w domu (ISPED, ISP 2018).
- Należy zachęcać do wypracowywania odpowiednich nawyków żywieniowych – schematu żywieniowego opartego głównie na warzywach, owocach, fasoli i roślinach strączkowych, produktach pełnoziarnistych i rybach. Może to obejmować: zmniejszenie kaloryczności diety, ograniczenie konsumpcji posiłków typu fast food, posiłków „na wynos”, unikanie napojów słodzonych, zmniejszenie całkowitego spożycia tłuszczu, jedzenie śniadań (bez jednoczesnego zwiększenia przyjmowanej dziennie porcji kalorii), zwiększenie spożywania produktów bogatych w błonnik lub produktów pełnoziarnistych, ograniczenie spożycia mięsa i produktów mięsnych (średnio nie więcej niż 70 g czerwonego i przetworzonego mięsa dziennie) (NICE 2015b).

### Aktywność fizyczna

- W zapobieganiu rozwojowi nadwagi i otyłości bardzo ważną rolę odgrywa kształtowanie właściwych nawyków związanych z aktywnością fizyczną. Optymalny czas poświęcany na aktywność fizyczną wynosi 60 minut; rekomendacje wskazują, że aktywność ta powinna być podejmowana codziennie lub niemal codziennie (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, MQIC 2022a, ES 2017, MoH NZ 2016). Szczególnie zalecane formy ruchu to: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie. (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, ISPED, ISP 2018). Zwiększenie poziomu aktywności fizycznej można osiągnąć od 2-3 r.ż. poprzez aktywną zabawę, 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 związanego z rozwojem technologicznym wydłużającego się czasu spędzanego przed ekranami przez dzieci i młodzież zwiększoną aktywnością fizyczną (ES 2017). Czas spędzany przed ekranami nie powinien przekraczać 2 godzin dziennie w odniesieniu do dzieci  $>2$ . r.ż. (MQIC 2022a, MQIC 2022b, ISPED, ISP 2018, ES 2017, NICE 2015b).

### Edukacja



- Wszystkie działania ukierunkowane na zapobieganie nadmiernemu przyrostowi masy ciała, poprawę diety oraz poziomu aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży powinny aktywnie angażować ich rodziców oraz opiekunów (ES 2017, MoH NZ 2016, NICE 2015a, NICE 2015b).
- Edukacja kierowana do rodziców powinna podkreślać znaczenie roli modelowania przez nich zachowań zdrowotnych (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej (MQIC 2022a).
- Działania o charakterze informacyjnym oraz interwencje ukierunkowane na podnoszenie świadomości powinny być realizowane jako część długoterminowej, multikomponentowej interwencji, a nie w formie jednorazowych działań (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).

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

Rekomenduje się uwzględnianie szkół w programach prewencji otyłości. Działania, które powinny być prowadzone w warunkach szkolnych obejmują:

- wspieranie strategii personelu szkoły w zakresie wdrażania programów promocji zdrowia;
- poprawę 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;
- poprawę 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 2022b, ES 2017, USPSTF 2017, AAFP 2017):

- w przypadku stwierdzenia otyłości należy oferować dzieciom/młodzieży ( $\geq 6$  r.ż.) 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, zaplanowanych na 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).

#### Oczekiwane efekty

- U dzieci z rozpoznaniem nadwagi oraz u dzieci otyłych rodziców, należy wdrożyć działania, których celem jest utrzymanie stałej masy ciała w miarę zwiększania się wzrostu u młodszych dzieci oraz ułatwienie powolnej redukcji masy ciała u nastolatków (ok. 0,5 kg/mies.) (KLRwP/PTMR/PTBO 2018).
- Inne wskaźniki behawioralne (związane z dietą, stylem życia, sprawnością fizyczną lub jakością życia) mogą być brane pod uwagę, jeśli nie występuje istotne zmniejszenie BMI-SDS (ISPED, ISP 2018).

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

PREZES

Daniel Rutkowski

*/dokument podpisany elektronicznie/*

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146), z uwzględnieniem raportu zdrowotnej nr: OT.431.34.2024 „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci w gminie Lubin na lata 2024-2027” data ukończenia lipiec 2024, oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 104/2024 z dnia 8 lipca 2024 roku o projekcie programu „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci w gminie Lubin na lata 2024-2027”