



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 67/2024 z dnia 26 września 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego
wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów klas I-III szkół
podstawowych z terenu województwa warmińsko-mazurskiego”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów klas I-III szkół podstawowych z terenu województwa warmińsko-mazurskiego”, 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.

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.

Interwencje zaplanowane w projekcie znajdują uzasadnienie w odnalezionych wytycznych klinicznych.

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 uzupełnienia celu głównego oraz celów szczegółowych o uzasadnienie przyjętych wartości docelowych, doprecyzowania kryteriów włączenia i wyłączenia dla rodziców/opiekunów prawnych oraz odniesienia się do kosztów dotyczących monitorowania i ewaluacji.

Należy także mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W projekcie programu należy zatem opisać działania, które będą podejmowane, aby przeciwdziałać ryzyku podwójnego finansowania.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący nadwagi i otyłości wśród dzieci, uczęszczających do klas I-III szkół podstawowych z terenu województwa warmińsko-mazurskiego. Całkowity koszt programu oszacowano na 9 665 400 zł, zaś okres jego realizacji obejmuje lata 2025-2027.

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.

Zgodnie z danymi WHO nadwaga i otyłość wieku dziecięcego, na przestrzeni ostatnich 30 lat, osiągnęła rozmiary epidemii. W projekcie przedstawiono również dane WHO, zgodnie z którymi otyłością dotkniętych może być ponad miliard ludzi.

Odnosząc się do sytuacji epidemiologicznej w Polsce, zwrócono uwagę, że według danych Instytutu Żywności i Żywienia (IŻŻ) z 2018 r., polskie dzieci zaliczane są do najszybciej tyjących dzieci w Europie. W latach 70. XX wieku nadmierną masę obserwowano u mniej niż 10% uczniów, podczas gdy w ostatnich latach u ponad 22%. W 2018 r. nadwagę miało nawet 30,5% dzieci w wieku szkolnym. Największa zmiana dotycząca zbyt wysokiej masy ciała dotyczy chłopców w wieku 13-14 lat wzrost o 6,4 p.p. Dalej na podstawie raportów Najwyższej Izby Kontroli (NIK) wskazano, że w grupie uczniów z klas III i V odsetek uczniów z zaburzeniami masy ciała w kontrolowanych szkołach zwiększył się w ciągu 4 lat o ponad 5 p.p., tj. z 16,8% w roku szkolnym 2012/2013 do 22% w roku szkolnym 2015/2016.

W odniesieniu do sytuacji regionalnej, powołując się na dane IŻŻ za 2013 rok wskazano, że „w województwie warmińsko-mazurskim zamieszkiwało 21,4% dzieci w wieku szkolnym borykających się z nadwagą lub otyłością”. Przedstawiono również dane z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) z których wynika, że liczba pacjentów w wieku szkolnym 6-14 lat z rozpoznaniem głównym E66 (choroba spowodowana nadmierną podażą energii) wzrasta (1370 pacjentów w 2019 roku do 1470 pacjentów w 2023 roku).

W projekcie odniesiono się również do Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 (MPZ). Wskazano, że „w województwie warmińsko-mazurskim wzrósł udział wpływu wysokiego BMI i ryzyk żywieniowych na zgony, odpowiednio z 3,4 tys. do 3,9 tys. (zmiana wpływu czynnika ryzyka DALY – wartość na 100 tys. ludności)”.

W MPZ na lata 2022-2026 w ramach rekomendowanych kierunków działań z zakresu czynników ryzyka i profilaktyki dla województwa warmińsko-mazurskiego wskazano m.in. że „należy wzmocnić działania profilaktyczne, edukacyjne, które realizowane będą przez pielęgniarkę i lekarza POZ we współpracy z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania” oraz „należy dążyć do wzmocnienia roli członków rodziny we wdrażaniu nawyków prozdrowotnych i promocji zdrowia”.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „*obniżenie wartości wskaźnika BMI o co najmniej 3 centyle wśród co najmniej 20% uczestników programu, objętych wsparciem specjalistycznym (które ukończyły pełen cykl wsparcia) włączonych do programu w trakcie jego trwania*”. Cel główny powinien być precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Cel główny został sformułowany prawidłowo i znajduje odzwierciedlenie w obowiązujących rekomendacjach. Jednak nie wskazano uzasadnienia dla podanej wartości docelowej, co wymaga uzupełnienia.

W dokumencie wskazano 3 cele szczegółowe:

- (1) „*zwiększenie wykrywalności otyłości i nadwagi wśród dzieci objętych badaniem przesiewowym*”,
- (2) „*podniesienie poziomu wiedzy w zakresie zdrowego trybu życia oraz profilaktyki nadwagi i otyłości, mierzonej na podstawie pre-testu i post-testu (90% poprawnych odpowiedzi) wśród 30% dzieci uczestniczących w interwencji specjalistycznej*”,
- (3) „*podniesienie poziomu wiedzy w zakresie zdrowego trybu życia oraz profilaktyki nadwagi i otyłości, mierzonej na podstawie pre-testu i post-testu (90% poprawnych odpowiedzi) wśród 30% rodziców/opiekunów prawnych uczestniczących w interwencji specjalistycznej*”.

Cel szczegółowy nr 1 nie odnosi się do efektu zdrowotnego. Cele szczegółowe nr 2 i 3 odnoszące się do wzrostu wiedzy wydają się możliwe do osiągnięcia ze względu na zaplanowane działania edukacyjne. W projekcie programu zaplanowano także pomiar wzrostu wiedzy uczestników PPZ oraz ich rodziców/opiekunów prawnych za pomocą przeprowadzania pre- i post-testów. 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 90% poprawnych odpowiedzi w teście. Należy jednak podkreślić, że nie przedstawiano uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych. Kwestia ta wymaga uzupełnienia.

W dokumencie wskazano 4 mierniki efektywności:

- (1) „*odsetek dzieci z nadwagą lub otyłością, u których doszło do obniżenia wartości wskaźnika BMI o co najmniej 3 centyle, wśród osób, które zakończyły pełen cykl wsparcia specjalistycznego*”,
- (2) „*liczba osób u których dokonano rozpoznania nadwagi i otyłości wśród osób poddanych badaniom przesiewowym*”,
- (3) „*odsetek dzieci, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 90% poprawnych odpowiedzi w teście) względem wszystkich dzieci, które wypełniły pre-test*”,
- (4) „*odsetek rodziców/opiekunów prawnych, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 90% poprawnych odpowiedzi w teście), względem wszystkich rodziców/opiekunów prawnych, którzy wypełnili pre-test*”.

Zaproponowane w projekcie mierniki efektywności w większości zostały zaplanowane prawidłowo i odnoszą się bezpośrednio do zaplanowanych celów programu. Natomiast miernik nr 2 może zostać wykorzystany w ramach ewaluacji.

Populacja docelowa

Populację docelową programu będą stanowić dzieci uczęszczające do klas I-III szkół podstawowych, zamieszkujące na terenie województwa warmińsko-mazurskiego. Ponadto, programem zostaną objęci również rodzice/opiekunowie prawni dzieci w zakresie działań informacyjno-edukacyjnych i wsparcia specjalistycznego. Powołując się na dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), oszacowano liczebność populacji kwalifikującej się do udziału w programie na 84 832 uczniów. Dane przedstawione przez wnioskodawcę są zgodne z danymi pozyskanymi przez analityka z GUS.

Zgodnie z treścią PPZ, w trakcie trwania 3-letniego PPZ, tj. w latach 2025-2027 badaniami przesiewowymi (I etap programu) objętych zostanie 29 744 osób, co stanowi ok. 35% populacji docelowej. W odniesieniu do uzasadnienia przyjętej wartości liczbowej wskazano, że „wysokość wskaźnika populacji osób objętych badaniem przesiewowym została określona w wyniku m.in. z obserwacji już zaopiniowanych programów polityki zdrowotnej (PPZ) oraz przede wszystkim ograniczeń nałożonych przez środki finansowe przeznaczone na wdrożenie programu”. W ramach wsparcia specjalistycznego (interwencji multikomponentowej) zaplanowano udział 1 683 osób. Dodatkowo wskazano, że działaniami informacyjno-edukacyjnymi objętych zostanie co najmniej 270 szkół podstawowych z terenu województwa.

W projekcie określono kryteria włączenia i wyłączenia. Nie przedstawiono jednak kryteriów włączenia i wyłączenia dla rodziców/opiekunów prawnych biorących udział w etapie specjalistycznym, co należy uzupełnić.

Interwencja

W projekcie programu zaplanowano działania informacyjno-edukacyjne, badania przesiewowe oraz wsparcie specjalistyczne.

Działania informacyjno-edukacyjne

Działania informacyjno-edukacyjne przewidziane w ramach programu obejmują przeprowadzenie wykładów/warsztatów skierowanych do wszystkich odbiorców programu oraz ogółu populacji dzieci i młodzieży. Odbędą się na terenie danej szkoły w porozumieniu z dyrekcją danej placówki. Podkreślono, że będą przeprowadzone przez profesjonalną kadrę dydaktyczną. Planowane jest przeprowadzenie min. 1 spotkania rocznie (min. 45 min.) w każdej ze szkół podstawowych z terenu województwa objętej programem. Tematyka wykładu/warsztatów dotyczyć będzie kwestii zdrowego żywienia, zapobiegania nadwadze i otyłości, zdrowego stylu życia, kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych.

W ramach wsparcia specjalistycznego również odbędą się warsztaty dla dzieci jak i rodziców/opiekunów prawnych. Warsztaty będą dotyczyć odżywiania i przygotowywania zdrowych posiłków. Planowane jest przeprowadzenie warsztatów kulinarnych w połączeniu z edukacją 5 spotkań każde po 2 godziny (łącznie min 10 godz.). Odbędą się również spotkania edukacyjno-terapeutyczne (wyłącznie dla rodziców/opiekunów prawnych) z zakresu budowania kompetencji rodzicielskich dotyczące takich tematów jak: sposób rozmowy z dzieckiem o nadmiarze masy ciała, budowanie poczucia własnej wartości u dziecka oraz zdrowy styl życia. Spotkania odbędą się również w wymiarze 5 spotkań każde po 2 godziny (łącznie min. 10 godz.).

Badania przesiewowe

W ramach badań przesiewowych w kierunku nadwagi i otyłości, wśród wszystkich uczniów kwalifikujących się do udziału w programie, przeprowadzone zostaną pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost, wskaźnik BMI). Podkreślono, że nadwaga lub otyłość będzie diagnozowana na podstawie wskaźnika masy ciała BMI w oparciu o siatki centylowe (uwzględniając wiek i płeć dziecka). Badania odbywać się będą w szkołach bądź innym miejscu wskazanym przez beneficjenta i zostaną przeprowadzone przez wykwalifikowany personel medyczny/pielęgniarkę szkolną, z zachowaniem prawa do intymności.

Wsparcie specjalistyczne (interwencja multikomponentowa)

W programie zaplanowano wsparcie specjalistyczne, którym zostaną objęte dzieci z nadwagą lub otyłością wyłonione w badaniach przesiewowych. W ramach tej interwencji przewidziano przeprowadzenie konsultacji lekarskich, dietetycznych, psychologicznych i z zakresu aktywności fizycznej.

Konsultacje lekarskie

Konsultacje lekarskie obejmą 5 spotkań w wymiarze 60 minut. Celem pierwszej konsultacji lekarskiej, która odbędzie się w pierwszym miesiącu udziału w programie będzie m.in. przeprowadzenie pogłębionego wywiadu medycznego w kierunku oceny ryzyka wystąpienia nadwagi i otyłości u dziecka, omówienie wyników badań antropometrycznych oraz ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka, przedstawienie rekomendacji medycznych dotyczących dalszego postępowania, a także wprowadzenie do dalszych interwencji. Celem każdej kolejnej konsultacji jest monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem problemu nadwagi lub otyłości oraz ich konsekwencji zdrowotnych. Odbędą się one kolejno w 3-6-9-12 miesiącu realizacji programu. Z kolei ostatnia wizyta będzie wizytą podsumowującą.

Konsultacje dietetyczne

Konsultacje dietetyczne obejmą 5 spotkań w wymiarze 60 minut. Celem pierwszej konsultacji dietetycznej będzie m.in. przeprowadzenie pogłębionego wywiadu dietetycznego w kierunku oceny zachowań żywieniowych 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. Celem każdej kolejnej konsultacji będzie przeprowadzenie pomiaru masy ciała, edukacja w obszarze zasad zdrowego odżywiania, modyfikacja jadłospisu oraz monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów żywieniowych związanych z nadwagą lub otyłością.

Konsultacje psychologiczne

Na konsultacje psychologiczne z psychologiem składać się będzie 5 spotkań każde w wymiarze 60 minut. 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. Podczas konsultacji przeprowadzona 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. Celem każdej kolejnej konsultacji będzie praca nad zmianą zachowań, wykorzystująca metody behawioralne oraz monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów psychologicznych związanych z nadwagą lub otyłością.

Konsultacje z zakresu aktywności fizycznej

W projekcie zaplanowano 5 konsultacji ze specjalistą aktywności fizycznej w wymiarze 60 minut. Celem pierwszej konsultacji będzie m.in. omówienie zaleceń dot. aktywności fizycznej oraz przedstawienie obowiązujących rekomendacji (dla dzieci 60 min. dziennie umiarkowanej do intensywnej 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 dot. dalszego postępowania. Celem każdej kolejnej konsultacji z zakresu aktywności fizycznej będzie natomiast 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.

Należy wskazać, że zaplanowana w projekcie interwencja multikomponentowa obejmuje zalecane przez USPSTF i inne organizacje 26 h kontaktowych, co jest działaniem zasadnym.

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 prowadzona na podstawie rocznych sprawozdań realizatora oraz całościowo po zakończeniu programu. Analizie poddana zostanie: „liczba osób objętych programem polityki zdrowotnej”, „liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej”, „liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów)”, „liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej”, „odsetek osób uczestniczących w programie w stosunku do wszystkich osób kwalifikujących się do programu” oraz „liczba uczestniczących w procesie edukacji”. Należy zaznaczyć, że przedstawione przez wnioskodawcę 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.

Ocena efektywności programu obejmie analizę: „odsetka osób, u których doszło do zmian poziomu BMI o 3 centyle”, „odsetka rodziców, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych ramach działań edukacyjnych” oraz „odsetka dzieci, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych”.

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 placówkami POZ, organizacjami pozarządowymi, szkołami podstawowymi oraz lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe).

Całkowity budżet programu oszacowano na 9 665 400 zł.

Przedstawiono koszty jednostkowe programu. Nie odniesiono się jednak do kosztów monitorowania i ewaluacji, co wymaga uzupełnienia.

Program będzie finansowany ze środków Funduszu Europejskiego dla Warmii i Mazur na lata 2021-2027, budżet państwa lub środki województwa warmińsko-mazurskiego.

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 25 kg/m². 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.

Wysokość ciała i BMI zdrowych dzieci można także wyrażać w postaci BMI z-score (BMI SDS, body mass index standard deviation score) posługując się układem odniesienia WHO. Siatki centylowe dla oceny rozwoju są najczęściej stosowane przez lekarzy pediatrów, pielęgniarki, rodziców. Natomiast w badaniach naukowych bardziej miarodajna jest ocena dokonywana na podstawie z-score. W ramach projektów badawczych OLAF oraz OLA opracowano normy w postaci siatek centylowych (centyle: 3-5-10-15-25-50-75-85-90-95-97) dla płci i wieku dzieci i młodzieży w wieku 3-18 lat, reprezentatywnych dla populacji polskiej (siatki centylowe wysokości ciała, masy ciała, wskaźnika masy ciała [BMI]).

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).

Definiowanie oraz kryteria stwierdzenia nadwagi i otyłości:

- Rozpoznawanie nadwagi – wartość BMI w zakresie: ≥ 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).

- 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 dosładzanych; 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 niedosładzanie 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 (≥ 6 r.ż.) kompleksowe, zintensyfikowane interwencje behawioralne mające na celu redukcję masy ciała (≥ 26 godzin kontaktowych), obejmujące m.in. sesje skierowane zarówno do rodziców, jak i dzieci (prowadzone oddzielnie, razem lub w obu ww. trybach), oferowanie indywidualnych sesji (zarówno rodzinnych, jak i grupowych), dostarczanie informacji nt. zdrowego odżywiania, bezpiecznego wykonywania ćwiczeń, czytania etykiet produktów spożywczych zachęcanie do wykorzystywania kontroli bodźców (np. ograniczanie dostępu do kuszących produktów spożywczych, ograniczenie czasu spędzanego przed ekranami) (USPSTF 2017, 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).

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa

Zależność pomiędzy prowadzeniem skryningu w wieku dziecięcym, a występowaniem nadwagi/otyłości w wieku dorosłym:

Zgodnie z wynikami przeglądu systematycznego Simmonds 2015 w odniesieniu do występowania otyłości w wieku dorosłym:

- związek pomiędzy otyłością występującą w okresie dzieciństwa (≥ 95 centyla) oraz otyłością występującą w dorosłości (wiek: ≥ 20 lat) był silny – w przypadku otyłych dzieci utrzymanie się otyłości również w wieku dorosłym jest 5 razy bardziej prawdopodobne niż w przypadku dzieci nieotyłych (oszacowane w analizie łączonych danych ryzyko względne (RR)=5,21 [95% CI: 4,50;6,02]. Nie odnotowano widocznej różnicy w ww. RR pomiędzy młodszymi oraz starszymi grupami wiekowymi;
- otyłość utrzymuje się od okresu dzieciństwa do wieku młodzieńczego – w przypadku około połowy otyłych dzieci, otyłość występowała także w wieku młodzieńczym. Otyłość utrzymuje się także od okresu młodzieńczego do wieku dorosłego – około 80% otyłych nastolatków było nadal otyłych w okresie dorosłości, ok. 70% było otyłych także po 30. r.ż. Brak było danych nt. utrzymywania się otyłości po 40. r.ż.;
- w odniesieniu do wykrywania otyłości występującej w dorosłości, BMI mierzone w dzieciństwie charakteryzuje się słabą czułością - u 70% otyłych dorosłych otyłość nie występowała w dzieciństwie/młodości, a u 80% otyłych osób w wieku powyżej 30 lat otyłość nie występowała

w okresie młodości (analiza dotycząca wpływu nadwagi (≥ 85 centyla) u dzieci na wystąpienie otyłości lub nadwagi w wieku dorosłym dały podobne rezultaty).

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

- Największy wpływ (41%) na wielkość uzyskanego efektu, miały wyniki otrzymane w ramach realizacji australijskiego programu Romp & Chomp (MD = -0,04 [95% CI -0,06; -0,02]). Program trwał przez 4 lata, adresowany był do dzieci poniżej 5 r.ż. i obejmował działania ukierunkowane na rodziny, realizowane w żłobkach, przedszkolach itp. W ramach programu m.in. przeprowadzono szkolenia dla personelu medycznego i stomatologicznego (mające na celu wdrożenie zintegrowanego podejścia do promocji zdrowia w przedszkolach), dla osób pracujących z małymi dziećmi (mające na celu wzmocnienie działań z zakresu zdrowego żywienia i podejmowania aktywnych zabaw). Ponadto program obejmował m.in. dystrybucję materiałów akcydensowych, działania wspierające promocję zdrowia (e-maile, telefony i wizyty), włączenie szkoleń z zakresu realizacji aktywnych zabaw w ramach szkoleń zawodowych dla pracowników placówek sprawujących opiekę nad małymi dziećmi i współpracy międzysektorową. W wyniku przeprowadzonych interwencji zaobserwowano:
 - znaczące zmniejszenie spożycia niezdrowej żywności:
 - dzienne spożycie pakowanych przekąsek grupa badana vs. kontrolna, współczynnik regresji = -0,23 [95% CI -0,44; -0,33], $p=0,03$,
 - dzienne spożycie syropów cukrowych grupa badana vs. kontrolna, współczynnik regresji = -0,43 [95% CI -0,73; -0,13], $p=0,005$;
 - znaczące zwiększenie konsumpcji zdrowych produktów :
 - dzienne spożycie warzyw na początku badania vs. po 3 latach w grupie badanej, współczynnik regresji = 0,41 [95% CI 0,30; 0,51], $p<0,001$;
 - dzienne spożycie owoców na początku badania vs. po 3 latach w grupie badanej, współczynnik regresji = 0,52 [95% CI 0,42; 0,61], $p<0,001$;
 - dzienne spożycie wody na początku badania vs. po 3 latach w grupie badanej, współczynnik regresji = 0,11 [95% CI 0,02; 0,20], $p=0,02$;
 - istotny, pozytywny wpływ na czas spędzany przed TV (współczynnik regresji -0,03 minut/dziennie [95% CI -0,04; -0,02], $p<0,001$ w grupie badanej w porównaniu z kontrolną w 3 roku realizacji) (Specchia 2018, de Silva-Sanigorski 2010).
- W ramach programu APPLE (A Pilot Programme for Lifestyle and Exercise) realizowanego w populacji między 5 a 12 r.ż., do każdej ze szkół stanowiących grupę interwencyjną, przypisano tzw. koordynatorów aktywności społecznej (Community Activity Coordinators), którzy odpowiedzialni byli m.in. za opracowanie tzw. „programu aktywności” dla danej społeczności lokalnej, celem zachęcenia wszystkich dzieci do podejmowania nieznacznie większej aktywności fizycznej niż dotychczas, poprzez poszerzenie zakresu form aktywności dostępnych w szkołach. W wyniku realizacji ww. programu odnotowano:
 - znaczącą redukcję spożycia przez dzieci napojów gazowanych (redukcja o 33% w porównaniu z grupą kontrolną [$P=0,04$]), soków owocowych i napojów (redukcja o 30% w porównaniu z grupą kontrolną [$P=0,03$]),
 - większe spożycie owoców (różnica między grupą badaną a kontrolną = 0,8 [95% CI 0,5; 1,1], $P<0,01$),
 - zwiększenie czasu spędzanego na aktywności fizycznej w pierwszym roku okresu obserwacji (różnica między grupą badaną a kontrolną wynosiła:
 - -0,91 [95% CI -0,85; -0,97], $p=0,007$ – czas spędzany na aktywnościach siedentarnych,

- 1,07 [95% CI 1,03; 1,12], p=0,001 – czas spędzany na umiarkowanej aktywności,
- 1,10 [95% CI 1,02; 1,18], p=0,01 – czas spędzany na umiarkowanej/energicznej aktywności) (Specchia 2018, Taylor 2006, 2007, 2008).

Opinie ekspertów klinicznych

Według ekspertów PPZ z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w podstawowej opiece zdrowotnej, finansowane ze środków publicznych, optymalnie powinny trwać minimum 1 rok, być nakierowane na rodziców i dzieci oraz zawierać różnorodne interwencje w ramach programu być realizowane przez różnych świadczeniodawców (lekarz, pielęgniarka, dietetyk, psychoterapeuta, fizjoterapeuta) za pomocą różnych form przekazu.

Programy polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży powinny być finansowane ze środków samorządów i ministrów m.in. ze względu na: dużą częstość (na podstawie danych epidemiologicznych) występowania problemu nadwagi i otyłości u dzieci oraz niepokojący trend wzrostowy, powikłania i konsekwencje zdrowotne otyłości, brak zespołów multidyscyplinarnych, w składzie których potrzebni są dietetycy, psychologowie i fizjoterapeuci specjalizujący się w leczeniu otyłości. PPZ powinny być realizowane zarówno na poziomie ogólnokrajowym, jak i samorządowym, z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności.

Zakres tematyczny edukacji powinien obejmować: przyczyny otyłości u dzieci i młodzieży (z naciskiem na emocjonalne przyczyny otyłości tzw. „zajadanie stresu” czy nadmierowe jedzenie jako objaw depresji u dzieci i młodzieży); skutki otyłości, braku aktywności fizycznej i niezdrowej diety; promowanie zdrowego stylu życia – prawidłowej diety (w tym ograniczenia pokarmów bogatych w tłuszcze, cukier oraz sól) i większej aktywności fizycznej oraz zmiany wzorców zachowań; zindywidualizowane poradnictwo specjalistyczne dietetyczne, psychologiczne, fizjoterapeutyczne; promowanie aktywnego udziału rodziców w zmianach nawyków dzieci. Zakres prowadzonej edukacji zdrowotnej należy dostosować do wieku dzieci i młodzieży oraz poziomu wiedzy pozostałych odbiorców (np. rodziców, personelu szkoły). Jej efektem powinna być trwała zmiana zachowań dzieci w odniesieniu m.in. do: zwiększenia spożycia owoców i warzyw, zmniejszenia spożycia słodzonych napojów, redukcji spożycia produktów bogatych w tłuszcze, nasycone kwasy tłuszczowe, sól i cukier, ograniczenia czasu spędzanego przed telewizorem i innymi monitorami, zwiększenia udziału w zajęciach sportowych oraz wzrostu częstości korzystania z aktywnych sposobów dotarcia do szkoły.

Odbiorcami działań edukacyjnych powinni być: rodzice i dzieci oraz młodzież, szczególnie z grup ryzyka nadwagi i otyłości (niemowlęta, dzieci i młodzież w wieku przedszkolnym i szkolnym); rodzice i dzieci oraz młodzież ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością (dzieci i młodzież w wieku przedszkolnym i szkolnym), a także nauczyciele.

Mając na uwadze opinię eksperta edukacja powinna być prowadzona poprzez: dyskusję, porady indywidualne i grupowe (kontakt bezpośredni z profesjonalistami w przedszkolach, szkołach), wizyty kontrolne u lekarzy pediatrów, filmy instruktażowe, materiały informacyjne (w tym plakaty, broszury, ulotki o programie), środki masowego przekazu (w tym strony internetowe, media społecznościowe, prasa), konferencje, pikniki, konkury, warsztaty oraz przy użyciu aplikacji mobilnych.

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

Z upoważnienia Prezesa

ZASTĘPCA PREZESA

Anna Kowalczyk

/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.431.58.2024 „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów klas I-III szkół podstawowych z terenu województwa warmińsko-mazurskiego” data ukończenia wrzesień 2024, oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 153/2024 z dnia 23 września 2024 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów klas I-III szkół podstawowych z terenu województwa warmińsko-mazurskiego”