



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 84/2024 z dnia 2 grudnia 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi
i otyłości u dzieci z terenu województwa łódzkiego”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „*Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci z terenu województwa łódzkiego*”, 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 drobne uchybienia, które wymagają korekty w celu zachowania wysokiej jakości. W związku z tym należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, w szczególności dotyczące doprecyzowania kryteriów kwalifikacji.

W projekcie w ramach kampanii informacyjno-edukacyjnej zaplanowano współpracę ze szkołami w celu rozpowszechniania informacji o programie co powinno ułatwić dotarcie do jak najszerszego grona potencjalnych uczestników. Dodatkowo, mając na uwadze wytyczne kliniczne, sugeruje się zintensyfikowanie zaangażowania szkół w realizację programu poprzez wsparcie działań edukacyjnych oraz organizację środowiska funkcjonowania uczniów pozwalającego na utrwalenie poprawnych nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej (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; 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). Na podstawie doświadczeń innych JST tematy jakie mogą być poruszone w ramach zajęć w szkole w zakresie nadwagi i otyłości to m.in. zasady prawidłowego żywienia, piramida zdrowego żywienia, znaczenie codziennej aktywności fizycznej, zasady korzystania telewizji, z komputera i innych urządzeń elektronicznych, a także znaczenie snu w codziennym życiu. Dodatkowo mogły by zostać zorganizowane warsztaty kulinarne bądź edukacyjno-sportowe półkolonie dla dzieci dotkniętych przedstawionym problemem zdrowotnym.

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 w wieku 10 lat z terenu województwa łódzkiego. Całkowity koszt programu oszacowano na 1 807 000 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 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 odnosi się do złożonego problemu zdrowotnego, jakim jest nadwaga oraz otyłość wśród dzieci. W projekcie programu przedstawiono szczegółowe informacje z ww. zakresu, odnosząc się m.in. do definicji, etiologii, czynników ryzyka oraz możliwych powikłań. Odniesiono się także do sposobów oceny stopnia otyłości w populacji dzieci i młodzieży wskazując zastosowanie siatek centylowych dla BMI.

Oceniany projekt zawiera stosowne referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowano treść problemu zdrowotnego.

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

Zwrócono uwagę, że częstość występowania nadwagi (w tym otyłości) na świecie wśród dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat wzrosła dramatycznie z zaledwie 8% w 1990 r. do 20% w 2022 r. Przytaczając dane Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości wskazano, że w Polsce nadwaga lub otyłość występują u 12,2% chłopców i 10% dziewcząt w wieku przedszkolnym oraz 18,5% chłopców i 14,3% dziewcząt w wieku szkolnym.

W odniesieniu do sytuacji regionalnej, powołując się na dane GUS, wskazano, że „analiza różnic rozkładów masy ciała w poszczególnych województwach wskazuje, że w województwie łódzkim 59,2% osób w wieku 15 lat i więcej miało nadmierną masę ciała. Łódzkie zajmowało tym samym niechlubne 3 miejsce w kraju pod względem odsetka osób w wieku 15 lat i więcej z nadwagą i otyłością (po woj. śląskim - 61,9% i lubuskim - 59,3%)”.

W zakresie danych regionalnych, przytoczono dane Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego wskazując, że liczba dzieci w wieku 0-18 lat objętych czynną opieką lekarza POZ z powodu otyłości w woj. łódzkim

w 2021 r. wynosiła 5 142, a w 2022 r. 4 759. Przytoczono także dane Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na temat pacjentów w wieku 0-18 lat, którym udzielono świadczeń w AOS ze sprawozdanym rozpoznaniem E65-E66. Podkreślono, że w 2023 r. liczba ta wyniosła 860, w tym ponad połowę (51%) stanowiły dzieci w wieku 10-14 lat. Wskazano także, że liczba pacjentów w wieku 0-18 lat z rozpoznaniem leczonych w AOS z powodu otyłości w latach 2021-2023 wynosiła 1 979. Z kolei liczba pacjentów w wieku 0-18 lat z rozpoznaniem hospitalizowanych z powodu otyłości w latach 2021-2023 wynosiła 1 046.

W projekcie odniesiono się również do Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 (MPZ). Wskazano, że „jednym z elementów monitorowania stanu zdrowia populacji, a także skutecznego zapobiegania chorobom jest ocena wpływu czynników ryzyka. Możliwość eliminacji lub zmniejszenia narażenia na czynnik związany z wystąpieniem danego problemu zdrowotnego powoduje obniżenie zachorowalności i w rezultacie wpływa na długość i jakość życia”. Podkreślono także, że „rekomendowanym kierunkiem działań jest m.in. podjęcie skutecznych działań z zakresu promowania prawidłowego sposobu odżywiania i zapobiegania nadwadze i otyłości (szczególnie wśród mężczyzn oraz dzieci i młodzieży)”.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości (redukcja o co najmniej 2 jednostki BMI w ciągu roku w stosunku do początkowego wyniku badania antropometrycznego, wykonanego na pierwszej wizycie) wśród co najmniej 40% dzieci w wieku 10 lat (biorąc pod uwagę rok urodzenia przy włączeniu do Programu) z problemem nadwagi i otyłości z terenu województwa łódzkiego w latach 2025-2027 poprzez przeprowadzenia kompleksowych interwencji w zakresie profilaktyki i redukcji nadwagi i otyłości”. Cel główny powinien być precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Cel główny został sformułowany prawidłowo i znajduje odzwierciedlenie w obowiązujących rekomendacjach. Wskazano także uzasadnienie dla podanej wartości docelowej, co jest działaniem prawidłowym.

W dokumencie wskazano 4 cele szczegółowe:

- (1) „uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie zdrowego stylu życia, w tym zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej u co najmniej 70% dzieci uczestniczących w programie, w latach 2025-2027 (minimum 75% poprawnych odpowiedzi w pre-i post-teście oznacza wysoki poziom wiedzy; czyli uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy będzie miało miejsce, w sytuacji gdy uczestnik będzie miał minimum 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście, a w pre-teście poniżej 75%, a utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy – minimum 75% poprawnych odpowiedzi w pre-i post-teście)”
- (2) „uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie zdrowego stylu życia, w tym zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej u co najmniej 70% rodziców/opiekunów uczestniczących w programie, w okresie objętym programem (minimum 80% poprawnych odpowiedzi w pre-i post-teście oznacza wysoki poziom wiedzy, czyli uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy będzie miało miejsce, w sytuacji gdy uczestnik będzie miał minimum 80% poprawnych odpowiedzi w post-teście, a w pre-teście poniżej 80%, a utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy – minimum 80% poprawnych odpowiedzi w pre- i post-teście)”
- (3) „poprawa sposobu odżywiania w odniesieniu do stanu początkowego lub utrzymanie prawidłowego sposobu odżywiania u co najmniej 60% dzieci uczestniczących w programie, w latach 2025-2027 (efekt zdrowotny oceniony na podstawie kwestionariusza; załącznik D do programu)”
- (4) „zwiększenie częstości stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu aktywności fizycznej lub ich utrzymanie wśród 60% dzieci objętych interwencją z zakresu aktywności ruchowej, w latach 2025-2027 (efekt zdrowotny oceniony na podstawie kwestionariusza; załączniki E do programu)”

Cele szczegółowe wydają się możliwe do osiągnięcia ze względu na zaplanowane działania. W przypadku celów 1 i 2 zaplanowano pomiar wzrostu wiedzy uczestników PPZ oraz ich rodziców/opiekunów prawnych za pomocą przeprowadzania pre- i post-testów w zakresie zdrowego stylu życia, w tym zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej, a także odnoszące się do pomiaru poprawy stanu odżywiania uczestników oraz zwiększenia częstości stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu aktywności fizycznej. W odniesieniu do celów nr 3 i 4 zaplanowano kwestionariusze pozwalające na weryfikację tych parametrów przed i po przeprowadzeniu działań. Cele szczegółowe sformułowano w sposób prawidłowy oraz przedstawiono uzasadnienie do przyjętych wartości docelowych.

W dokumencie wskazano 5 mierników efektywności:

- (1) „liczba dzieci, u których w trakcie trwania programu doszło do redukcji nadwagi i otyłości (redukcji BMI o 2 jednostki). Przewidywana wartość do osiągnięcia: redukcja BMI o 2 jednostki BMI w stosunku do pomiaru początkowego przeprowadzone go na pierwszej wizycie lekarskiej”,
- (2) „odsetek dzieci, które zwiększyło lub utrzymało wysoki poziom wiedzy na temat zdrowego stylu życia. Przewidywana wartość do osiągnięcia: 70%”,
- (3) „odsetek rodziców/opiekunów, którzy zwiększyli lub utrzymali wysoki poziom wiedzy na temat zdrowego stylu życia. Przewidywana wartość do osiągnięcia: 70%”,
- (4) „odsetek dzieci, u których odnotowano poprawę sposobu odżywiania lub które utrzymały prawidłowy sposób odżywiania. Przewidywana wartość do osiągnięcia: 60%”,
- (5) „odsetek dzieci, u których odnotowano zwiększenie częstości stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu aktywności fizycznej lub ich utrzymanie. Przewidywana wartość do osiągnięcia: 60%”.

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

Populacja docelowa

Populację docelową programu będą stanowić dzieci w wieku 10 lat z terenu województwa łódzkiego (urodzone w 2015 r. i w 2016 r.) z problemem nadmiernej masy ciała. Podkreślono, że w dniu 31.12.2023 r. wg danych GUS liczba ludności w województwie łódzkim wynosiła 2 362 519 osób, w tym było 22 551 dzieci w wieku 10 lat (11 508 chłopców i 11 043 dziewczynek). Przedstawione dane zostały zweryfikowane i nie budzą zastrzeżeń.

Zgodnie z treścią PPZ, przewiduje się objęcie interwencjami ok. 500 dzieci z problemem nadwagi i otyłości, tj. 10% populacji docelowej oraz ok. 500 rodziców/opiekunów dzieci. Zaznaczono, że w 2025 r. zostanie włączonych do programu ok. 250 dzieci z nadwagą lub otyłością urodzonych w 2015 r. Wskazano, że interwencje u dzieci z tego rocznika będą prowadzone w latach 2025-2026. Natomiast w 2026 r. zostanie włączonych do programu ok. 250 dzieci z nadwagą lub otyłością urodzonych w 2016 roku. Wskazano, że interwencje u dzieci z tego rocznika będą prowadzone w latach 2026-2027. W treści projektu podkreślono także, że w ww. okresie czasu zostaną objęci programem także rodzice/opiekunowie dzieci danego rocznika.

W projekcie określono kryteria włączenia i wyłączenia. Należy zaznaczyć, że jedno z kryteriów kwalifikacji tj. kryterium „problem z nadmierną masą ciała” zostało sformułowane w sposób zbyt ogólny. Nie doprecyzowano jak definiowany będzie „problem z nadmierną masą ciała”. Powyższe kryterium wymaga uszczegółowienia.

Interwencja

W projekcie programu zaplanowano przeprowadzenie działań informacyjno-promocyjnych, konsultacji lekarskiej kwalifikacyjnej wraz z edukacją zdrowotną oraz mulidyscyplinarnej interwencji

obejmującej: porady dietetyczne, wsparcie psychologiczne oraz zajęcia aktywności fizycznej wraz z edukacją zdrowotną.

Konsultacje lekarskie

W ramach programu przewidziano 3 konsultacje przypadające na 1 uczestnika (łącznie 3 godziny kontaktowe).

Pierwsza konsultacja lekarska kwalifikacyjna wraz z edukacją zdrowotną

W opisie projektu zaznaczono, że pierwsza konsultacja lekarska będzie się składać z ukierunkowanego wywiadu z rodzicami/opiekunami dziecka oraz badania przedmiotowego, które obejmie co najmniej ocenę stanu ogólnego dziecka, w tym dokonanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi oraz ocenę stopnia dojrzewania płciowego.

Druga konsultacja lekarska

Druga konsultacja lekarska powinna zostać przeprowadzona w połowie procesu leczenia. Podkreślono, że wizyta będzie miała na celu monitorowanie przebiegu leczenia i ocenę stanu dziecka. Wskazano, że lekarz dokona analizy wpływu dotychczas przeprowadzonych interwencji na stan zdrowia dziecka.

Trzecia konsultacja lekarska

Zaznaczono, że trzecia konsultacja lekarska będzie zamykała ścieżkę programu. Podkreślono, że będzie to ostatnia planowana interwencja. Wskazano, że lekarz dokona oceny rozwoju somatycznego dziecka (pomiaru antropometrycznego, wykona pomiar ciała i wzrostu, obliczy BMI oraz oceni tę wartość w odniesieniu do obowiązujących siatek centylowych: Ola i Olaf), a także przeprowadzi analizę wpływu przeprowadzonych interwencji w ramach programu na stan zdrowia dziecka. Wskazano także, że rodzicom/opiekunom prawnym zostanie przekazana informacja dotycząca wyników pomiarów przeprowadzonych w ramach programu. Podkreślono, że lekarz przekaze również zalecenia odnośnie dalszego postępowania poza programem.

Na zakończenie udziału w programie, dzieci i ich rodzice/opiekunowie zostaną poproszeni o wypełnienie post-testu mającego na celu sprawdzenie, czy zaplanowana edukacja zdrowotna zakończyła się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy w zakresie zdrowego stylu życia u dzieci i ich rodziców/opiekunów.

Mulidyscyplinarna interwencja

W ramach multidyscyplinarnej interwencji zaplanowano porady dietetyczne, wsparcie psychologiczne oraz zajęcia aktywności fizycznej wraz z edukacją zdrowotną.

Indywidualne porady dietetyczne

W ramach programu przewidziano do 12 porad dietetycznych na 1 uczestnika (12 godzin kontaktowych). W treści projektu wskazano, że pierwsza wizyta obejmie wywiad zdrowotny i żywieniowy. Zaznaczono, że niezależnie do wywiadu dietetyk powinien zadać rodzicom/opiekunom dziecka pytania zawarte w krótkim kwestionariuszu dotyczącym sposobu odżywiania dziecka i zaznaczyć odpowiedzi udzielone przez rodzica/opiekuna. Zgodnie z treścią projektu zaplanowano następnie dokonanie pomiaru wzrostu i masy ciała, w tym określenie BMI (siatki centylowe). W ramach kolejnego etapu zaplanowano edukację zdrowotną dotyczącą zdrowego stylu życia skierowaną do rodziców/ opiekunów. Zaznaczono także, że w trakcie porady będzie miało miejsce przekazanie rodzicom/opiekunom dzienniczka żywieniowego, z prośbą o zapisywanie przez nich informacji o rodzaju i ilości spożywanych produktów przez ich dzieci w określonym czasie. Następnie wskazano na określenie przez dietetyka realistycznego celu leczenia dietetycznego i przekazanie indywidualnych zaleceń dietetycznych wraz z dalszą ścieżką postępowania.

Wskazano, że czas trwania pierwszej konsultacji dietetycznej powinien wynosić ok. 60 minut. Natomiast po pierwszej wizycie zostanie ustalony termin kolejnego spotkania i w ciągu około tygodnia uczestnik otrzyma indywidualny plan żywieniowy na 28 dni, który będzie stanowił zbilansowany jadłospis na 28 dni, skomponowany tak, aby uwzględnił m.in. indywidualne potrzeby zdrowotne i preferencje smakowe.

Wizyty dietetyczne kontrolne

Zaplanowano 10 wizyt przypadających na 1 uczestnika. Zaznaczono, że częstotliwość spotkań powinna być, w miarę możliwości (organizacyjnych realizatora/realizatorów programu), co ok. 4 tygodnie, celem utrzymania odpowiedniej motywacji u uczestników programu. Zaznaczono, że spotkania powinny być tak zaplanowane, aby pacjent zdążył przejść pełną ścieżkę określoną w programie (w czasie określonym dla danego rocznika).

Zaznaczono, że na każdym spotkaniu będzie dokonany pomiar wzrostu i masy ciała wraz z określeniem BMI. Wskazano, że wizyty będą miały na celu analizę i ocenę skuteczności prowadzonej edukacji żywieniowej, jak również monitorowanie postępów dotychczasowego leczenia dietetycznego i stosowania przez pacjenta zaleceń dietetycznych. Podkreślono, że na spotkaniu dietetyk przeanalizuje dzienniczek żywieniowy pacjenta, następnie powinien zidentyfikować popełniane błędy żywieniowe, wprowadzić ewentualne zmiany w planie żywieniowym (polegające na wymianie poszczególnych posiłków lub składników w potrawach), jak również wyjaśnić wątpliwości dotyczące diety oraz omówić niezrozumiałe treści.

W treści projektu wskazano, że „*podczas spotkań nie należy pominąć aspektu edukacji zdrowotnej, celem utrwalenia zarówno u rodziców/opiekunów jak i dzieci informacji w zakresie zdrowego odżywiania i najważniejszych elementów stylu życia, których realizacja daje szansę na prawidłowy rozwój, sprawność intelektualną i fizyczną oraz długie życie w zdrowiu*”.

Wskazano, że czas trwania wizyt kontrolnych wyniesie ok. 45 minut. Natomiast po każdej wizycie kontrolnej zostanie ustalony termin kolejnego spotkania.

Ostatnia wizyta dietetyczna

Podkreślono, że ostatnia wizyta dietetyczna obejmie następujące działania: dokonanie pomiaru wzrostu i masy ciała, określenie BMI (siatki centylowe); przeprowadzenie z rodzicami/opiekunami dziecka krótkiego kwestionariusza dotyczącego sposobu odżywiania dziecka i omówienie przez dietetyka pozytywnych zmian w sposobie jego odżywiania (załącznik D do projektu programu; sposób oceny kwestionariusza jest określony w ww. załączniku); przeanalizowanie i końcowe podsumowanie skuteczności prowadzonego leczenia dietetycznego i stosowania przez pacjenta zaleceń dietetycznych. Skorygowanie ewentualnych błędów żywieniowych, zaobserwowanych w dzienniczku żywieniowym pacjenta i zmotywowanie do dalszego działania.

Zaznaczono, że rodzicom/opiekunom prawnym zostanie przekazana na piśmie informacja dotycząca zaleceń żywieniowych. Wskazano, że dodatkowo dietetyk poinformuje także rodziców/opiekunów o możliwościach bezpłatnych konsultacji dietetycznych poza programem np. w Narodowym Centrum Edukacji Żywieniowej (bezpłatne konsultacje online). Podkreślono, że na tym etapie interwencja obejmująca porady dietetyczne zostaje zakończona. Wskazano, że czas trwania konsultacji wyniesie ok. 45-60 minut.

Wsparcie psychologiczne

W treści PPZ zaplanowano 4 indywidualne spotkania psychologiczne przypadające na 1 uczestnika (ogółem 4 godziny kontaktowe) dla uczestnika programu i jego rodziców/opiekunów.

Podkreślono, że celem wsparcia psychologicznego realizowanego w programie będzie m.in. wzmacnianie poczucia własnej wartości i skuteczności, kształtowanie siły woli i odporności na stres oraz doskonalenie umiejętności radzenia sobie z negatywnymi emocjami.

W treści projektu zaznaczono, że podczas spotkań psycholog lub terapeuta behawioralny będzie równolegle oddziaływał na dziecko i jego rodziców/opiekunów. Wskazano, że dzieci i ich rodzice/opiekunowie i powinni być motywowani przez psychologa, aby nie przerywali udziału w programie. Zaznaczono, że po każdym spotkaniu zostanie ustalony termin kolejnego spotkania, przy czym należy zaplanować w miarę możliwości równą częstotliwość spotkań, tak aby pacjent zdążył przejść pełną ścieżkę określoną w programie (w czasie określonym dla danego rocznika).

Wskazano, że na ostatnim spotkaniu psycholog/terapeuta przekaże dalszy sposób postępowania oraz informacje na temat bezpłatnych form wsparcia psychicznego, z których uczestnicy mogliby bezpłatnie skorzystać już poza programem (np. w ramach NFZ). Czas trwania każdej wizyty oszacowano na 60 minut.

Zajęcia aktywności fizycznej z edukacją zdrowotną (indywidualne)

W ramach programu zaplanowano 7 indywidualnych zajęć przypadających na 1 uczestnika (ogółem 7 godzin kontaktowych).

Zajęcia będą indywidualnie prowadzone przez fizjoterapeutę, który ma doświadczenie w pracy z dziećmi lub nauczyciela wychowania fizycznego/trenera personalnego z doświadczeniem pracy z dziećmi. Zaznaczono, że w zajęciach powinni uczestniczyć także rodzice/opiekunowie dziecka. Podkreślono, że czas trwania pojedynczych zajęć to 60 minut. Wskazano także, że na pierwszym spotkaniu osoba prowadząca zajęcia zada rodzicom/opiekunom pytania zawarte w kwestionariuszu z zakresu aktywności fizycznej (załącznik E do projektu programu).

W treści projektu zaznaczono, że na ostatnich zajęciach prowadzący zajęcia ponownie zada pytania zawarte w kwestionariuszu z zakresu aktywności fizycznej (załącznik E do projektu programu; sposób oceny kwestionariusza jest określony w ww. załączniku). Zaznaczono, że prowadzący zajęcia także oceni efekt zdrowotny i omówi wyniki kwestionariusza. Podkreślono, że prowadzący przekaże zarówno dzieciom, jak i rodzicom/opiekunom informację zawierającą zalecenia w zakresie aktywności fizycznej.

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 dzieci, zakwalifikowanych wstępnie do programu do pierwszej wizyty lekarskiej”, „liczba dzieci zakwalifikowanych do programu (w rozumieniu, włączonych do pełnego uczestnictwa w programie) wraz z liczbą ich rodziców/opiekunów”, „liczba dzieci niezakwalifikowanych do programu (co oznacza liczbę dzieci wyłączonych z programu przez lekarza na pierwszej wizycie)”, „liczba dzieci, które wzięły udział we wszystkich planowanych interwencjach dietetycznych”, „liczba dzieci, które wzięły udział we wszystkich planowanych interwencjach psychologicznych”, „liczba dzieci, które wzięły udział we wszystkich planowanych interwencjach z zakresu aktywności fizycznej”, „liczba dzieci, które wzięły udział we wszystkich planowanych interwencjach lekarskich”, „liczba dzieci, które zakończyły udział

w programie przechodząc pełną ścieżkę określoną w programie” oraz „liczba dzieci, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego trwania, z podaniem przyczyny rezygnacji (o ile uczestnik podał przyczynę)”. Należy zaznaczyć, że przedstawione wskaźniki zostały zaplanowane prawidłowo.

Ocena jakości świadczeń w programie dokonana zostanie na podstawie ankiet satysfakcji uczestników programu. Wzory ankiet zostały dołączone do projektu i nie budzą zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu zostanie przeprowadzona na podstawie mierników efektywności opisanych w projekcie. Należy zaznaczyć, że wszystkie przedstawione mierniki efektywności zostały zaprojektowane prawidłowo. Należy wskazać, że ewaluacja powinna się opierać na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

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.

Kampania informacyjno-promocyjna prowadzona będzie przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego, jak i realizatorów programu. Podkreślono, że do udziału w programie osoby zainteresowane będą zgłaszały się spontanicznie, po uprzednim telefonicznym lub osobistym umówieniu na wyznaczony termin. Zaznaczono także, że informacja o programie zostanie zamieszczona m.in. w siedzibie i na stronie internetowej realizatora. Ponadto wskazano, że wśród planowanych działań promocyjnych Urzędu znajdują się m.in. ogłoszenia zachęcające do udziału i informujące o programie na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego, przekazanie informacji w tym zakresie zainteresowanym podmiotom (np. jednostkom samorządu terytorialnego, podmiotom leczniczym), współpraca ze szkołami (rozpowszechnienie informacji o programie, m.in. jego organizacji, zasadach uczestnictwa, miejscach realizacji wśród rodziców uczniów uczęszczających do szkół podstawowych z terenu województwa łódzkiego).

Całkowity budżet programu oszacowano na 1 807 000 zł.

Przedstawiono koszty jednostkowe programu. Nie odniesiono się do kosztów monitorowania i ewaluacji wskazując, że ten element będzie realizowany bezkosztowo w ramach obowiązków sprawozdawczych realizatora. W kosztorysie nie zostały ujęte koszty działań informacyjno-promocyjnych. Podkreślono jednak, że „działania o charakterze informacyjno-promocyjnym Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego będzie prowadził w ramach swojej działalności bez angażowania dodatkowych środków”.

Program będzie finansowany przez Samorząd Województwa Łódzkiego.

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 ≥ 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: ≥ 5 porcji warzyw i owoców, do 2 godzin poświęconych na rekreacyjnym przebywaniu przed ekranami np. telewizora, ≥ 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, spacerowanie z rowerem trójkołowym 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 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:

1. wspieranie strategii personelu szkoły w zakresie wdrażania programów promocji zdrowia;
2. 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;
3. 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, AAPF 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 widoczniej 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. przeprowadzano

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 sedentarnych,
 - 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, konkursy, 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 późn. zm.), z uwzględnieniem raportu zdrowotnej nr: OT.431.74.2024 „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci z terenu województwa łódzkiego” data ukończenia listopad 2024, oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 181/2024 z dnia 25 listopada 2024 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci z terenu województwa łódzkiego”.