



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 2/2025 z dnia 13 stycznia 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Kompleksowy program przeciwdziałania nadwadze i otyłości
u dzieci i młodzieży w województwie pomorskim”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Kompleksowy program przeciwdziałania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży w województwie pomorskim”.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Zaplanowane interwencje obejmują badania przesiewowe (w tym pomiary antropometryczne) oraz interwencje specjalistyczne, w tym, badania laboratoryjne, konsultacje lekarskie, dietetyczne, ze specjalistą aktywności fizycznej, psychologiczne oraz działania edukacyjne i są zgodnie z wytycznymi.

Należy jednak podkreślić, że oceniany projekt PPZ zawiera kilka niespójności oraz liczne braki i uchybienia, co uniemożliwia jego pozytywne zaopiniowanie. W szczególności część projektu dotycząca celów i mierników efektywności wymaga ponownej weryfikacji i uzupełnienia. Ponadto należy uwzględnić uwagi wskazane w dalszej części niniejszej opinii, ważne jest m.in. zwrócenie uwagi na kwestie dotyczące:

- doprecyzowania kryteriów włączenia;
- wskazania jednoznacznych szacunków populacji docelowej oraz objętej programem;
- wyszczególnienia składowych budżetu;
- zaopatrzenia ryzyka podwójnego finansowania świadczeń.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt kompleksowego programu polityki zdrowotnej dotyczący przeciwdziałania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży w województwie pomorskim. Całkowity koszt programu oszacowano na 20 112 000 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 programu dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim jest nadwaga i otyłość wśród dzieci. W projekcie przedstawiono szczegółowe informacje z ww. zakresu, odnosząc się m.in. do definicji, etiologii, czynników ryzyka, możliwych powikłań, definicji oraz wartości BMI (Body Mass Index), na podstawie której rozpoznaje się nadwagę i otyłość.

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

W opisie sytuacji epidemiologicznej w sposób szczegółowy przedstawiono światowe, europejskie, ogólnopolskie oraz regionalne dane dot. występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci. W odniesieniu do sytuacji regionalnej w województwie pomorskim, w projekcie przywołano dane z formularzy MZ 11, które wskazują na istotny problem otyłości wśród dzieci i młodzieży. W latach 2018-2020 średnia liczba przypadków otyłości wśród osób w wieku 0-18 lat wynosiła 3942. Z analizowanych danych wynika, że otyłość jest trzecim najczęściej występującym problemem zdrowotnym w województwie pomorskim, po dychawicy oskrzelowej i zniekształceniach kręgosłupa. Przedstawiono również średnią chorobowość w województwie pomorskim, która wynosiła 813,3/100 tys. przypadków, co jest niższą wartością w porównaniu do średniej krajowej (1326,4/100 tys.), mimo to otyłość pozostaje jednym z głównych problemów zdrowotnych w regionie.

W projekcie odniesiono się również do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026. Wskazano, że czynnikami ryzyka odpowiadającymi za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu w Polsce dla kobiet i mężczyzn łącznie są odpowiednio: tytoń, wysokie ciśnienie krwi oraz wysoki BMI.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zmniejszenie o 2 p.p. częstości występowania nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży między 7 a 10 rokiem życia zamieszkałych na terenie województwa pomorskiego, włączonych do programu przez objęcie dzieci i ich rodzin kompleksową interwencją edukacyjno-zdrowotną w okresie realizacji”. Dzięki zaplanowanym interwencjom, cel główny wydaje się być możliwy do zrealizowania. Kwestią do doprecyzowania jest wskazanie uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej. Zidentyfikowano również rozbieżność pomiędzy brzmieniem celu głównego ujętym w rozdziale z celem głównym a brzmieniem celu zawartym w opisie mierników efektywności

W dokumencie wskazano 6 celów szczegółowych:

- (1) „Wzrost o 20% liczby rodziców/opiekunów prawnych dzieci włączonych do programu specjalistycznego u których zaobserwowano wzrost wiedzy nt. behawioralnych czynników ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych (uczestnicy w ankiecie ewaluacyjnej powinni uzyskać min. 75% poprawnych odpowiedzi.)”,
- (2) „Redukcja nadmiaru masy ciała u co najmniej 50% dzieci objętych etapem specjalistycznym, które ukończyły pełen cykl opieki programu – o 5% wskaźnika BMI zidentyfikowanego jako kryterium włączenia do etapu specjalistycznego programu”,
- (3) „Zwiększenie liczby rozpoznań u dzieci i młodzieży chorób metabolicznych i sercowo naczyniowych na wczesnym etapie rozwoju (umożliwienie szybkiego podjęcia leczenia, co w konsekwencji pozwoli na podjęcie leczenia na wczesnym etapie umożliwi skuteczniejsze leczenie)”,
- (4) „W okresie trwania programu wzrost o 50% liczby rodziców/ opiekunów prawnych włączonych do panelu specjalistycznego, u których zaobserwowano zwiększenie poziomu wiedzy nt. aktywności fizycznej i jej roli w zachowywaniu zdrowia (wzrost liczby punktów w teście wiedzy przed i po interwencji edukacyjnej o min. 50%)”,
- (5) „W okresie trwania programu poprawa wydolności krążeniowo-oddechowej przynajmniej o jedną kategorię u co najmniej 50% dzieci uczestniczących w panelu specjalistycznym”,

- (6) „Zmiana sposobu odżywiania u min. 25% rodzin włączonych do panelu konsultacji dodatkowych (wzrost liczby punktów w teście oceniającym sposób odżywiania przed i po interwencji o min. 25%)”.

Cele szczegółowe nr 1 i 4 odnoszące się do wzrostu wiedzy wydają się możliwe do osiągnięcia ze względu na zaplanowane w projekcie działania edukacyjne. W programie przewidziano pomiar wzrostu wiedzy za pomocą pre- i post-testów, wzory tych testów zostały załączone do programu. Należy jednak zwrócić uwagę, że przytoczony cel szczegółowy nr 1 (str. 18 projektu PPZ), jednocześnie jest określony jako miernik efektywności do celu „podniesienie poziomu wiedzy uczestników programu w zakresie behawioralnych czynników ryzyka rozwoju chorób” (str. 19 projektu PPZ). Istnieje zatem nieścisłość w tej kwestii, która wymaga doprecyzowania.

Cel szczegółowy nr 2 oraz nr 5 wydają się możliwe do osiągnięcia. Ich pomiar będzie możliwy poprzez zaplanowane testy.

Cel szczegółowy nr 3 został sformułowany nieprawidłowo, ponieważ nie odnosi się do efektu zdrowotnego i przypomina opis działań.

Cel szczegółowy nr 6 dotyczący zmiany sposobu odżywiania wydaje się możliwy do realizacji za pomocą zaplanowanych w projekcie działań. Należy jednak wskazać, że załączony test wiedzy nie sprawdza sposobu odżywiania, a odnosi się do wiedzy na temat prawidłowego odżywiania, co nie musi się wiązać ze zmianą zachowań zdrowotnych. Niektóre pytania zawarte w teście wydają się być nie uzasadnione oraz niedostosowane do populacji docelowej (indeks glikemiczny, źródła witamin, funkcjonowanie tarczycy).

Należy zaznaczyć, że dla żadnego z celów szczegółowych nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej, co należy uzupełnić.

W dokumencie wskazano 7 mierników efektywności:

- (1) „Odsetek dzieci z nadmiarem masy ciała - cel zostanie osiągnięty, jeśli po 12 miesiącach od rozpoczęcia działania w grupie dzieci objętych programem specjalistycznym częstość występowania nadmiaru masy ciała zostanie zredukowana o 5 p.p.”,
- (2) „Wzrost o 20% liczby rodziców/opiekunów prawnych dzieci włączonych do programu specjalistycznego u których zaobserwowano wzrost wiedzy nt. behawioralnych czynników ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych (uczestnicy w ankiecie ewaluacyjnej powinni uzyskać min. 75% poprawnych odpowiedzi)”,
- (3) „Centyl BMI - Porównanie wartości centyla BMI w momencie rozpoczęcia interwencji oraz po 12 miesiącach od włączenia do etapu specjalistycznego. Uzyskanie u co najmniej 50% dzieci uczestniczących w panelu konsultacji dodatkowych redukcji nadmiaru masy ciała w postaci obniżenia centyla BMI o 5 p.p.”,
- (4) „Liczba rozpoznań - Z szacowanej liczby uczestników 673 nowych rozpoznań, które zostaną skierowane do pilnej konsultacji specjalistycznej”,
- (5) „Liczba punktów w teście wiedzy przed i po interwencji edukacyjnej w panelu specjalistycznym na temat aktywności fizycznej oraz jej roli w zachowywaniu zdrowia - cel zostanie osiągnięty, jeśli zostanie zaobserwowana poprawa o co najmniej 50% u co najmniej 50% uczestników”,
- (6) „Ocena wydolności krążeniowo oddechowej dzieci biorących udział w panelu specjalistycznym. Cel zostanie zrealizowany, jeśli min. 50% dzieci biorących udział w etapie specjalistycznym poprawi swoją wydolność o przynajmniej jedną kategorię, zgodnie z metodyką przyjętą dla testu Kash Pulse Recovery Test”,
- (7) „Liczba punktów w ocenie sposobu odżywiania przed i po interwencji edukacyjno-leczniczej u dzieci włączonych do panelu specjalistycznego – cel zostanie osiągnięty, jeśli zostanie zaobserwowana poprawa o co najmniej 25% u co najmniej 25% uczestników”.

Istnieje rozbieżność między wartością docelową wskazaną w mierniku efektywności względem wartości wskazanej w celu głównym. W mierniku wskazano zmniejszenie o 5 p.p. odsetka dzieci z nadmiarem masy ciała, natomiast w celu głównym wskazano zmniejszenie o 2 p.p. częstości występowania nadwagi i otyłości. Nie jest jasne, skąd wynikają te rozbieżności oraz jaka jest wartość

docelowa. Miernik nr 2 ma brzmienie identyczne jak cel szczegółowy nr 1, nie spełnia roli miernika efektywności. Miernik nr 4 również nie spełnia funkcji miernika efektywności. Miernik nr 6 został sformułowany nieprawidłowo, częściowo w postaci działania, a częściowo brzmieniem przypomina cel.

Dodatkowo sugeruje się, aby mierniki efektów zdrowotnych uzyskanych w programie polityki zdrowotnej przedstawiane były w formie odsetka.

Populacja docelowa

W programie wskazano, że populację docelową stanowić będą dzieci i młodzież z województwa pomorskiego spełniające kryteria kwalifikacji do programu. Nie wskazano jednoznacznych szacunków dotyczących liczebności populacji docelowej oraz liczebności populacji objętej programem. Określono, że średnia liczba dzieci w wieku 7 i 10 lat to 21 650, z wyłączeniem średniej populacji 2 roczników (7 i 10 latków) Miasta Gdańska, gdzie jest realizowany inny program. W uzasadnieniu do szacunku nie wskazano jednak programu realizowanego przez powiat Tczewski, który został wcześniej wspomniany. Kryteria włączenia do PPZ obejmują pierwszeństwo udziału dla pacjentów z obszarów, na których nie funkcjonują PPZ z zakresu nadwagi i otyłości, natomiast nie jest to równoznaczne z wyłączeniem populacji z tych obszarów. Tym samym liczebność populacji i docelowej i zakwalifikowanej do programu nie jest jasna i wymaga doprecyzowania. W zakresie oszacowań dot. dzieci zakwalifikowanych do etapu specjalistycznego wskazano 3247, co nie wynika z przedstawionych założeń (7,5% z 54 125 uczestników włączonych do programu wynosi 4060 uczestników, dodatkowo wskazano, że szacowane jest uczestnictwo około 70% dzieci zaproszonych do etapu interwencji specjalistycznej co przekłada się na 2842 uczestników).

Kryterium włączenia do etapu specjalistycznego będzie wiek uczestnika (między 7 a 11 lat); zamieszkanie na terenie województwa pomorskiego (z zaznaczeniem pierwszeństwa udziału dla dzieci, z obszarów nieobjętych PPZ dot. nadwagi i otyłości.); nadmiar masy ciała, w postaci cBMI powyżej 90 (siatki centylowe projektu OLAF). Kryterium wyłączenia będzie brak lub decyzja o wycofaniu zgody na uczestnictwo w PPZ.

Należy zaznaczyć, że istnieje rozbieżność w zakresie wieku uczestników programu, która wymaga doprecyzowania. W części dot. populacji docelowej i kryteriach włączenia do PPZ wskazuje się na wiek 7 i 10 lat. W celu głównym także uwzględniono populację dzieci i młodzieży w wieku między 7 a 10 r.ż. Natomiast w kryteriach włączenia do etapu specjalistycznego wskazuje się na wiek między 7 a 11 lat.

Ponadto należy zwrócić uwagę na niezaopatrzone ryzyko podwójnego finansowania świadczeń ze względu na już funkcjonujące na terenie województwa programy.

Interwencja

W projekcie programu zaplanowano interwencje w dwóch etapach:

- etap badań przesiewowych obejmujący badanie fizykalne, z pełnymi pomiarami antropometrycznymi, analiza składu ciała przy wykorzystaniu bioimpedancji elektrycznej, ocena wydolności fizycznej (Kasch Pulse Recovery Test), pomiary i ocena ciśnienia tętniczego, ocena postawy ciała);
- etap opieki specjalistycznej obejmujący konsultacje lekarskie, konsultacje psychologiczne, konsultacje dietetyczne, konsultacje ze specjalistą aktywności fizycznej, badania laboratoryjne oraz warsztaty edukacyjne;

Dodatkowo zaplanowano edukację w szkołach, które będą realizowały program, w formie warsztatów.

Etap przesiewowy i działania edukacyjne będą realizowane na terenie placówek szkolnych oraz na terenie POZ deklarujących chęć współpracy z realizatorem projektu. Etap specjalistyczny będzie realizowany przez podmioty z terenu województwa pomorskiego dysponujące odpowiednią kadrą, kwalifikacjami oraz doświadczeniem, wybranymi w drodze postępowania określonego odrębnymi przepisami oraz koordynowane przez wybrany ośrodek koordynujący.

I etap – badania przesiewowe

Rekrutacja do udziału w badaniach przesiewowych będzie odbywać się za pośrednictwem szkoły, możliwe jest także skierowanie dziecka do programu przez lekarza POZ, pod warunkiem spełnienia kryteriów włączenia. Planowane jest poszerzenie metod rekrutacji o współpracę z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi oraz ośrodkami pomocy społecznej. Badania prowadzone będą przez podmiot leczniczy lub kilka jednostek, możliwe jest również współdziałanie z podmiotami prowadzącymi świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej finansowane z środków NFZ.

Badania dzieci będą skupione na ocenie kompleksowego rozwoju oraz stanu zdrowia dziecka (m.in. pomiary antropometryczne, wyliczenie centyla BMI, pomiary aktywności fizycznej przy użyciu testu stopnia, pomiary ciśnienia tętniczego). Spośród przebadanej grupy 7 i 10-latków wyłoniona zostanie grupa dzieci z nadmiarem masy ciała w postaci nadwagi lub otyłości ($cBMI \geq 90$), której zaproponowane zostanie uczestnictwo w etapie specjalistycznym programu.

II etap – interwencja specjalistyczna

Rekrutacja do etapu specjalistycznego opierać się będzie głównie na wynikach badań przesiewowych przeprowadzonych w szkołach, które pozwolą wytypować dzieci spełniające kryteria do udziału. Dodatkowo, przewidziano możliwość kwalifikacji przez lekarzy i pielęgniarki POZ. Rodzice lub opiekunowie prawni, którzy dostrzegają problem zdrowotny u swojego dziecka, mogą samodzielnie zgłosić dziecko do programu, wypełniając odpowiednie formularze i przysyłając dane potwierdzające spełnienie kryteriów kwalifikacji ($cBMI \geq 90$). Etap interwencji specjalistycznej będzie obejmował spotkania indywidualne z lekarzem, psychologiem, dietetykiem, specjalistą aktywności fizycznej, badania laboratoryjne oraz warsztaty edukacyjne.

Badania laboratoryjne

W zakres badań laboratoryjnych wchodzi badania takie jak: Na/K, kreatynina, AST, ALT, cholesterol, cholesterol HDL, triglicerydy, test obciążenia glukozą (3x glukoza, 3x insulina), HbA1c, TSH, FT4.

Konsultacje specjalistyczne i lekarskie

Dla wszystkich uczestników oraz rodziców/opiekunów prawnych odbędzie się pięć indywidualnych spotkań konsultacyjnych, z lekarzem, psychologiem, dietetykiem oraz specjalistą aktywności fizycznej. Spotkanie z każdym specjalistą będzie trwało min. 20 minut i przewidziane jest w schemacie 0- 1-3-6-12 miesięcy (punkt 0 rozumiany jako moment rozpoczęcia udziału w etapie specjalistycznym).

W projekcie zaplanowano minimum 3 konsultacje lekarskie (w odstępach 0-3-12 miesięcy), które będą obejmować: ocenę stanu zdrowia dziecka, pomiary antropometryczne, pomiar ciśnienia tętniczego, skierowanie na badania laboratoryjne oraz omówienie wyników testów przesiewowych, wydanie zaleceń, będą one również wprowadzeniem do dalszej konsultacji dietetycznej, psychologicznej i dotyczącej aktywności fizycznej. Program zakłada również jedną konsultację, która ma na celu ustalenie ścieżki postępowania w przypadku wykrycia u dziecka stanów zdrowotnych, zagrażających życiu i wymagających szybkiej interwencji specjalistycznej (tj. endokrynologicznej, diabetologicznej, kardiologicznej).

Konsultacje dietetyczne

W PPZ zaplanowano 5 konsultacji dietetycznych, w tym: analiza obecnych nawyków żywieniowych, edukacja dotycząca zdrowego odżywiania, dobór odpowiedniej diety, wprowadzenie prawidłowych zachowań żywieniowych oraz monitorowanie postępów.

Konsultacje ze specjalistą aktywności fizycznej

Zaplanowano 5 konsultacji ze specjalistą aktywności fizycznej (min. 20 minut każde) w cyklu 0-1-3-6-12 miesięcy. Każda wizyta powinna obejmować: ocenę zachowań związanych z aktywnością fizyczną,

testy sprawnościowe i wydolnościowe, edukację zdrowotną, ustawienie optimum wysiłku fizycznego zgodnie z masą ciała a także możliwościami i preferencjami dziecka, zaplanowanie grafiku narastania intensywności i ilości wysiłku.

Konsultacje psychologiczne

W programie wskazano 5 konsultacji psychologicznych, które odbędą się w cyklu 0-1-3-6-12 miesięcy. Podczas spotkań psychologicznych omawiana będzie gotowość do zmiany nawyków zdrowotnych, wzmocnienie nastawienia rodziców do zmiany stylu życia, wsparcie w budowaniu pozytywnej postawy dziecka wobec zmiany nawyków związanych z jedzeniem, aktywnością fizyczną oraz postrzeganiem swojego ciała.

Działania edukacyjne

Spotkania szkoleniowe

Dodatkowo uczestnicy etapu specjalistycznego zaproszeni zostaną do udziału w spotkaniach szkoleniowych z zakresu odżywiania i warsztatów dot. przygotowywania zdrowych posiłków oraz aktywności fizycznej. Moduły te będą trwały minimum po 5 godzin. Zorganizowane będą również grupowe spotkania edukacyjno-terapeutyczne z zakresu budowania kompetencji rodzicielskich, niezbędne do wprowadzania zmian prozdrowotnych w stylu życia, sposobów rozmowy z dzieckiem o nadmiarze masy ciała bez stygmatyzacji, budowaniu poczucia własnej wartości u dziecka w oparciu o inne wartości niż wygląd zewnętrzny, ale również zdrowy styl życia (10 godzin).

Edukacja w środowisku szkolnym

Odrębnym elementem będzie przeprowadzenie warsztatu edukacyjnego dla dzieci i młodzieży uczestniczących w programie, dającego niezbędne minimum wiedzy i praktycznych porad odnośnie prowadzenia zdrowego stylu życia. Działanie edukacyjne zakładają przeprowadzenie w szkołach biorących udział w badaniach przesiewowych zajęć wykładowo-warsztatowych dotyczących zdrowego stylu życia (aspekty dotyczące żywienia, aktywności fizycznej, zaburzeń psychologicznych i ich wpływu na zdrowie), gdzie obok celu edukacyjnego, realizuje również cel motywacyjny. Planowane jest przeprowadzenie min. 40 warsztatów rocznie.

Podsumowując w programie łączny czas interwencji zapewniany każdemu dziecku z nadmiarem masy ciała, włączonemu do etapu specjalistycznego programu wyniesie: 26 godz. 40 min., w tym spotkania specjalistyczne (5 spotkań x 4 konsultacje x 20 min.), szkolenie z zakresu zdrowego odżywiania (5 godz.), szkolenie z zakresu aktywności fizycznej (5 godz.), grupowe sesje edukacyjno-terapeutyczne (10 godz.). Należy zatem wskazać, że zaplanowana w projekcie interwencja multikomponentowa obejmuje zalecane przez USPSTF i inne organizacje 26 h kontaktowych.

Oceniany projekt programu zawiera interwencje, które częściowo powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych. Kompleksowa ocena stanu zdrowia obejmująca m.in. ocenę rozwoju fizycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała wraz z określeniem współczynnika masy ciała (BMI) znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, w tym w wykazie świadczeń gwarantowanych. Natomiast porada psychologiczna dla dzieci i młodzieży znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień i jest realizowana w ramach świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży oraz w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w ramach I poziomu referencyjnego.

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 sprawozdań realizatora. Analizie poddana zostanie: „liczba przeprowadzonych badań przesiewowych”, „liczba osób zakwalifikowanych do etapu specjalistycznego”, „liczba uczestników, którzy w trakcie programu zrezygnowali z udziału wraz z powodami rezygnacji”, „liczba osób, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych”, „liczba dzieci, które zostaną objęte PPZ w danym roku”, „odsetek dzieci objętych w danym roku PPZ w odniesieniu do populacji ogólnej dzieci w danym wieku w innych latach wskazanych w szczegółowym opisie PPZ”, „liczba rodziców/opiekunów prawnych i którzy wzięli udział w realizacji PPZ”, „liczba zdiagnozowanych dzieci z nadwagą i otyłością”. Przedstawione w programie wskaźniki zostały zaplanowane poprawnie, przy czym należy także uwzględnić liczbę osób, które zrezygnowały z udziału w programie wraz ze wskazaniem przyczyn rezygnacji.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie zostanie dokonana na podstawie ankiety satysfakcji. Wzór ankiety został dołączony do programu i nie budzi zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu zostanie przeprowadzona na podstawie mierników efektywności opisanych w projekcie, należy jednak zaznaczyć, że większość mierników została zaprojektowanych nieprawidłowo i wymaga poprawy. Warto wskazać, że ewaluacja powinna się opierać na porównaniu stanu przed wprowadzeniem działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu, co zostało zaznaczone w projekcie.

Warunki realizacji

Okres realizacji programu obejmuje lata 2025-2027 (na pierwszej stronie PPZ). Warto jednak zaznaczyć, że w pozostałej części projektu wskazano na 4-letni okres realizacji PPZ, co stanowi rozbieżność w stosunku do podanych lat realizacji PPZ.

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w programie. Zaplanowano działania o charakterze organizacyjnym, promocyjnym, informacyjnym, integracyjnym i rekrutację do programu.

Samorząd Województwa Pomorskiego zakłada wybór, w drodze konkursu, ośrodka koordynującego, który samodzielnie lub we współpracy z realizatorami zrealizuje całość programu.

W projekcie odniesiono się do kwestii związanych z warunkami dotyczącymi personelu, wyposażenia i warunkami lokalowymi, opisano również kwalifikacje personelu odpowiedzialnego za realizację programu.

Całkowity budżet programu oszacowano na 20 112 000 zł. Wskazano, że koszty merytoryczne programu szacuje się na poziomie 16 089 600,00 zł, jednak nie zostały one opisane w programie. Koszty działań informacyjno-promocyjnych, koordynacji, monitorowania i ewaluacji oszacowano na poziomie 20% kosztów całkowitych tj.: 4 022 400 zł.

W projekcie przedstawiono szacunkowe koszty jednostkowe dotyczącej wyceny poszczególnych świadczeń. Należy jednak zaznaczyć, że przedstawiony w projekcie budżet został opisany w sposób zdawkowy oraz nie przedstawiono wycień w odniesieniu do zaplanowanej populacji oraz okresu realizacji PPZ.

Na realizację programu przeznaczone zostaną środki Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w wysokości 17 095 200 zł (85%). Pozostałe 15% będzie finansowane ze środków: Budżetu Państwa (10% tj. 2 011 200 zł) oraz wkładu własnego beneficjenta (5%, tj. 1 005 600 zł).

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Otyłość według WHO jest definiowana jako nieprawidłowa lub nadmierna akumulacja tłuszczu, która stanowi zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Jest to przewlekła choroba metaboliczna wynikająca z zaburzeń homeostazy energii. U osób dorosłych, u których stwierdzono otyłość wskaźnik BMI jest równy lub przekracza 30 kg/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.

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 przesiewowe wykorzystywane w celu wykrywania nadwagi/otyłości wśród dzieci/młodzieży:

Pomiary antropometryczne stanowią integralną część oceny rozwoju somatycznego dzieci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018). Wywiad poprzedzający badania fizykalne powinien uwzględniać takie aspekty jak: historia rodziny, troska rodziców o masę ciała dziecka, wzorce żywieniowe (częstość spożywania posiłków poza domem, jedzenie śniadań, dobór odpowiednich warzyw i owoców, nadmierne porcje jedzenia, itp.), poziom aktywności fizycznej, aktualna kondycja psychiczna, sen, zażywanie leków, w tym suplementów diety (MQIC 2022b, MoH NZ 2016).

BMI uznane zostało za stosunkowo dobry oraz prosty test diagnostyczny w kierunku wykrywania dziecięcej otyłości oraz otłuszczenia. Również odnalezione rekomendacje zaznaczają, że u dzieci i młodzieży do oceny prawidłowej masy ciała stosuje się BMI (USPSTF 2024, MQIC 2022a, MQIC 2022b, ISPED, ISP 2018, KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, AAFP 2017, ES 2017, MoH NZ 2016, CTFPHC 2015). Ponadto, diagnostyka nadwagi i otyłości powinna być oparta na wartościach centylowych współczynnika stosunku wagi do wzrostu (weight to-height ratio) (ISPED, ISP 2018).

W rekomendacjach sugeruje się wyliczenie oraz ocenę wartości BMI dziecka/nastolatka przynajmniej raz w roku (ES 2017, MoH NZ 2016). Ponadto każde dziecko z BMI ≥ 85 . centyla powinno być monitorowane m.in. pod względem powikłań nadwagi lub otyłości (MQIC 2022a, KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, ES 2017).

Według wytycznych badania endokrynologiczne należy rozważyć w każdym przypadku szybkiego przyrostu masy ciała z jednoczesnym zahamowaniem wzrostu / niskim wzrostem lub w przypadku podejrzenia występowania chorób współistniejących. W wytycznych wskazuje się, że badania laboratoryjne mogą obejmować: profil lipidowy na czczo; badanie poziomu glukozy we krwi, z uwzględnieniem pomiaru na czczo, OGTT lub HbA1c; panelu wątrobowego, z wykorzystaniem pomiaru AST i/lub ALT; ocenę funkcji/czynności nerek; pomiar ciśnienia tętniczego krwi (PTP/ PTOD/ PTEiD/ KLRwP/ PTBnO 2022, NICE 2023, AAP 2023, MQIC 2022).

Definiowanie oraz kryteria stwierdzenia nadwagi i otyłości:

Nadwaga – wartość BMI w zakresie: >97 centyla (ISPED, ISP 2018); 90-97 centyla dla płci i wieku (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018); ≥85 centyla dla wieku i płci (APA 2018, ES 2017); >85 centyla (CTFPHC 2015).

Otyłość – wartość BMI w zakresie: >97. centyla dla wieku i płci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, CTFPHC 2015); ≥95 centyla dla wieku i płci (APA 2018, ES 2017, USPSTF 2017, AAFP 2017); >98. centyla dla wieku i płci (MoH NZ 2016); >99. centyla dla wieku i płci – ciężka otyłość (ISPED, ISP 2018).

Sugeruje się wyliczenie oraz ocenę wartości BMI dziecka/nastolatka przynajmniej raz w roku (ES 2017, MoH NZ 2016).

Każde dziecko z BMI ≥85. centyla powinno być monitorowane m.in. pod względem powikłań nadwagi lub otyłości (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, ES 2017).

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

Dieta

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

We wszystkich grupach wiekowych zalecane jest promowanie zdrowego stylu życia oraz diety z uwzględnieniem dziennego modelu 5-2-1-0: ≥5 porcji warzyw i owoców, do 2 godzin poświęconych na rekreacyjnym przebywaniu przed ekranami np. telewizora, ≥1 godziny aktywności fizycznej, 0 napojów słodzonych (MQIC 2022a, MQIC 2022b). Należy promować jedzenie w domu (ISPED, ISP 2018).

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

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

Aktywność fizyczna

W zapobieganiu rozwojowi nadwagi i otyłości bardzo ważną rolę odgrywa kształtowanie właściwych nawyków związanych z aktywnością fizyczną. Optymalny czas poświęcany na aktywność fizyczną wynosi 60 minut; rekomendacje wskazują, że aktywność ta powinna być podejmowana codziennie lub niemal codziennie (MQIC 2022a, KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, ES 2017, MoH NZ 2016). Szczególnie zalecane formy ruchu to: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, ISPED, ISP 2018). Zwiększenie poziomu aktywności fizycznej można osiągnąć od 2-3 roku życia poprzez aktywną zabawę, spacer, korzystanie z roweru trójkołowego i po 5-6 r.ż., promując także udział w zajęciach sportowych 2/3 razy w tygodniu (ISPED, ISP 2018).

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). Odradza się oglądanie TV i gry elektroniczne dzieciom <2. roku życia (MQIC 2022a, ISPED, ISP 2018).

Edukacja

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

Sugeruje się, aby zespół specjalistów identyfikował nieodpowiednie wzorce wychowawcze związane z dietą i aktywnością fizyczną oraz edukował rodziny nt. zdrowego odżywiania i nawyków związanych z podejmowaniem aktywności fizycznej. W rekomendacjach wskazuje się również, że multidyscyplinarny zespół specjalistów powinien obejmować dietetyków, psychiatrów, pielęgniarki (ES 2017), a także pediatrów, psychologów oraz specjalistów w dziedzinie zdrowia i promowania aktywności fizycznej (USPSTF 2024, ISPED, ISP 2018).

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).

Zdrowy sen

Sugeruje się sprzyjanie zdrowym wzorcom snu dzieci i młodzieży w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia otyłości spowodowanej zmianami w spożyciu kalorii oraz zmianami metabolicznymi związanymi z zaburzeniami snu (ES 2017).

Rekomendowany czas snu: 0-3 miesiące – 14-17 godzin, 4-12 miesięcy – 12-16 godzin, 1-2 lata – 11-14 godzin, 3-5 lata – 10-13 godzin, 6-12 lat – 9-12 godzin, 13-17 lat – 8-10 godzin, 18-25 lat – 7-9 godzin (ISPED, ISP 2018, MoH NZ 2016).

Zaangażowanie szkół w realizację interwencji prewencyjnych

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 (ISPED, ISP 2018).

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

Strategie multikomponentowe

Głównym celem działań w zakresie leczenia nadwagi i otyłości jest stała zmiana w nawykach żywieniowych dziecka i stylu życia. 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 (weight-to-height ratio); zmniejszenie masy ciała (niekoniecznie osiągnięcia idealnej wagi), w szczególności tkanki tłuszczowej, przy jednoczesnym zachowaniu beztłuszczowej masy; 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).

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

Rekomenduje się wyliczenie odchylenia standardowego BMI w celu oszacowania utraty wagi. Zmniejszenie odchylenia standardowego BMI (BMI-SDS) jest najlepszym wskaźnikiem wielkości utraty wagi, biorąc pod uwagę wiek i płeć pacjenta. Zmniejszenie $>0,5$, ale nawet $>0,25$ (zgodnie z redukcją BMI 1 kg/m² lub stabilną wagą przez ponad 1 rok u rosnącego dziecka) wiązało się z poprawą składu ciała i zmniejszeniem ryzyka sercowo-metabolicznego (na podstawie 1 badania obserwacyjnego) (ISPED, ISP 2018).

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

Należy rozważyć wdrożenie strategii multikomponentowych o umiarkowanej lub dużej intensywności w leczeniu otyłości wśród dzieci i młodzieży (APA 2018, MQIC 2022b, ES 2017, USPSTF 2024, AAFP 2017):

- w przypadku stwierdzenia otyłości należy oferować dzieciom/młodzieży (≥ 6 r.ż) bądź kierować je na 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 2024, AAFP 2017);

- w przypadku dzieci oraz młodzieży w przedziale wiekowym 2-18 lat z nadwagą lub otyłością silnie rekomenduje się przeprowadzenie multikomponentowych interwencji behawioralnych kierowanych do rodziny, składających się z co najmniej 26 godzin kontaktowych – interwencja ta powinna być inicjowana tak szybko, jak jest to możliwe (APA 2018).

Kompleksowe interwencje behawioralne powinny być zintegrowane z programami realizowanymi w warunkach szkolnych lub środowiskowych (ES 2017). Krótkoterminowe interwencje i jednorazowe akcje/wydarzenia są niewystarczające – powinny one stanowić część długoterminowego, zintegrowanego programu (NICE 2015a).

Zarówno terapie behawioralne, jak i rodzinne terapie behawioralne są rekomendowane w celu poprawy utrzymania prawidłowej diety i aktywności fizycznej. Terapie te wymagają zaangażowania profesjonalisty w ich prowadzenie. Najbardziej efektywne techniki to ustanawianie celów, samokontrola (z wykorzystaniem dzienniczków diety aktywności), trening uważności, kontrola bodźców, pozytywne wzmocnienie, restrukturyzacja poznawcza, rozwiązywanie problemów (ISPED, ISP 2018).

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

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

W odniesieniu do komponentu dietetycznego, rekomendowana jest zbilansowana i urozmaicona dieta. Proces edukacyjny rozpoczyna się od oceny nawyków żywieniowych dziecka i rodziny (ocena składu posiłków, porcji, częstotliwości przyjmowania pokarmów, preferencji, metod gotowania). W tym celu wskazuje się na korzystanie z dzienniczka żywieniowego prowadzonego wspólnie z rodzicami (ISPED, ISP 2018).

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

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

W ramach aktywności fizycznej, w rekomendacjach sugeruje się wykonywanie ćwiczeń oporowych co najmniej 3 razy w tygodniu, adekwatnych do fizycznych możliwości otyłego dziecka. Przykłady aerobowych i oporowych aktywności dla otyłych dzieci to odpowiednio: ćwiczenia na bieżni, rowerku treningowym, na тренаżerze eliptycznym, zajęcia wodne (pływanie, aerobik wodny); pompki, przysiady, brzuski, podnoszenie ciężarów, ćwiczenia z wykorzystaniem maszyn do ćwiczeń siłowych i elastycznych taśm oporowych, trening obwodowy (ISPED, ISP 2018).

Zintegrowane wdrażanie programu

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

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa

Narzędzia przesiewowe wykorzystywane w celu wykrywania nadwagi/otyłości wśród dzieci/młodzieży:

W odnalezionych badaniach wtórnych (przeglądy systematyczne z metaanalizami: Simmonds 2016, Simmonds 2015, Javed 2014) wskazuje się na zróżnicowaną czułość i swoistość BMI w odniesieniu zarówno do nadwagi (czułość: 19%-94%, swoistość: 82%-100%) jak i otyłości (czułość: 23%-96%, swoistość: 89,4%-100%).

Zależność pomiędzy prowadzeniem skryningu w wieku dziecięcym, a występowaniem nadwagi/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 było widocznej różnicy w ww. RR pomiędzy młodszymi oraz starszymi grupami wiekowymi.

Otyłość w sposób umiarkowanie skuteczny utrzymuje się od okresu dzieciństwa do wieku młodzieńczego – w przypadku około połowy otyłych dzieci, otyłość występowała także w wieku młodzieńczym. Otyłość w sposób skuteczny 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 w metaanalizie efektu, miały wyniki otrzymane w ramach realizacji australijskiego programu Romp & Chomp (MD [95% CI] = -0,04 [-0,06; -0,02]). Program trwał przez 4 lata i kierowany 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 współpracę 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]), o większe spożycie owoców (różnica między grupą badaną, a kontrolną = 0,8 [95% CI 0,5; 1,1], P<0,01),
- o 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

Według opinii ekspertów z dziedziny medycyny rodzinnej, psychologii klinicznej oraz zdrowia publicznego, w sprawie zasadności prowadzenia programów polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży wskazano na zasadność podejmowania takich działań. Realizacji programu optymalnie powinna trwać minimum 1 rok, być nakierowana na rodziców i dzieci oraz zawierać interwencje, realizowane przez zróżnicowane grono świadczeniodawców (lekarz, pielęgniarka, dietetyk, psychoterapeuta, fizjoterapeuta) za pomocą dostosowanych form przekazu.

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

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu zdrowotnej nr OT.431.89.2024 „Kompleksowy program przeciwdziałania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży w województwie pomorskim”; data ukończenia grudzień 2024, oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 2/2025 z dnia 7 stycznia 2025 roku o projekcie programu „Kompleksowy program przeciwdziałania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży w województwie pomorskim”.