



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 3/2025 z dnia 13 stycznia 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Od-Waga – Kompleksowe leczenie nadwagi i otyłości u dzieci
i młodzieży”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Od-Waga – Kompleksowe leczenie nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży”.

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 warsztaty edukacyjne, program aktywności fizycznej, wsparcie psychologiczne i edukację emocjonalną, konsultacje dietetyczne i monitorowanie zdrowia, programy edukacyjne dla rodziców i opiekunów oraz działania profilaktyczne i promocyjne w szkole, co jest zgodne 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 uwag wskazane w dalszej części niniejszej opinii, w szczególności na kwestie dotyczące:

- wskazania liczebności populacji docelowej oraz zaplanowania budżetu odpowiadającego założonej populacji;
- zaplanowania kryteriów włączenia i wyłączenia z programu;
- doprecyzowania interwencji zgodnie ze wskazanymi w opinii wytycznymi klinicznymi, w tym w szczególności w zakresie zaplanowania co najmniej 26 godzin kontaktowych interwencji dla każdego uczestnika,
- poprawnego zaplanowania monitorowania i ewaluacji programu, aktualnie brak jest możliwości kompleksowej oceny efektów programu,
- wprowadzenia zapisów zabezpieczających ryzyko podwójnego finansowania świadczeń.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Miasto Radom, zakładający przeprowadzenie warsztatów zdrowego odżywiania, program aktywności fizycznej, wsparcie psychologiczne, konsultacje dietetyczne, programy edukacyjne dla rodziców i opiekunów, działania promocyjne w szkole oraz dodatkowe działania wspierające. Całkowity koszt programu oszacowano na 450 000 zł, a ma być on realizowany w 2025 roku.

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 informacje z ww. zakresu, odnosząc się m.in. do definicji, skali problemu, przyczyn, konsekwencji zdrowotnych oraz społecznych nadwagi i otyłości, lecz nie odniesiono się do sposobów oceny stopnia otyłości w populacji dzieci i młodzieży takich jak BMI (Body Mass Index).

Projekt programu zawiera krótki wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowano treść problemu zdrowotnego.

W opisie sytuacji epidemiologicznej w sposób zdawkowy przedstawiono ogólnopolskie dane dot. występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci. Przytaczając dane Światowej Organizacji Zdrowia WHO wskazano, że 32% dzieci w wieku 7-9 lat w Polsce zmagają się z nadwagą lub otyłością, co plasuje Polskę na 8 miejscu wśród krajów europejskich w tej kategorii. Podkreślono, że około 18,5% chłopców i 14,3% dziewcząt w wieku szkolnym (7-18 lat) ma nadmierną masę ciała. Problem ten dotyczy także 12,2% chłopców i 10% dziewcząt w wieku przedszkolnym. Wskazano również, że w ciągu ostatnich dekad częstość występowania otyłości wśród dzieci znacznie wzrosła. Zaznaczono, że w Warszawie liczba otyłych chłopców w wieku 11-15 lat wzrosła trzykrotnie, a wśród dziewcząt aż dziesięciokrotnie. W projekcie nie odniesiono się do danych lokalnych, nie poruszono również kwestii Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026.

Zgodnie z informacjami zawartymi w Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 w przypadku województwa mazowieckiego „czynniki ryzyka mające największy udział w DALY są zbieżne z czynnikami ryzyka dla Polski, a ich wartości są nieznacznie mniejsze od wartości dla Polski. Są to: tytoń (o ok. 6% mniejszy udział niż w kraju) wysokie ciśnienie krwi (o ok. 1% mniej), wysoki BMI (o ok. 0,3% mniej)”. Zaznaczono również, że „na zgony, tak jak i w kraju, najbardziej wpływają: wysokie ciśnienie krwi, tytoń i ryzyko żywieniowe. Wysokie ciśnienie krwi przewyższa wartości dla Polski o ok. 1%. Wartość dla tytoniu jest mniejsza o ok. 5%, a dla ryzyka żywieniowych o ok. 7%”. Wskazano także, że „czynniki ryzyka mające największy wpływ na DALY i zgony w województwie są związane ze stylem życia”.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zwiększenie świadomości wśród dzieci i młodzieży w zakresie problemu zdrowotnego, jakim jest nadwaga i otyłość”. Cel główny został sformułowany w sposób nieprawidłowy. Należy zaznaczyć, że nie będzie możliwości obiektywnego zmierzenia zmian dotyczących wzrostu świadomości. Możliwy byłby natomiast wzrost poziomu wiedzy w wyniku zaplanowanych działań edukacyjnych. Należy również podkreślić, że w projekcie nie odniesiono się do szczegółów związanych z działaniami edukacyjnymi, a także nie zaplanowano przeprowadzenia pre- i post-testów pozwalających na weryfikację wzrostu wiedzy uczestników PPZ oraz ich opiekunów prawnych.

W dokumencie wskazano 7 celów szczegółowych:

- (1) „edukacja na temat zdrowego odżywiania: zwiększenie wiedzy wśród dzieci i młodzieży na temat zasad zdrowego odżywiania, wartości odżywczych poszczególnych produktów oraz znaczenia zrównoważonej diety w codziennym życiu”,
- (2) „promocja aktywności fizycznej: zachęcanie dzieci i młodzieży do regularnej aktywności fizycznej poprzez organizację zajęć sportowych, gier ruchowych oraz edukację na temat korzyści zdrowotnych wynikających z ruchu”,

- (3) „wsparcie psychologiczne: zwiększenie świadomości dotyczącej aspektów psychologicznych związanych z nadwagą i otyłością, takich jak wpływ na samoocenę i relacje społeczne, oraz zapewnienie wsparcia psychologicznego w radzeniu sobie z tymi wyzwaniami”,
- (4) „rozwój umiejętności społecznych: kształtowanie umiejętności społecznych i emocjonalnych, które pomogą dzieciom i młodzieży w budowaniu pewności siebie oraz w radzeniu sobie z presją rówieśniczą i wpływami mediów w kontekście wyglądu fizycznego”,
- (5) „świadomość zdrowotna i profilaktyka: podnoszenie świadomości na temat długoterminowych skutków zdrowotnych nadwagi i otyłości, takich jak cukrzyca typu 2, choroby serca, czy problemy z układem kostno-stawowym, oraz promowanie profilaktyki poprzez regularne badania i kontrole zdrowotne”,
- (6) „zaangażowanie rodziców i opiekunów: włączenie rodziców i opiekunów w proces edukacyjny poprzez organizację warsztatów i spotkań, które pomogą im wspierać dzieci w dążeniu do zdrowego stylu życia oraz wprowadzać zmiany w codziennych nawykach żywieniowych i ruchowych”,
- (7) „współpraca z lokalnymi instytucjami: nawiązanie współpracy z lokalnymi placówkami oświatowymi, sportowymi oraz ochroną zdrowia w celu stworzenia zintegrowanego systemu wsparcia dla dzieci i młodzieży w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości”.

Cel szczegółowy nr 1 byłby możliwy do osiągnięcia w ramach zaplanowanych działań edukacyjnych, jednak w projekcie programu nie zaplanowano pomiaru wzrostu wiedzy uczestników za pomocą przeprowadzania pre- i post-testów. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Prawidłowe byłoby również zdefiniowanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników (np. o 30%). Należy przy tym także zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy (np. min. 85% poprawnych odpowiedzi w pre-teście). Ponadto nie wskazano wartości docelowej do jakiej należy dążyć.

Cele szczegółowe nr 2, 4, 6 i 7 zostały sformułowane nieprawidłowo, w postaci działania.

Cele szczegółowe nr 3 i 5 odnoszące się do zwiększenia świadomości również zostały sformułowane w sposób nieprawidłowy, ponieważ są w istocie niemierzalne. Cele powinny dotyczyć zwiększenia lub utrzymania poziomu wiedzy w danym zakresie. Stopień realizacji celów odnoszących się do zwiększenia lub utrzymania poziomu wiedzy można mierzyć za pomocą odpowiednich testów przed i po przeprowadzeniu działań w programie.

Należy zatem zaznaczyć, że w projekcie nie zaplanowano prawidłowo sformułowanych celów programu. Ponadto, żaden z celów nie odnosi się do pomiaru zmiany BMI, co powinno zostać ujęte w projekcie z uwagi na zaplanowane interwencje.

W dokumencie wskazano 2 mierniki efektywności:

- (1) „frekwencja na warsztatach: procent uczniów, którzy uczestniczyli w warsztatach, będzie miernikiem ich zaangażowania i skuteczności motywowania do uczestnictwa”,
- (2) „udział w zajęciach praktycznych: liczba dzieci aktywnie biorących udział w warsztatach kulinarnych, zajęciach ruchowych i innych aktywnościach proponowanych w ramach programu”.

Mierniki powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Przedstawione wskaźniki nie spełniają funkcji mierników efektywności, natomiast mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania. Do każdego z celów programu powinien zostać dobrany odpowiedni miernik efektywności.

W przypadku celu dotyczącego wzrostu lub utrzymania poziomu wiedzy należałoby dobrać miernik, pozwalający np. ocenić u jakiego odsetka uczestników nastąpił wzrost lub utrzymanie zakładanego poziomu wiedzy w wyniku realizacji działań w programie i czy została osiągnięta zakładana wartość docelowa np. 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, (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). Z uwagi na zaplanowane interwencje, w projekcie powinien również zostać zaplanowany cel odnoszący się do pomiaru zmiany BMI np. „zmniejszenie ryzyka powikłań nadwagi i otyłości w populacji docelowej poprzez obniżenie wartości wskaźnika BMI wśród 20% uczestników programu. Przykładem miernika do powyższego celu może być „odsetek dzieci, u których w trakcie trwania programu doszło do redukcji nadwagi i otyłości (redukcji BMI o 5 p.p.). Przewidywana wartość do osiągnięcia: redukcja BMI o 5 p.p. jednostki BMI w stosunku do pomiaru początkowego”. Sugeruje się, aby mierniki efektów zdrowotnych uzyskanych w programie polityki zdrowotnej przedstawiane były w formie odsetka.

Populacja docelowa

Zgodnie z założeniami, program ma być skierowany do dzieci i młodzieży w wieku 7-17 lat, uczęszczających do szkół podstawowych i średnich na terenie miasta Radom. W opisie populacji docelowej przedstawiono podział ww. populacji na trzy grupy wiekowe (7-10 lat, 11-13 lat oraz 14-17 lat) nie wskazano jednak danych dot. kwalifikacji do udziału w PPZ. Powoduje, to że nie ma jednoznacznych podstaw do oceny trafności założeń dotyczących budżetu, nie można również ocenić czy poprawnie zaplanowano populację, jaka ma skorzystać z interwencji.

W punkcie dotyczącym kryteriów włączenia do PPZ skoncentrowano się głównie na wyborze szkół, gdzie wskazano: wskaźnik nadwagi i otyłości wśród uczniów, zróżnicowanie demograficzne, zaangażowanie i wsparcie ze strony kadry nauczycielskiej i administracji szkolnej, infrastruktura szkoły, obecność programów zdrowotnych, poziom współpracy z rodzicami, wyniki edukacyjne uczniów, lokalizacja szkoły. Należy zaznaczyć, że przedstawiony opis nie stanowi prawidłowo sformułowanych kryteriów włączenia uczestników do PPZ w odniesieniu do zaplanowanych interwencji. Ponadto nie przedstawiono również kryteriów wyłączenia z PPZ. Kryteria włączenia dotyczą najczęściej wieku, konieczności miejsca zamieszkania/uczęszczania do szkoły na terenie JST, uzyskania zgody rodzica/opiekuna prawnego na udział w programie, mogą mieć również charakter kwalifikacyjnej wizyty lekarskiej, w trakcie której lekarz decyduje o uczestnictwie w programie, z kolei kryteria wyłączenia to np. korzystanie z podobnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych, pozostawanie pod opieką specjalistycznych poradni leczących nadwagę i otyłość czy brak wyrażenia przez potencjalnego uczestnika i/ lub rodziców/ opiekunów prawnych dziecka zgody na uczestnictwo w PPZ.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie warsztatów zdrowego odżywiania, program aktywności fizycznej, wsparcie psychologiczne, konsultacje dietetyczne, programy edukacyjne dla rodziców i opiekunów, działania promocyjne w szkole oraz dodatkowe działania wspierające.

Warsztaty edukacyjne dotyczące zdrowego odżywiania

W ramach programu zaplanowano warsztaty kulinarne, podczas których uczniowie będą przygotowywać zdrowe posiłki. Zostaną przeprowadzone lekcje dotyczące podstawowych zasad zdrowego odżywiania, w tym piramidy żywieniowej, czytania etykiet produktów spożywczych oraz rozróżniania zdrowych i niezdrowych przekąsek, zaplanowano prezentacje i dyskusje na temat wpływu fast foodów, słodzonych napojów i przekąsek na zdrowie. Warsztaty będą obejmować zarówno teoretyczną część edukacyjną, jak i praktyczne ćwiczenia. Interaktywny charakter warsztatów ma angażować uczniów, co zwiększy efektywność edukacyjną.

Program aktywności fizycznej

W ramach programu zaplanowano dodatkowe zajęcia sportowe takie jak fitness, joga, zajęcia taneczne, gry zespołowe czy zajęcia na świeżym powietrzu. Zostaną również zorganizowane konkursy i wyzwania sportowe, np. bieg na orientację, zawody sportowe, dni aktywności fizycznej oraz wprowadzone codzienne ćwiczenia rozgrzewkowe przed lekcjami, które będą wspomagały koncentrację i energię uczniów.

Wsparcie psychologiczne

W ramach PPZ zaplanowano przeprowadzenie warsztatów z psychologiem skupiających się na budowaniu pozytywnego obrazu własnego ciała, rozwijaniu umiejętności radzenia sobie ze stresem i presją społeczną. Podczas zajęć będą podejmowane również tematy dotyczące zdrowia psychicznego np. radzenie sobie z emocjami, budowanie odporności psychicznej oraz wzmacnianie poczucia własnej wartości. Zostaną przeprowadzone również indywidualne konsultacje psychologiczne dla uczniów potrzebujących dodatkowego wsparcia.

Konsultacje dietetyczne

Zaplanowano konsultacje dietetyczne dla uczniów, podczas których będą omawiane indywidualne plany żywieniowe dostosowane do potrzeb każdego dziecka. Konsultacje obejmą monitorowanie postępów uczniów poprzez pomiary BMI, wzrostu, masy ciała oraz innych wskaźników zdrowotnych. Planowane są również spotkania z rodzicami, mające na celu omówienie sposobów wspierania zdrowych nawyków żywieniowych w domu oraz monitorowanie diety dziecka. W ramach konsultacji będzie możliwe udzielanie porad i wsparcia dla rodziców w zakresie przygotowywania zdrowych posiłków oraz planowania codziennych posiłków rodzinnych.

Programy edukacyjne dla rodziców i opiekunów

Zostaną zorganizowane warsztaty i szkolenia dla rodziców na temat zdrowego odżywiania, planowania posiłków, aktywności fizycznej oraz radzenia sobie z wyzwaniami związanymi z nadwagą i otyłością. Odbędą się również spotkania informacyjne, na których rodzice będą mogli dowiedzieć się, jak wspierać swoje dzieci w zdrowym stylu życia, a także jak unikać błędów żywieniowych.

Opis zaplanowanych interwencji w PPZ został przedstawiony w sposób chaotyczny. Doszczegółowienia wymaga wskazanie, jakie inne wskaźniki zdrowotne będą monitorowane w zaplanowanych konsultacjach dietetycznych. Nie została zachowana ciągłość ścieżki uczestnika w PPZ, zatem nie jest wiadomo w jaki sposób chronologicznie będą wykonywane poszczególne interwencje.

Nie wskazano również czasu trwania poszczególnych interwencji, w związku z tym nie ma możliwości oceny czy zaplanowana w projekcie interwencja multikomponentowa obejmuje zalecane przez wytyczne 26 h kontaktowych. W części dot. budżetu wskazano liczbę godzin warsztatów: dietetyk – „np. 5 godzin”, psycholog – „np. 5 godzin”, pediatria – „np. 3 godziny”. Jednak przedstawione informacje w ramach budżetu nie są również jednoznacznie sprecyzowane, co również utrudnia weryfikację zaplanowanych godzin kontaktowych.

Ze względu na brak prawidłowego przedstawienia kryteriów kwalifikacji, nie jest jasne czy zaplanowane interwencje obejmą wszystkie osoby w wieku 7-17 lat, czy jednak to kryterium w postaci wartości wskaźnika BMI będzie stanowiło o udziale w poszczególnych interwencjach w PPZ.

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 natomiast jest analizą danych z PPZ, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

W ramach monitorowania zaplanowano systematyczne zbieranie danych takich jak np. dane demograficzne, dane o wskaźniku masy ciała (BMI), dane o poziomie aktywności fizycznej. Zaplanowano również monitorowanie frekwencji uczestników na warsztatach, nie przedstawiono jednak wskaźników mających zastosowanie w ocenie zgłaszalności. W ramach zgłaszalności należy monitorować co najmniej liczbę osób, które zgłosiły się do udziału w programie, liczbę osób zakwalifikowanych do programu, liczbę osób biorących udział w poszczególnych działaniach w programie, liczbę osób, które ukończyły program, liczbę osób, które zrezygnowały z udziału w programie ze wskazaniem przyczyn rezygnacji.

W zakresie monitorowania zaplanowano również regularne spotkania zespołu realizującego program w celu omawiania postępów, wyzwań i planowania dalszych działań. Zaplanowano również tworzenie raportów miesięcznych z realizacji programu, które zawierałyby dane z monitorowania oraz wnioski dotyczące skuteczności.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie będzie prowadzona za pomocą „ankiet oceniających jakość warsztatów i konsultacji z punktu widzenia uczestników i rodziców”. Wzór ww. ankiet nie został dołączony do projektu, zatem nie było możliwości jego weryfikacji. W celu oceny jakości świadczeń w programie zasadne jest stosowanie standaryzowanych narzędzi np. ankiet satysfakcji uczestników.

W części dot. ewaluacji wnioskodawca opisał szereg podpunktów tj. ewaluacja procesowa, ewaluacja wyników, ewaluacja wpływu długoterminowego, raportowanie wyników ewaluacji, edukacja uczestników, edukacja szkolna, edukacja społeczności lokalnej, w ramach których opisuje poszczególne działania. Należy jednak zaznaczyć, że w treści projektu nie przedstawiono poprawnie sformułowanych mierników mających zastosowanie w procesie ewaluacji, w związku z czym przeprowadzenie kompleksowej oceny efektywności programu będzie niemożliwe. Należy wskazać, że ewaluacja powinna się opierać na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu, co nie zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w programie.

W projekcie odniesiono się do wymagań dotyczących personelu, wyposażenia oraz warunków lokalowych, które muszą zostać spełnione w celu realizacji programu polityki zdrowotnej.

Przedstawiono opis sposobu informowania o programie.

W projekcie nie wskazano jednoznacznie, że realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest niezgodne z zapisami ustawowymi. Zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy „w przypadku programów polityki zdrowotnej wyboru realizatora tego programu dokonuje się w drodze konkursu ofert”.

Całkowity budżet programu oszacowano na 450 000 zł. W projekcie przedstawiono koszty jednostkowe.

W ramach kosztów wskazano również na dodatkowe usługi tj. koszty transportu oraz skalowalność programu. W projekcie zaznaczono, że na koszt całkowity będą składać się: 370 000 zł – prowadzenie warsztatów dotyczących zdrowia wśród dzieci i młodzieży, 30 000 zł – promocja programu oraz działania marketingowe, a także 50 000 zł – monitorowanie, ewaluacja programu oraz akcje informacyjne.

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 \geq 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 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).

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. Optymalnym czasem poświęcanym 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 (powinno 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 wyliczanie odchylenia standardowego BMI w celu oszacowania utraty wagi. Zmniejszenie odchylenia standardowego BMI (BMI-SDS) jest najlepszym wskaźnikiem wielkości utraty wagi, biorąc pod uwagę wiek i płeć pacjenta. Zmniejszenie >0,5, ale nawet > 0,25 (zgodnie z redukcją BMI 1 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 wykształconego 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 zbalansowana i urozmaicona dieta. Proces edukacyjny rozpoczyna się od oceny nawyków żywieniowych dziecka i rodziny (ocena składu posiłków, porcji, częstotliwości przyjmowania pokarmów, preferencji, metod gotowania). W tym celu wskazuje się na korzystanie z dzienniczka żywieniowego prowadzonego wspólnie z rodzicami (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 spożycia 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 trenażerze 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. 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 [$P=0,03$]), o 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

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.431.92.2024 „*Od-Waga – Kompleksowe leczenie nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży*”; data ukończenia grudzień 2024, oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 3/2025 z dnia 7 stycznia 2025 roku o projekcie programu „*Od-Waga – Kompleksowe leczenie nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży*” (m. Radom)