



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 25/2025 z dnia 20 marca 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi
i otyłości wśród dzieci i młodzieży w powiecie
piaseczyńskim na lata 2025-2027”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywne** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w powiecie piaseczyńskim na lata 2025-2027”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej odnosi się do problemu nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Nadmierna masa ciała, a szczególnie otyłość sprzyja rozwojowi wielu chorób m.in. cukrzycy typu 2, chorobom układu sercowo-naczyniowego, niektórym typom nowotworów. Otyłość zwiększa także ryzyko wystąpienia zaburzeń hormonalnych i metabolicznych czy zmian zwyrodnieniowych układu kostno-stawowego. Poza negatywnym wpływem na zdrowie fizyczne, wpływa również na jakość życia na płaszczyźnie psychospołecznej.

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 POZ, natomiast porada psychologiczna dla dzieci i młodzieży realizowana w ramach AOS oraz w ramach I poziomu referencyjnego. Niemniej w programie uwzględniono zapisy zabezpieczające ryzyko podwójnego finansowania świadczeń. W programie planuje się także działania informacyjno-edukacyjne, działania szkoleniowe dla kadry pedagogicznej, edukację zdrowotną rodziców, edukację zdrowotną dzieci i nastolatków, które stanowią wartość dodaną do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Należy jednak wskazać, że interwencje opisane w programie nie obejmują zalecanych przez wytyczne 26 h kontaktowych. Całkowity czas trwania wszystkich konsultacji w programie zaplanowano na około 10 godzin. Projekt wymaga weryfikacji i korekty w zakresie planowanej liczby godzin interwencji multikomponentowej.

Aby zapewnić jak najwyższą jakość realizacji programu, zaleca się również uwzględnienie uwag i sugestii przedstawionych w dalszej części niniejszej opinii.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Powiat Piaseczyński, zakładający: działania o charakterze edukacyjnym dla dzieci i nastolatków, rodziców i kadry pedagogicznej oraz działania w zakresie profilaktyki wtórnej otyłości przewidziane dla dzieci w wieku 9 lat oraz nastolatków w wieku 16 lat, którzy mają zdiagnozowaną otyłość. Koszt całkowity programu oszacowano na kwotę 285 000 zł. Program finansowany będzie z budżetu Powiatu Piaseczyńskiego.

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 i młodzieży. W projekcie przedstawiono szczegółowe informacje z ww. zakresu, odnosząc się m.in. do definicji otyłości, etiologii, czynników ryzyka, możliwych powikłań, definicji oraz wartości BMI (Body Mass Index), na podstawie, której rozpoznaje się nadwagę i otyłość oraz metod antropometrycznych do oceny stopnia otłuszczenia.

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

W opisie sytuacji epidemiologicznej przedstawiono światowe, europejskie, ogólnopolskie oraz regionalne dane dot. występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci. W odniesieniu do sytuacji na świecie, w projekcie przywołano dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i wskazano, że w 2022 roku wśród dzieci poniżej 5 roku życia problem nadwagi i otyłości dotyczył około 37 milionów dzieci, a wśród dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat – ponad 390 milionów osób.

Odnosząc się do danych krajowych, przywołano dane z Eurostat, z których wynika, że w 2019 roku otyłość dotyczyła 19% dorosłych Polaków, co oznaczało wzrost względem 2014 roku. Najwyższe odsetki osób z otyłością odnotowano m.in. na Malcie i Węgrzech, a najniższy w Rumunii (10,9%).

W kontekście regionalnym i lokalnym wskazano, że na Mazowszu 19,8% uczniów zmagają się z nadwagą lub otyłością. W szkołach podstawowych nadwaga dotyczy 10,4% uczniów, a otyłość 9,4%, natomiast w szkołach ponadpodstawowych wartości te wynoszą 12,5% i 7,3%. Badania profilaktyczne w Powiecie Piaseczyńskim (2022) wykazały nadwagę u 23% uczniów i otyłość u 8,6%.

W projekcie odniesiono się również do aktualnej Mapy Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „obniżenie wartości wskaźnika BMI o co najmniej 3 centyle wśród co najmniej 20% uczestników PPZ zmagających z otyłością”.

Cel główny został sformułowany prawidłowo i znajduje odzwierciedlenie w obowiązujących rekomendacjach.

W dokumencie wskazano 2 cele szczegółowe:

- (1) „Uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) z zakresu czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki nadwagi i otyłości, wśród co najmniej 80% kadry szkolnej uczestniczącej w działaniach szkoleniowych”;
- (2) „Uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) z zakresu czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki nadwagi i otyłości, wśród co najmniej 70% uczestników działań edukacyjnych realizowanych podczas pierwszej konsultacji dietetycznych”.

Cele szczegółowe nr 1 i 2 wydają się możliwe do osiągnięcia w ramach zaplanowanych w projekcie działań edukacyjnych. W projekcie programu zaplanowano pomiar wzrostu wiedzy uczestników za pomocą przeprowadzania pre- i post-testów. Do projektu załączono wzory testów, które nie budzą zastrzeżeń. W projekcie uzasadniono także wskazane wartości docelowe celu głównego i celów szczegółowych podkreślając, że przyjęto je na podstawie doświadczeń z realizacji innych programów polityki zdrowotnej w Warszawie, a także wniosków z dialogu podjętego z przedstawicielami potencjalnych realizatorów. Należy jednak wskazać, że w projekcie nie opisano ww. doświadczeń innych JST, ani też nie przytoczono wniosków z dialogu podjętego z przedstawicielami potencjalnych realizatorów, co warto uzupełnić.

W dokumencie wskazano 3 mierniki efektywności:

- (1) *„Odsetek dzieci i nastolatków z otyłością, u których doszło do obniżenia wartości wskaźnika BMI o co najmniej 3 centyle, względem wszystkich uczestniczących w działaniach w zakresie profilaktyki wtórnej otyłości”;*
- (2) *„Odsetek osób, u których w teście wiedzy uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki nadwagi i otyłości, względem wszystkich uczestniczących w szkoleniu dla kadry szkolnej osób, które wypełniły test”;*
- (3) *„Odsetek dzieci i nastolatków z otyłością, u których w teście wiedzy uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki nadwagi i otyłości, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły test podczas pierwszej konsultacji dietetycznej”.*

Miernik nr 1 odnosi się do celu głównego. Miernik nr 2 odnosi się do celu szczegółowego nr 1. Miernik nr 3 odnosi się do celu szczegółowego nr 2. Zaproponowane w projekcie mierniki zostały zaplanowane prawidłowo.

Populacja docelowa

W programie wskazano, że populację docelową w ramach działań informacyjno-edukacyjnych stanowić będą dzieci i młodzież w wieku szkolnym, uczęszczające do szkół podstawowych oraz ponadpodstawowych w powiecie piaseczyńskim oraz ich rodzice. W ramach działań edukacyjnych, skierowanych do dzieci i młodzieży, obejmujących edukację zdrowotną, program będzie obejmował wszystkie dzieci uczęszczające do szkół podstawowych oraz szkół ponadpodstawowych na terenie powiatu piaseczyńskiego. Dodatkowo, w ramach działań dotyczących wtórnej profilaktyki otyłości, program będzie skierowany do dzieci w wieku 9 lat oraz nastolatków w wieku 16 lat, którzy mają zdiagnozowaną otyłość.

W projekcie przedstawiono informacje dotyczące liczebności populacji kwalifikującej się do udziału w programie. Powołano się na dane GUS wskazując, że Powiat Piaseczyński zamieszkuje ok. 36,65 tys. dzieci w wieku szkolnym i 73,3 tys. rodziców. Liczba osób w wieku 9 i 16 lat wynosi ok. 17,1 tys., z czego 8,6% (ok. 1 470) zmagają się z otyłością. Program, w ramach działań profilaktyki wtórnej otyłości, obejmie 160 dzieci (po 80 z każdej z ww. grup wiekowych), co stanowi 9,4% tej populacji. Dodatkowo szkoleniem objęci zostaną nauczyciele klas III szkół podstawowych i klas II szkół ponadpodstawowych – ok. 250 osób.

Świadczenia w programie będą udzielane według kolejności zgłoszeń, do wyczerpania budżetu. W przypadku mniejszej liczby dzieci z otyłością zgłaszających się do programu, możliwe będzie włączenie do programu także dzieci z nadwagą, aby optymalnie wykorzystać dostępne środki.

Zaproponowane w programie kryteria kwalifikacji oraz kryteria wyłączenia zostały zaplanowane prawidłowo.

Należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, co zostało ujęte w projekcie w ramach kryteriów wykluczenia w zakresie profilaktyki wtórnej otyłości.

Interwencja

W projekcie programu zaplanowano interwencje:

- działania informacyjno-edukacyjne,
- działania szkoleniowe dla kadry pedagogicznej,
- edukację zdrowotną rodziców,
- edukację zdrowotną dzieci i nastolatków,
- działania w zakresie profilaktyki wtórnej otyłości.

Działania informacyjno-edukacyjne

Działania informacyjno-edukacyjne będą realizowane we współpracy z powiatem piaseczyńskim, placówkami POZ, placówkami oświatowymi, organizacjami pozarządowymi oraz lokalnymi mediami. Informacje o Programie zostaną udostępnione w siedzibie realizatora, placówkach oświatowych i miejscach użyteczności publicznej, w tym w Starostwie Powiatowym w Piasecznie, poprzez komunikaty internetowe i materiały drukowane. Główne założenia działań obejmują przekazywanie mieszkańcom informacji o programie polityki zdrowotnej, edukację na temat czynników ryzyka, diagnostyki i profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży. W programie zaplanowano wykorzystanie różnych metod przekazu, takich jak ulotki, plakaty, publikacje w mediach społecznościowych i lokalnych.

Działania szkoleniowe dla kadry pedagogicznej

Szkolenie dla kadry pedagogicznej obejmie zagadnienia dotyczące czynników ryzyka nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży oraz ich konsekwencje zdrowotne, a także skuteczność działań profilaktycznych. Szkolenie ma zachęcać nauczycieli do informowania rodziców o problemie nadmiernej masy ciała dziecka zawsze, gdy istnieje podejrzenie, że może ono zmagać się z nadwagą lub otyłością.

Szkolenie odbędzie się w formie online i zostanie nagrane, aby umożliwić wielokrotne odtwarzanie, co pozwoli dotrzeć z przekazywanymi treściami do szerszego grona odbiorców. Nauczyciele otrzymają materiały edukacyjne, w tym prezentacje dostosowane do różnych grup wiekowych: klasy I-III, IV-VIII oraz szkoły ponadpodstawowe.

Szkolenie przewiduje ocenę poziomu wiedzy uczestników po jego zakończeniu za pomocą testu opracowanego przez realizatora. Test ten będzie zawierał co najmniej 10 pytań zamkniętych, umożliwiając ocenę stopnia przyswojenia materiału. Do programu dołączono wzór testu, który nie budzi zastrzeżeń.

Edukacja zdrowotna rodziców

Program przewiduje edukację zdrowotną rodziców poprzez udostępnienie im linku do 90-minutowego wykładu online za pośrednictwem szkolnych dzienników elektronicznych. Wykład, prowadzony przez dietetyka, będzie dotyczył czynników ryzyka nadwagi i otyłości u dzieci, ich konsekwencji zdrowotnych oraz skutecznych działań profilaktycznych. Rodzice zostaną zachęceni do samodzielnej oceny BMI dziecka, a w przypadku stwierdzenia nadwagi lub otyłości – do konsultacji z lekarzem POZ lub dietetykiem. W ramach wykładu przedstawione zostaną również rzetelne źródła informacji oraz lista placówek medycznych i dietetycznych w powiecie piaseczyńskim i okolicach, świadczących usługi zarówno w ramach NFZ, jak i prywatnie. Aktualizacją tej listy zajmie się realizator.

Edukacja zdrowotna dzieci i nastolatków

Edukacja zdrowotna dla dzieci i młodzieży będzie prowadzona przez wychowawców klas III szkół podstawowych oraz klas II szkół ponadpodstawowych, którzy ukończyli odpowiednie szkolenie. Pozostali wychowawcy będą mogli realizować zajęcia po obejrzeniu nagrania ze szkolenia i otrzymaniu wzoru prezentacji multimedialnej do wykorzystania w trakcie edukacji zdrowotnej. Zajęcia powinny

odbywać się co najmniej raz w roku w każdej klasie, zarówno w szkołach podstawowych, jak i ponadpodstawowych. Ich tematyka obejmie czynniki ryzyka nadwagi i otyłości, ich konsekwencje zdrowotne oraz metody zapobiegania tym problemom.

Działania w zakresie profilaktyki wtórnej otyłości

Konsultacje dietetyczne

W ramach programu przewidziano 7 konsultacji dietetycznych, z których pierwsza odbędzie się niezwłocznie po przyjęciu dziecka i potrwa 60 minut, a kolejne – trwające co najmniej 45 minut – będą odbywać się co miesiąc przez 6 miesięcy.

Celem pierwszej konsultacji dietetycznej będzie potwierdzenie diagnozy otyłości poprzez pomiar BMI oraz przeprowadzenie wywiadu żywieniowego, omówienie przykładowego jadłospisu oraz przedstawienie zaleceń dietetycznych. Dziecko przejdzie także indywidualną edukację zdrowotną, która uwzględnia test wiedzy o nadwadze i otyłości. Rodzice otrzymają 14-dniowy jadłospis z możliwością stosowania przez 28 dni.

Kolejne konsultacje obejmą pomiary masy ciała, edukację żywieniową, dostosowanie jadłospisu do preferencji dziecka oraz monitorowanie jego stanu zdrowia. Pomiar BMI będzie wykonywany na każdej wizycie. Należy zaznaczyć, że konsultacje mogą być przeprowadzane online, z wyjątkiem pierwszej i ostatniej wizyty, które muszą odbyć się osobiście. Na ostatnim spotkaniu rodzice zostaną poinformowani przez dietetyka, o zrealizowaniu 12 z 26 zalecanych przez wytyczne konsultacji oraz o zaleceniu odbycia poza programem, co najmniej 14 dodatkowych konsultacji, zgodnie z zaleceniami ekspertów. Otrzymają także listę lokalnych placówek świadczących usługi dietetyczne, psychodietetyczne i związane z aktywnością fizyczną, w tym placówki działające w ramach NFZ. Wizyta zakończy się wypełnieniem karty uczestnika programu.

Konsultacje psychologiczne/psychodietetyczne

W ramach programu przewidziano 3 konsultacje psychologiczne lub psychodietetyczne. Pierwsza odbędzie się niezwłocznie po przyjęciu dziecka, potrwa 60 minut i musi odbyć się stacjonarnie, natomiast kolejne dwie (po 45 minut każda) mogą odbywać się online.

Podczas pierwszej konsultacji przeprowadzony zostanie pogłębiony wywiad psychologiczny dotyczący aktualnych nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej dziecka oraz rodziców. Ocena obejmie m.in. jedzenie pod wpływem emocji, problemy z samokontrolą, stosowanie jedzenia jako nagrody lub kary oraz bariery w aktywności fizycznej. W ramach tej wizyty oceniany będzie również stan zdrowia psychologicznego dziecka, opracowywany plan zmiany zachowań zdrowotnych oraz psychologicznych oddziaływań opartych na zasadach terapii behawioralnej.

Kolejne spotkania będą koncentrować się na pracy nad zmianą nawyków za pomocą metod behawioralnych, takich jak wyznaczanie celów, trening uważności i poprawa samokontroli. Obejmą także dostosowanie strategii psychologicznych do indywidualnych potrzeb dziecka oraz monitorowanie jego stanu psychicznego w kontekście nadwagi lub otyłości. Na zakończenie programu wypełniona zostanie karta uczestnika.

Konsultacje z zakresu aktywności ruchowej

W ramach programu przewidziano 2 konsultacje dotyczące aktywności ruchowej, prowadzone przez fizjoterapeutę lub specjalistę aktywności ruchowej. Pierwsza, trwająca 60 minut, odbędzie się niezwłocznie po przyjęciu dziecka, a druga – 45-minutowa – w późniejszym terminie.

Podczas pierwszej konsultacji omówione zostaną zalecenia dotyczące aktywności fizycznej, w tym rekomendacja 60 minut dziennie umiarkowanej do intensywnej aktywności. Oceniony zostanie stan zdrowia i wydolność fizyczna dziecka, a także opracowany indywidualny zestaw ćwiczeń dopasowany do jego możliwości i preferencji. Druga konsultacja skupi się na edukacji dotyczącej poprawności

wykonywania ćwiczeń, dostosowaniu zestawu do potrzeb dziecka oraz monitorowaniu stanu zdrowia w kontekście nadwagi lub otyłości. Na zakończenie programu wypełniona zostanie karta uczestnika.

W ramach profilaktyki wtórnej otyłości sporządzona zostanie krótka notatka podsumowująca stan zdrowia dziecka po zakończeniu programu. Zostanie ona przekazana rodzicom wraz z zaleceniem dostarczenia kopii lekarzowi POZ.

Podsumowując, całkowity czas trwania wszystkich konsultacji w programie wynosi około 10 godzin. Ponadto wskazano, że rodzice zostaną poinformowani o zaleceniu odbycia co najmniej 14 dodatkowych konsultacji, ale już poza programem. Należy podkreślić, że zgodnie z wytycznymi USPSTF i innych organizacji liczba zalecanych godzin kontaktowych wynosi co najmniej 26. Tym samym oceniany program nie jest zgodny z zaleceniami w zakresie minimalnej liczby godzin kontaktowych planowanych interwencji. Powyższa kwestia wymaga weryfikacji i uzupełnienia.

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. Przy czym zapisy programu uwzględniają ryzyko podwójnego finansowania świadczeń.

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 PPZ prowadzona będzie w oparciu o analizę sprawozdań okresowych za pomocą następujących wskaźników: „liczba uczestników działań szkoleniowych dla kadry pedagogicznej”, „liczba rodziców objętych działaniami z zakresu edukacji zdrowotnej (liczba udostępnień linku z wykładem online)”, „liczba dzieci i nastolatków objętych działaniami z zakresu edukacji zdrowotnej”, „liczba dzieci i nastolatków zakwalifikowanych do działań w zakresie profilaktyki wtórnej otyłości”, „liczba dzieci i nastolatków, które ukończyły pełen cykl działań w zakresie profilaktyki wtórnej otyłości”, „analiza liczby dzieci i nastolatków, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji”. Przedstawione powyżej wskaźniki zostały zaprojektowane prawidłowo.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie zostanie dokonana na podstawie ankiety satysfakcji oraz analizie pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu. Wzór ankiety został dołączony do programu i nie budzi zastrzeżeń.

Proces ewaluacji rozpocznie się po zakończeniu realizacji programu, z wykorzystaniem wskaźników: „odsetek dzieci i nastolatków z otyłością, u których doszło do obniżenia wartości wskaźnika BMI o co najmniej 3 centyle, względem wszystkich uczestniczących w działaniach w zakresie profilaktyki wtórnej otyłości”, „odsetek osób, u których w teście wiedzy uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki nadwagi i otyłości, względem wszystkich uczestniczących w szkoleniu dla kadry szkolnej osób, które wypełniły test” oraz „odsetek dzieci i nastolatków z otyłością, u których w teście wiedzy uzyskano wysoki poziom wiedzy

(min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki nadwagi i otyłości, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły test podczas pierwszej konsultacji dietetycznej”. Należy wskazać, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w programie oraz wymagań dotyczących personelu, wyposażenia oraz warunków lokalowych.

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

W projekcie przedstawiono koszty jednostkowe, koszty roczne realizacji programu, koszt całkowity oraz źródła finansowania.

Koszt całkowity został oszacowany na 285 000 zł (ok. 55 000 zł w 2025 roku, ok. 135 000 zł w 2026 roku oraz ok. 95 000 zł w 2027 roku).

Program ma zostać sfinansowany z budżetu Powiatu Piaseczyńskiego. Zaznaczono jednocześnie, że Powiat Piaseczyński w latach 2026-2027 dopuszcza możliwość starania się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Mazowiecki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia.

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

W Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.) znajdują się wykazy świadczeń gwarantowanych obejmujące kompleksową ocenę stanu zdrowia dzieci i młodzieży, udzielane przez:

- lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – obejmujące poradę patronażową i badania bilansowe, w tym badania przesiewowe;
- pielęgniarkę POZ – obejmujące wizytę patronażową oraz testy przesiewowe mające na celu monitorowanie rozwoju dziecka i wykrywanie odchyłań od normy rozwojowej;
- położną POZ – obejmujące wizytę patronażową;
- pielęgniarkę lub higienistkę szkolną – obejmujące wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych oraz kierowanie postępowaniem post-przesiewowym i sprawowanie opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie wytycznych klinicznych

Populacja docelowa

Działania profilaktyczne nacelowane na otyłość w populacji pediatrycznej powinny dotyczyć wszystkich osób <18 r.ż. Zakres realizowanych działań profilaktycznych i leczniczych powinien być także dopasowany do wieku dzieci i młodzieży. Należy mieć także na uwadze obecność dodatkowych czynników ryzyka nadwagi i otyłości jak predyspozycje genetyczne, choroby współistniejące czy przyjmowanie farmakoterapeutyków, przy podaniu których pojawia się działanie niepożądane w postaci zwiększenia masy ciała (USPSTF 2024, RACGP 2024, AAP 2023, HAS 2023, NICE 2023, MQIC 2022a, MQIC 2022b, KSSO 2022, PTP/ PTOD/ PTEiD/ KLRwP/PTBnO 2022, ESPGHNCN 2021, UNICEF 2019, KSPGHAN 2019).

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).

Badania przesiewowe w kierunku nadwagi i otyłości w populacji pediatrycznej powinny odbywać się na drodze pomiaru wartości BMI z jednoczesnym zastosowaniem odpowiednich dla płci i wieku siatek centylowych (AAP 2023, HAS 2023, NICE 2023, MQIC 2022a, KSSO 2022, KSPGHAN).

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).

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 zdrowego 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 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 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. przeprowadzono szkolenia dla personelu medycznego i stomatologicznego (mające na celu wdrożenie zintegrowanego podejścia do promocji zdrowia w przedszkolach), dla osób pracujących z małymi dziećmi (mające na celu wzmocnienie działań z zakresu zdrowego żywienia i podejmowania aktywnych zabaw). Ponadto program obejmował m.in. dystrybucję materiałów akcydensowych, działania wspierające promocję zdrowia (e-maile, telefony i wizyty), włączenie szkoleń z zakresu realizacji aktywnych zabaw w ramach szkoleń zawodowych dla pracowników placówek sprawujących opiekę nad małymi dziećmi i współpracy międzysektorową.

W wyniku przeprowadzonych interwencji zaobserwowano:

- znaczące zmniejszenie spożycia niezdrowej żywności:
 - dzienne spożycie pakowanych przekąsek grupa badana vs. kontrolna, współczynnik regresji = -0,23 [95% CI -0,44; -0,33], $p=0,03$,
 - dzienne spożycie syropów cukrowych grupa badana vs. kontrolna, współczynnik regresji = -0,43 [95% CI -0,73; -0,13], $p=0,005$;
- znaczące zwiększenie konsumpcji zdrowych produktów:
 - dzienne spożycie warzyw na początku badania vs. po 3 latach w grupie badanej, współczynnik regresji = 0,41 [95% CI 0,30; 0,51], $p<0,001$;
 - dzienne spożycie owoców na początku badania vs. po 3 latach w grupie badanej, współczynnik regresji = 0,52 [95% CI 0,42; 0,61], $p<0,001$;
 - dzienne spożycie wody na początku badania vs. po 3 latach w grupie badanej, współczynnik regresji = 0,11 [95% CI 0,02; 0,20], $p=0,02$;
 - istotny, pozytywny wpływ na czas spędzany przed TV (współczynnik regresji -0,03 minut/dziennie [95% CI -0,04; -0,02], $p<0,001$ w grupie badanej w porównaniu z kontrolną w 3 roku realizacji) (Specchia 2018, de Silva-Sanigorski 2010).

W ramach programu APPLE (A Pilot Programme for Lifestyle and Exercise) realizowanego w populacji między 5 a 12 r.ż., do każdej ze szkół stanowiących grupę interwencyjną, przypisano tzw. koordynatorów aktywności społecznej (Community Activity Coordinators), którzy odpowiedzialni byli m.in. za opracowanie tzw. „programu aktywności” dla danej społeczności lokalnej, celem zachęcenia wszystkich dzieci do podejmowania nieznacznie większej aktywności fizycznej niż dotychczas, poprzez poszerzenie zakresu form aktywności dostępnych w szkołach. W wyniku realizacji ww. programu odnotowano:

- znaczącą redukcję spożycia przez dzieci napojów gazowanych (redukcja o 33% w porównaniu z grupą kontrolną [$P=0,04$]), soków owocowych i napojów (redukcja o 30% w porównaniu z grupą kontrolną [$P=0,03$]), większe spożycie owoców (różnica między grupą badaną, a kontrolną = 0,8 [95% CI 0,5; 1,1], $P<0,01$),
- zwiększenie czasu spędzanego na aktywności fizycznej w pierwszym roku okresu obserwacji (różnica między grupą badaną a kontrolną wynosiła:
 - -0,91 [95% CI -0,85; -0,97], $p=0,007$ – czas spędzany na aktywnościach 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. Realizacja 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.

Z upoważnienia Prezesa

Anna Kowalczyk

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu zdrowotnej nr OT.431.7.2025 „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w powiecie piaseczyńskim na lata 2025-2027”; data ukończenia marzec 2025, oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 46/2025 z dnia 17 marca 2025 roku o projekcie programu „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w powiecie piaseczyńskim na lata 2025-2027”.