



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 28/2025 z dnia 28 marca 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki
nadwagi i otyłości wśród uczniów klas IV szkół
podstawowych w Mieście Suwałki na lata 2025-2028”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywne** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród uczniów klas IV szkół podstawowych w Mieście Suwałki na lata 2025-2028”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej odnosi się do problemu nadwagi i otyłości wśród dzieci 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 uczniów, rodziców/opiekunów prawnych, wychowawców oraz pracowników stołówek szkolnych, które stanowią wartość dodaną do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

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

- weryfikacji i korekty w zakresie planowanej liczby godzin interwencji multikomponentowej;
- zaprojektowania miernika efektywności odpowiadającego celowi głównemu;
- określenia czasu trwania oraz liczby uczestników warsztatów kulinarnych;

- prawidłowego zaplanowania wskaźników w zakresie monitorowania i ewaluacji, umożliwiającego przeprowadzenie kompleksowej oceny efektywności.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Miasto Suwałki kierowany do dzieci z klas IV szkół podstawowych w Suwałkach. W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie badań przesiewowych i interwencji terapeutycznej obejmującej konsultacje dietetyczne, konsultacje psychologiczne, zajęcia ruchowe, warsztaty dietetyczne. W projekcie przewidziano również działania informacyjno-edukacyjne dla uczniów, rodziców/opiekunów prawnych, wychowawców oraz pracowników stołówek szkolnych. Program ma być realizowany w latach 2025-2028. Koszt całkowity programu oszacowano na kwotę 543 149 zł. Program finansowany będzie z budżetu Miasta Suwałki.

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.

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) oraz Imperial College London i wskazano, że w 2022 roku ponad 390 mln dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat miało stwierdzoną nadwagę, a 160 mln osób cierpiało na otyłość. Odnosząc się do sytuacji europejskiej przedstawiono dane dotyczące odsetka otyłych 15-latków w Europie. W krajach Europy Zachodniej wynosi on od 2,7% do 6,5%, natomiast w Europie Południowej jest wyższy, np. w Grecji 10,8% u chłopców i 5,5% u dziewcząt. Wskazał także, że nadwaga jest częstsza niż otyłość, szczególnie w Grecji, gdzie dotyczy 8,9% chłopców i 16,4% dziewcząt.

W kontekście regionalnym i lokalnym odniesiono się do sprawozdania MZ-11, wskazując, że w 2023 roku w Suwałkach lekarze podstawowej opieki zdrowotnej objęli opieką niemal 3,5 tys. dzieci i młodzieży (0-18 lat). W latach 2022-2023 odnotowano wzrost przypadków otyłości – z 171 w 2022 r. do 181 w 2023 r. Liczba nowo zdiagnozowanych przypadków spadła z 37 w 2022 r. do 29 w 2023 r.

W projekcie odniesiono się do nieaktualnej Mapy Potrzeb Zdrowotnych pn. „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych dla województwa podlaskiego”, wskazując, że „zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „Otyłość”, w roku 2016 wyniosła 32,3 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 84,0”.

Zgodnie z informacjami zawartymi w aktualnej MPZ na lata 2022-2026 w przypadku województwa podlaskiego największy wpływ na utratę lat przeżytych w zdrowiu biorąc pod uwagę wskaźnik DALY mają: palenie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi, wysokie BMI, wysokie stężenie glukozy oraz ryzyka żywieniowe. Choć sytuacja w tych obszarach jest lepsza niż średnio w kraju, nadal negatywnie wpływają one na długość życia w zdrowiu mieszkańców.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości (średnio o 3 centyle BMI w porównaniu z wynikami pomiarów antropometrycznych wykonanych na rozpoczęcie realizacji programu) wśród około 30% uczniów klas IV biorących udział w wieloelementowej interwencji, uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Miasta Suwałki w latach 2025-2028”.

Cel główny został sformułowany prawidłowo i znajduje odzwierciedlenie w obowiązujących rekomendacjach, należy zaznaczyć, że nie wskazano uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej.

W dokumencie wskazano 3 cele szczegółowe:

- (1) „zwiększenie poziomu wiedzy na temat zdrowego odżywiania oraz konsekwencji nadwagi i otyłości u co najmniej 30% uczniów, ich rodziców/wychowawców z Miasta Suwałki, uczestniczących w programie, w latach 2025-2028”;
- (2) „zwiększenie poziomu wiedzy na temat zdrowego odżywiania oraz konsekwencji nadwagi i otyłości u co najmniej 30% pracowników kuchni i stołówek szkolnych uczestniczących w programie, w latach 2025-2028”;
- (3) „zwiększenie o co najmniej 30% aktywności fizycznej wśród uczniów klas IV oraz ich rodziców, którzy wzięli udział w programie, w latach 2025-2028 jako rezultat zajęć z działań terapeutycznych”.

Cele szczegółowe nr 1 i 2 odnoszą się do wzrostu poziomu wiedzy wśród uczestników PPZ i wydają się możliwe do osiągnięcia w ramach zaplanowanych w projekcie działań edukacyjnych. W projekcie zaplanowano pomiar wzrostu wiedzy uczestników za pomocą przeprowadzania pre- i post-testów, załączone testy nie budzą zastrzeżeń. Cel szczegółowy nr 3 również wydaje się możliwy do osiągnięcia ze względu na zaplanowane działania terapeutyczne. Warto jednak podkreślić, że w odniesieniu do celów szczegółowych nie wskazano uzasadnień dla podanych wartości docelowych.

W dokumencie wskazano 3 mierniki efektywności:

- (1) „liczba uczniów, ich rodziców/wychowawców z Miasta Suwałki, którzy zwiększyli swoją wiedzę na temat zdrowego odżywiania oraz konsekwencji nadwagi i otyłości”;
- (2) „liczba pracowników kuchni i stołówek szkolnych, którzy zwiększyli swoją wiedzę na temat znaczenia zdrowego odżywiania dla zdrowia całego organizmu dzięki udziałowi w programie”;
- (3) „liczba uczniów oraz ich rodziców, którzy regularnie podejmują aktywność fizyczną co najmniej dwa razy w tygodniu”.

Zaproponowane w projekcie mierniki odnoszą się do celów szczegółowych, dodatkowo sugeruje się wyrazić je w odsetkach i w przypadku miernika 3 odnieść wynik do stanu na początku programu. Jednak należy zaznaczyć, że nie przedstawiono miernika efektywności odpowiadającego celowi głównemu, co wymaga uzupełnienia.

Populacja docelowa

Populację docelową w ramach działań edukacyjnych stanowią uczniowie klas IV szkół podstawowych z terenu Suwałk oraz rodzice/opiekunowie prawni dzieci uczestniczących w programie. Na podstawie danych GUS oszacowano, że liczba uczniów klas IV wynosi 2 645. Przy założeniu, że udział w programie weźmie 80% tej grupy, planuje się, że w ciągu czterech lat w działaniach weźmie udział około 2 116 uczniów (80% z 2 645 dzieci). Zgodnie z treścią PPZ, z danych przedstawionych przez dyrektorów szkół podstawowych wynika, że problem nadwagi dotyka około 13% uczniów, a 5% zmaga się z otyłością. W ramach programu wsparciem kompleksowym zostanie objętych około 18% uczniów klas IV szkół podstawowych, co oznacza, że około 381 uczniów będzie uczestniczyć w działaniach programu przez 4 lata (18% x 2 116 uczniów). Szacuje się, że około 50% rodziców weźmie udział w spotkaniach edukacyjnych, co wskazuje na udział 1 323 rodziców przez cztery lata. Program przewiduje również działania edukacyjne skierowane do nauczycieli wychowawców klas IV (około 33 osób) oraz pracowników stołówek szkolnych, w tym kierowników, kucharzy, intendentów i pomocy kuchennej (około 38 osób).

Decyzja o przyjęciu do programu będzie oparta na kolejności zgłoszeń. Program obejmie wszystkie dzieci z populacji docelowej, które spełniają kryteria kwalifikacji, do momentu wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację planowanych interwencji.

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

Należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielaty u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, co zostało ujęte w projekcie w ramach kryteriów kwalifikacji do części edukacyjnej i diagnostycznej i terapeutycznej.

Interwencja

W projekcie programu zaplanowano interwencje:

- działania informacyjno-edukacyjne dla uczniów, rodziców/opiekunów prawnych, wychowawców oraz pracowników stołówek szkolnych,
- badania przesiewowe i interwencję terapeutyczną skierowaną do dzieci obejmującą konsultacje dietetyczne, konsultacje psychologiczne, zajęcia ruchowe, warsztaty dietetyczne.

Edukacja zdrowotna dla uczniów

Projekt zakłada objęcie edukacją zdrowotną uczniów klas IV szkół podstawowych w Suwałkach przez cztery lata. W każdym roku szkolnym odbędą się cztery spotkania – dwa w okresie wrzesień-grudzień i dwa w okresie styczeń-czerwiec. Zajęcia, trwające co najmniej godzinę, będą prowadzone na terenie suwalskich jednostek oświatowych i obejmą zabawy, pogadanki oraz aktywności edukacyjne, ze szczególnym naciskiem na profilaktykę otyłości i zdrowe nawyki żywieniowe. Podczas zajęć szczególną uwagę będzie należało położyć na edukację dotyczącą zagrożeń związanych z otyłością, a interwencje skupią się głównie na profilaktyce pierwotnej. Program przewiduje także praktyczne elementy, takie jak wspólne przygotowywanie posiłków oraz naukę podstawowych zasad higieny. W projekcie wskazano, że możliwe będzie prowadzenie zajęć w formie zdalnej. Poziom wiedzy uczniów zostanie oceniony za pomocą pre-test i post-testu wiedzy, który będzie dostępny zarówno w formie papierowej jak i na e-platformie. Do programu załączono wzór testu wiedzy, który nie budzi zastrzeżeń.

Edukacja zdrowotna dla rodziców i wychowawców

Program przewiduje edukację zdrowotną rodziców i wychowawców uczniów w formie wykładów, podczas których będą omawiane zagadnienia dotyczące diety, aktywności fizycznej, czynników wpływających na występowanie nadwagi i otyłości oraz kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych wśród dzieci. Spotkania będą prowadzone na terenie suwalskich jednostek oświatowych, w dniach, w których organizowane są zebrania wychowawców z rodzicami, co najmniej 4 razy w ciągu roku szkolnego, po 45 minut każde. Poziom wiedzy uczestników interwencji edukacyjnej zostanie oceniony za pomocą pre-test i post-testu wiedzy, do programu załączono wzór testu wiedzy, który nie budzi zastrzeżeń.

Edukacja zdrowotna dla pracowników stołówek szkolnych

Działania edukacyjne będą przeprowadzone w formie 2 wykładów, które będą obejmowały zagadnienia dotyczące warunków sanitarnych kuchni i jadalni, utrzymywanie higieny przygotowania posiłków oraz ocenę kaloryczności oraz wartości odżywczej posiłków ucznia.

Działania kwalifikacyjne i diagnostyczne

W ramach projektu zaplanowano przeprowadzenie pomiarów antropometrycznych (masa ciała, wzrost, BMI) w celu wykrycia nadwagi i otyłości u dzieci, w szkole w godzinach zajęć. Diagnoza będzie oparta na pomiarze wskaźnika BMI z uwzględnieniem wieku dziecka i siatek centylowych. Pomiarów dokonają pielęgniarki w szkołach podczas zajęć, a w przypadku edukacji realizowanej w formie zdalnej

– rodzice po odpowiednim przeszkoleniu. Wyniki BMI zostaną omówione z uczestnikami i ich opiekunami przez pielęgniarki lub pielęgniarzy środowiska nauczania i wychowania. Dzieci z nadwagą lub otyłością będą mogły skorzystać z terapii w ramach programu.

Interwencja terapeutyczna

Konsultacje dietetyczne

W ramach programu przewidziano 5 indywidualnych konsultacji dietetycznych, trwających minimum 30 minut każda. Pierwsza odbędzie się między październikiem a grudniem, a kolejne cztery – od stycznia do czerwca danego roku szkolnego. Porady będą prowadzone przez dietetyka, który przeanalizuje nawyki żywieniowe dziecka, przeprowadzi wywiad zdrowotny i żywieniowy oraz pomiary składu ciała i BMI. Na tej podstawie zostaną opracowane indywidualne zalecenia dietetyczne i jadłospis. Podczas kolejnych spotkań monitorowane będą postępy oraz utrzymywana motywacja dziecka. Konsultacje powinny odbywać się poza szkołą, w komfortowych warunkach, a udział rodzica lub opiekuna jest zalecany dla skutecznego wsparcia dziecka. Pomiary BMI będą wykonywane przez dietetyka podczas każdej wizyty.

Wsparcie psychologiczne

W ramach programu przewidziano 2 konsultacje psychologiczne rocznie, każda trwająca co najmniej godzinę lekcyjną. Spotkania poprowadzi psycholog z doświadczeniem w pracy z osobami z zaburzeniami odżywiania i wykształceniem z zakresu żywienia. Tematyka obejmie m.in. radzenie sobie ze stresem i emocjami, ustalanie celów, samokontrolę, trening uważności i motywację do zmiany stylu życia. Konsultacje powinny odbywać się poza szkołą, w miejscu zapewniającym uczniom komfort i poczucie bezpieczeństwa.

Zajęcia ruchowe

W ramach programu przewidziano minimum 24 zajęcia ruchowe w roku szkolnym – co najmniej dwa razy w tygodniu po godzinie lekcyjnej przez 12 tygodni, w okresie od stycznia do czerwca. Zajęcia będą prowadzone przez specjalistę w zakresie aktywności fizycznej, np. nauczyciela wychowania fizycznego, trenera personalnego lub fizjoterapeutę, z doświadczeniem w pracy z dziećmi z nadwagą. Zajęcia powinny odbywać się poza szkołą, w miejscach dostosowanych do potrzeb uczestników. Celem tych zajęć jest redukcja masy ciała oraz wypracowanie potrzeby podejmowania regularnej aktywności fizycznej, poprawa kondycji psychofizycznej oraz promowanie regularnej aktywności fizycznej, przy jednoczesnym ograniczaniu biernego spędzania czasu.

Grupowe warsztaty dietetyczne

W programie zaplanowano 2 warsztaty kulinarne rocznie z elementami konkursów i nagrodami – pierwszy między wrześniem a grudniem, drugi między styczniem a czerwcem. Celem warsztatów jest promowanie zdrowego odżywiania i kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych. Zajęcia mają odbywać się poza lekcjami, w odpowiednio przystosowanym miejscu. W opisie projektu nie określono jednak czasu trwania warsztatów oraz nie jest jednoznacznie wskazane, które z grup docelowych programu mają w nich uczestniczyć.

Udział w programie jest dobrowolny i można z niego zrezygnować na każdym etapie.

Podsumowując, całkowity czas interwencji w programie wynosi około 22 godziny rocznie (2,5 godziny wsparcia dietetycznego, 1,5 godziny psychologicznego i 18 godzin zajęć ruchowych), co nie spełnia zalecanych 26 godzin kontaktowych według USPSTF i innych organizacji. Dodatkowo zaplanowano 2 warsztaty dietetyczne, których czas trwania nie został określony, więc całkowity czas interwencji może być większy. Tym samym należy zaznaczyć, że 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 uczniów klas IV szkół podstawowych w Mieście Suwałki, uczestniczących w programie w latach 2025-2028”, „liczba uczniów, którzy zgłosili się do udziału w programie i wzięli udział w interwencjach”, „liczba rodziców/ wychowawców/pracowników stołówek szkolnych, którzy w wyniku działań edukacyjnych podnieśli poziom wiedzy z zakresu zdrowego odżywiania oraz skutków nadwagi i otyłości”, „liczba uczniów, którzy nie zostali objęci programem, z określeniem przyczyn”, „liczba uczniów, którzy z własnej woli zrezygnowali w trakcie realizacji programu”. Przedstawione powyżej wskaźniki w większości zostały zaprojektowane prawidłowo, jednak jeden z przedstawionych wskaźników tj. „liczba rodziców/ wychowawców/pracowników stołówek szkolnych, którzy w wyniku działań edukacyjnych podnieśli poziom wiedzy z zakresu zdrowego odżywiania oraz skutków nadwagi i otyłości” odnosi się bardziej do ewaluacji.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie będzie opierać się o bieżącą analizę wyników ankiety satysfakcji. Wzór ww. ankiet został dołączony do projektu i nie budzi zastrzeżeń. Wyniki oceny jakości będą przedstawione w raporcie końcowym.

Ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu realizacji programu na podstawie analizy wskaźników „liczby uczniów, u których zdiagnozowano nadwagę i otyłość”, „liczby uczniów, ich rodziców/wychowawców, którzy podejmują regularną aktywność fizyczną” oraz „liczby uczniów, u których nastąpiło zmniejszenie masy ciała”. Należy wskazać, że dwa z wymienionych wskaźników tj. „liczba uczniów, u których zdiagnozowano nadwagę i otyłość” oraz „liczba uczniów, ich rodziców/wychowawców, którzy podejmują regularną aktywność fizyczną” odnoszą się bardziej do monitorowania.

Warto zaznaczyć, że ze względu na niewielką liczbę prawidłowo sformułowanych mierników, przeprowadzenie kompleksowej oceny efektywności może okazać się utrudnione. Należy wskazać, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało tylko częściowo uwzględnione w projekcie. W przypadku interwencji edukacyjnych należałoby dobrać miernik, pozwalający np. na analizę liczby uczniów klas IV, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy (80% poprawnych odpowiedzi) z zakresu treści przekazanych ramach działań edukacyjnych lub odsetek uczniów klas IV z nadmiarem masy ciała, u których w teście wiedzy uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie działań edukacyjnych. W związku z celem głównym dotyczącym częstości występowania nadwagi i otyłości wśród uczniów klas IV, proponuje się zaplanowanie

wskaźnika dot. liczby uczniów klas IV z nadmiarem masy ciała, u których doszło do obniżenia wartości wskaźnika BMI o co najmniej 3 centyle, względem wszystkich uczestniczących w działaniach w zakresie interwencji terapeutycznych.

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 i źródła finansowania oraz odniesiono się do kosztów ewaluacji i monitorowania.

Koszt całkowity został oszacowany na 543 149 zł (ok. 56 279 zł w 2025 roku, ok. 174 819 zł w 2026 roku, ok. 184 588 zł w 2027 roku oraz ok. 127 463 zł w 2028 roku).

Program ma zostać sfinansowany z budżetu Miasta Suwałki.

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 odchyłeń 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 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,

O 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).

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 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 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. 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.

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.431.9.2025 „*Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród uczniów klas IV szkół podstawowych w Mieście Suwałki na lata 2025-2028*”; data ukończenia marzec 2025, oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 51/2025 z dnia 24 marca 2025 roku o projekcie programu „*Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród uczniów klas IV szkół podstawowych w Mieście Suwałki na lata 2025-2028*”.