



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 30/2025 z dnia 2 kwietnia 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Kompleksowy program przeciwdziałania nadwadze i otyłości
u dzieci i młodzieży w województwie pomorskim”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Kompleksowy program przeciwdziałania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży w województwie pomorskim”, **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 edukacyjne, które stanowią wartość dodaną do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Należy zauważyć, że podobny program był oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał opinię negatywną (2/2025). Zgłoszone wówczas uwagi zostały w większości uwzględnione w obecnie ocenianym projekcie programu.

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

- zaprojektowania wzorów pre- i post-testów wiedzy, adekwatnych dla zaproponowanych w programie populacji w ramach interwencji edukacyjnych;
- zaprojektowania wzoru ankiety satysfakcji;
- konieczności doprecyzowania kwoty kosztów całkowitych.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Województwo Pomorskie, zakładający przeprowadzenie badań przesiewowych, etapu opieki specjalistycznej oraz działań edukacyjnych. Populację docelową stanowią dzieci i młodzież w wieku 7 lat oraz 10 lat (uczniowie I i III klasy szkoły podstawowej) mieszkające na terenie województwa pomorskiego oraz rodzice/opiekunowie prawni dzieci w zakresie współuczestnictwa w konsultacjach oraz działaniach edukacyjnych. Program ma być realizowany w latach 2025-2029. Koszt całkowity programu oszacowano na kwotę 18 839 668 zł. Program ma zostać sfinansowany w ramach Funduszy Europejskich dla Pomorza na lata 2021- 2027, ze środków Budżetu Państwa oraz wkładu własnego beneficjenta.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.), wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim jest nadwaga i otyłość wśród dzieci. W projekcie przedstawiono szczegółowe informacje z ww. zakresu, odnosząc się m.in. do definicji 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) i wskazano, że liczba otyłych dziewcząt wzrosła z 5 mln w 1975 r. do 50 mln w 2016 r., a liczba chłopców z otyłością wzrosła z 6 mln w 1975 r. do 74 mln w 2016 r. W zakresie sytuacji europejskiej przywołano dane z badania COSI, wskazując, że w 14 krajach częstość nadwagi i otyłości wahała się od 17,6% do 41,9% w przypadku chłopców oraz od 20,1% do 38,5% w przypadku dziewcząt, a częstość występowania otyłości wynosiła 4,9-21% wśród chłopców i 5,1-14,9% wśród dziewcząt.

W odniesieniu do sytuacji regionalnej w projekcie przywołano dane z formularzy MZ-11, i wskazano, że w latach 2018-2020 średnia liczba przypadków otyłości wśród osób w wieku 0-18 lat wynosiła 3942. Z analizowanych danych wynika, że otyłość jest trzecim najczęściej występującym problemem zdrowotnym w województwie pomorskim, po dychawicy oskrzelowej i zniekształceniach kręgosłupa. Średnia chorobowość w województwie pomorskim wynosiła 813,3/100 tys. przypadków, co jest niższą wartością w porównaniu do średniej krajowej 1326,4/100 tys., mimo to otyłość pozostaje jednym z głównych problemów zdrowotnych w regionie.

W projekcie odniesiono się również do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026. Wskazano, że czynnikami ryzyka odpowiadającymi za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu w Polsce dla kobiet i mężczyzn łącznie są odpowiednio: tytoń, wysokie ciśnienie krwi oraz wysoki BMI. Rekomendowanym kierunkiem działań w MPZ jest promowanie prawidłowego sposobu odżywiania i zapobiegania nadwadze i otyłości, szczególnie wśród mężczyzn oraz dzieci i młodzieży.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości (redukcja nadmiaru masy ciała o co najmniej 3 centyle BMI) u co najmniej 20% dzieci w wieku 7 i 10 lat z problemem nadwagi i otyłości, objętych specjalistyczną opieką w ramach programu profilaktyki nadwagi i otyłości”.

Cel główny został sformułowany prawidłowo i znajduje odzwierciedlenie w obowiązujących rekomendacjach, a dla przyjętej wartości docelowej zostało wskazane uzasadnienie.

W dokumencie wskazano 4 cele szczegółowe:

- (1) „wzrost o 20% liczby rodziców/opiekunów prawnych dzieci włączonych do etapu specjalistycznego u których zaobserwowano wzrost wiedzy na temat behawioralnych czynników ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych”;
- (2) „w okresie trwania programu wzrost o 50% liczby rodziców/opiekunów prawnych włączonych do panelu specjalistycznego, u których zaobserwowano zwiększenie poziomu wiedzy nt. aktywności fizycznej i jej roli w zachowywaniu zdrowia (wzrost liczby punktów w teście wiedzy przed i po interwencji edukacyjnej o min. 50%)”;
- (3) „w okresie trwania programu poprawa wydolności krążeniowo-oddechowej przynajmniej o jedną kategorię u co najmniej 50% dzieci uczestniczących w etapie specjalistycznym”;
- (4) „zmiana sposobu odżywiania u min. 25% rodzin włączonych do etapu specjalistycznego - wzrost liczby punktów w ocenie sposobu odżywiania przed i po interwencji o min. 25%”.

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, natomiast nie załączono wzorów ww. testów wiedzy więc niemożliwa była ich weryfikacja, co należy uzupełnić.

Cel szczegółowy nr 3 dotyczący poprawy wydolności krążeniowej wydaje się możliwy do osiągnięcia za pomocą zaplanowanych działań. W projekcie zaplanowano ocenę wydolności za pomocą testu Kasch Pulse Recovery Test.

Cel szczegółowy nr 4 dotyczący zmiany sposobu odżywiania wydaje się możliwy do realizacji za pomocą zaplanowanych w projekcie działań. W programie przewidziano ocenę sposobu żywienia na pierwszej i ostatniej wizycie przy zastosowaniu punktowych metod oceny jadłospisów, np. na podstawie testu wg Starzyńskiej lub Bielińskiej.

W dokumencie wskazano 5 mierników efektywności:

- (1) „odsetek dzieci z nadwagą lub otyłością objętych specjalistyczną opieką w ramach programu, u których doszło do redukcji nadmiaru masy ciała o co najmniej 3 centyle BMI w trakcie realizacji programu”;
- (2) „odsetek rodziców/opiekunów prawnych dzieci włączonych do etapu specjalistycznego u których zaobserwowano wzrost wiedzy nt. behawioralnych czynników ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych”;
- (3) „odsetek rodziców/opiekunów prawnych u których odnotowano wzrost wiedzy nt. aktywności fizycznej i jej roli w zachowaniu zdrowia o minimum 50%”;
- (4) „odsetek dzieci, które poprawiły swoją wydolność o przynajmniej jedną kategorię, zgodnie z metodyką przyjętą dla testu Kash Pulse Recovery Test”;
- (5) „odsetek rodzin włączonych do panelu konsultacji dodatkowych, u których zaobserwowano wzrost liczby punktów w ocenie sposobu odżywiania o min. 25%”.

Zaproponowane w projekcie mierniki odnoszą się do celu głównego oraz celów szczegółowych i zostały zaplanowane prawidłowo.

Populacja docelowa

Populację docelową będą stanowić dzieci i młodzież w wieku 7 lat oraz 10 lat mieszkające na terenie województwa pomorskiego. Zgodnie z treścią PPZ w pierwszej kolejności program powinien być skierowany do dzieci z obszarów, na których nie są realizowane programy profilaktyki w zakresie nadwagi i otyłości. W projekcie wskazano, że takie programy funkcjonują na terenie Miasta Gdańsk i Powiatu Tczewskiego. W Pomorskim liczba dzieci łącznie w wieku 7 i 10 lat wynosi 52 534 dzieci, wyłączając populację z Tczewa i Gdańska daje to 40 793 dzieci. Powołując się na doświadczenia realizatorów podobnych programów interwencyjnych wskazano, że realne jest osiągnięcie

uczestnictwa w badaniach przesiewowych na poziomie ok. 50% populacji generalnej (20 396), natomiast spośród nich około 7,5% (czyli ok. 2 677 dzieci) zostanie zakwalifikowanych do etapu specjalistycznego. Szacowane jest uczestnictwo około 70% dzieci zaproszonych do etapu interwencji specjalistycznej. Podkreślono, że dotyczy to dzieci, które po badaniach przesiewowych mają zdiagnozowany wskaźnik wagowo-wzrostowy (centyl BMI) wynoszący 90 i więcej, co wskazuje na ryzyko rozwoju otyłości.

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

Należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielają u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, co zostało ujęte w projekcie w ramach kryteriów wyłączenia.

Interwencja

W projekcie programu zaplanowano interwencje:

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

Rekrutacja do badań przesiewowych będzie prowadzona przez szkoły – poprzez spotkania z dyrekcją i/lub szkolnym koordynatorem, który przekaże rodzicom/opiekunom dokumenty i zbierze zgody na udział dziecka. Informacje o programie trafią także do placówek POZ, umożliwiając rekrutację w trakcie badań bilansowych. Przed rozpoczęciem badań przesiewowych uczestnicy i ich opiekunowie otrzymają szczegółowe informacje o programie, a warunkiem udziału będzie wyrażenie pisemnej zgody przez rodziców/opiekunów prawnych. Każdemu dziecku założona zostanie indywidualna karta uczestnika. Projekt zakłada współpracę z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi i ośrodkami pomocy społecznej, aby dotrzeć do dzieci spełniających kryteria programu, które nie uczestniczyły w badaniach przesiewowych. Placówki te otrzymają materiały informacyjne, co ma zwiększyć skuteczność rekrutacji, szczególnie wśród dzieci z ograniczonym dostępem do opieki zdrowotnej.

Etap badań przesiewowych

Kompleksowe badania przesiewowe dla dzieci w wieku 7 i 10 lat będą prowadzone przez wybrane jednostki lecznicze lub kilka podmiotów współpracujących, w tym podmioty świadczące usługi w ramach podstawowej opieki zdrowotnej finansowanej z NFZ. Dziecko może zostać skierowane do programu również przez lekarza POZ, jeśli spełnia kryteria. Zakres kompleksowego badania przesiewowego obejmować będzie m.in. badanie fizykalne z pełnymi pomiarami antropometrycznymi, analizę składu ciała przy użyciu bioimpedancji elektrycznej, ocenę wydolności fizycznej (metoda Kasch Pulse Recovery Test), pomiar ciśnienia tętniczego oraz ocenę postawy ciała. Po wykonanym badaniu przesiewowym uczestnicy otrzymają kartę wyników, zawierającą indywidualny plan postępowania prozdrowotnego, który będzie przekazany rodzicom. Karta będzie zawierać informacje o prawidłowych wynikach oraz sytuacjach, które mogą stanowić zagrożenie zdrowia lub życia, wraz ze szczegółową instrukcją dalszego postępowania. Rodzice wraz z dziećmi, u których wykryto zaburzenia i spełniające kryteria włączenia, będą zapraszani do udziału w dalszym etapie programu (poziom specjalistyczny).

Etap specjalistyczny

W ramach etapu specjalistycznego uczestnicy oraz ich rodzice/opiekunowie będą mogli korzystać z indywidualnych konsultacji z lekarzem, psychologiem, dietetykiem i specjalistą ds. aktywności

fizycznej. Spotkania zaplanowano w pięciu terminach: na początku programu (0 miesiąc) oraz po 1, 3, 6 i 12 miesiącach.

Konsultacje lekarskie

W projekcie zaplanowano minimum 3 konsultacje lekarskie (w odstępach 0-3-12 miesięcy), które będą obejmować: ocenę stanu zdrowia dziecka, pomiary antropometryczne, pomiar ciśnienia tętniczego, skierowanie na badania laboratoryjne (Na/K, kreatynina, AST, ALT, cholesterol, cholesterol HDL, triglicerydy, test obciążenia glukozą (3x glukoza, 3x insulina), Hba1c, TSH, FT4) w trakcie pierwszego spotkania oraz omówienie wyników podczas kolejnych wizyt, wydanie zaleceń i, w razie potrzeby, skierowanie do dalszej opieki specjalistycznej (np. endokrynologicznej, diabetologicznej, kardiologicznej).

Konsultacje psychologiczne

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

Konsultacja dietetyczna

W PPZ zaplanowano również 5 konsultacji dietetycznych obejmujących analizę obecnych nawyków żywieniowych, edukację dotyczącą zdrowego odżywiania, dobór odpowiedniej diety, wprowadzenie prawidłowych zachowań żywieniowych oraz monitorowanie postępów.

Konsultacja ze specjalistą aktywności fizycznej

W ramach programu przewidziano 5 konsultacji ze specjalistą aktywności fizycznej, obejmujących ocenę aktywności fizycznej dziecka, testy sprawnościowe i wydolnościowe, edukację o zdrowym stylu życia oraz opracowanie indywidualnego planu aktywności fizycznej. Każde spotkanie będzie trwało co najmniej 20 minut, a dziecko powinno uczestniczyć z przynajmniej jednym rodzicem/opiekunem. W przypadku trudności z obecnością na spotkaniach nr 2, 3 i 4, możliwa będzie rezygnacja z obecności dziecka.

Program zapewnia również konsultacje dla dzieci z poważnymi problemami zdrowotnymi, wymagającymi szybkiej interwencji specjalistycznej, takich jak endokrynologiczne, diabetologiczne czy kardiologiczne oraz ustalenie dalszej ścieżki postępowania przed pomocą w ramach NFZ.

Działania edukacyjne

W ramach programu przewiduje się organizację warsztatów edukacyjnych oraz grupowych sesji terapeutyczno-edukacyjnych.

Warsztaty z zakresu zdrowego odżywiania będą trwały co najmniej 5 godzin i będą skupiać się na edukacji, planowaniu zakupów, doborze składników i gotowaniu. Uczestnicy wspólnie modyfikują tradycyjne jadłospisy i przygotowują zdrowe posiłki. Grupa na jedno spotkanie będzie liczyć około 15 osób. Warsztaty z aktywności fizycznej połączone będą z treningiem zdrowotnym i edukacją na temat form ćwiczeń, ich intensywności oraz znaczenia ruchu w utrzymaniu zdrowia. Nauczą też planowania aktywnego czasu wolnego. W jednym spotkaniu weźmie udział około 25 osób.

Program obejmuje także grupowe spotkania edukacyjno-terapeutyczne dla dzieci, młodzieży oraz rodziców, poświęcone rozwijaniu kompetencji wychowawczych i prozdrowotnych. Mogą one odbywać się w dwóch formatach: 10 spotkań po minimum 1 godzinie lub 5 spotkań po minimum 2 godziny – w zależności od preferencji grupy. Tematyka dotyczy m.in. rozmów z dzieckiem o nadwadze bez stygmatyzacji, wzmocnienia poczucia własnej wartości, promowania zdrowego stylu życia

i wprowadzania zmian metodą małych kroków. Część zajęć będzie wspólna dla rodziców i dzieci, a część oddzielna – wtedy dzieci będą uczestniczyć w zajęciach ruchowych.

W każdej wizycie w programie uczestniczyć będzie dziecko oraz co najmniej jeden rodzic lub opiekun, z możliwością rezygnacji z obecności dziecka na wizytach 2, 3 i 4 w uzasadnionych przypadkach. Podczas ostatniej wizyty uczestnicy, rodzice oraz opiekunowie prawni wypełnią ankietę oceny satysfakcji oceniającą jakość usług. Przed każdym warsztatem rodzice lub opiekunowie będą proszeni o wypełnienie testu wiedzy z zakresu omawianej tematyki, a po zakończeniu – o ponowne jego wypełnienie w celu oceny zdobytej wiedzy. Należy zaznaczyć, że do projektu nie załączono wzoru testu, co uniemożliwiło jego ocenę.

W ramach działań edukacyjnych w szkołach zaplanowano wykłady i warsztaty dla dzieci i młodzieży, mające na celu przekazanie wiedzy o zdrowym stylu życia. Zajęcia prowadzone będą przez profesjonalną kadrę dydaktyczną, a ich uczestnicy będą motywowani do aktywności. Szkoły z najwyższą frekwencją w badaniach przesiewowych będą miały priorytet w wyborze warsztatów. Program obejmuje min. 40 warsztatów rocznie w każdej szkole, z możliwością przeprowadzenia zajęć zdalnych. Grupa uczestników liczyć będzie około 25 osób na jedno spotkanie.

Podsumowując, łączny czas interwencji dla każdego dziecka z nadmiarem masy ciała, włączonego do etapu specjalistycznego programu, wyniesie min. 26 godz. lub 26 godz. 40 min., zależnie od obecności lekarza na konsultacjach nr 2 i 4. Należy zatem wskazać, że zaplanowana w projekcie interwencja multikomponentowa obejmuje zalecane przez USPSTF i inne organizacje 26 h kontaktowych.

Oceniany projekt programu zawiera interwencje, które częściowo powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych. Kompleksowa ocena stanu zdrowia obejmująca m.in. ocenę rozwoju fizycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała wraz z określeniem współczynnika masy ciała (BMI) znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, w tym w wykazie świadczeń gwarantowanych. Natomiast porada psychologiczna dla dzieci i młodzieży znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień i jest realizowana w ramach świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży oraz w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w ramach I poziomu referencyjnego. 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 programu będzie prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora. Analizie poddana zostanie: „liczba przeprowadzonych badań przesiewowych”, „liczba osób zakwalifikowanych do etapu specjalistycznego”, „liczba uczestników, którzy w trakcie programu zrezygnowali z udziału wraz z powodami rezygnacji”, „liczba osób, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych”, „liczba dzieci, które zostaną objęte PPZ w danym roku”, „odsetek dzieci objętych w danym roku PPZ w odniesieniu do populacji ogólnej dzieci w danym wieku w innych latach wskazanych w szczegółowym opisie PPZ”, „liczba rodziców/ opiekunów prawnych, którzy wzięli udział w realizacji PPZ”, „liczba zdiagnozowanych dzieci z nadwagą i otyłością”, „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie ze wskazaniem przyczyn rezygnacji”. Należy zaznaczyć, że przedstawione wskaźniki zostały zaplanowane prawidłowo.

Ocena jakości świadczeń w programie będzie przeprowadzona na podstawie ankiety satysfakcji, obejmującej m.in. ocenę edukacji, porad zdrowotnych (lekarskich, dietetycznych, dotyczących aktywności fizycznej) oraz wsparcia psychologicznego. Jednak wzór ankiety nie został załączony do projektu, co uniemożliwiło jej ocenę i należy uzupełnić.

Ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu realizacji programu na podstawie analizy wskaźników: „odsetka dzieci objętych programem, u których zdiagnozowano nadwagę lub otyłość”, „odsetka rodziców/opiekunów prawnych dzieci włączonych do programu specjalistycznego u których zaobserwowano wzrost wiedzy nt. behawioralnych czynników ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych”, „odsetka dzieci u których stwierdzono redukcję nadmiaru masy ciała o co najmniej 3 centyle BMI”, „dzieci, które poprawiły swoją wydolność o przynajmniej jedną kategorię, zgodnie z metodyką przyjętą dla testu Kash Pulse Recovery Test”, „odsetka rodziców/opiekunów prawnych dzieci włączonych do programu specjalistycznego, u których zaobserwowano wzrost wiedzy na temat aktywności fizycznej oraz jej roli w zachowywaniu zdrowia”, „odsetka rodzin włączonych do panelu konsultacji dodatkowych, u których zaobserwowano poprawę sposobu odżywiania (na podstawie porównania wyników ankiety żywieniowej przed i po konsultacjach)”. 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 i źródła finansowania oraz odniesiono się do kosztów ewaluacji i monitorowania.

Całkowity koszt programu oszacowano na 18 839 668 zł. Program ma zostać sfinansowany w ramach Funduszy Europejskich dla Pomorza na lata 2021- 2027. Na realizację programu przeznaczony zostanie udział Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w wysokości 16 825 200 zł (85%). Pozostałe 15% będzie finansowane ze środków: Budżetu Państwa (10% tj. 1 979 435 zł) oraz wkładu własnego beneficjenta (5%, tj. 979 435 zł). Należy zaznaczyć, że istnieje różnica w zakresie wskazanego kosztu całkowitego w PPZ tj. 18 839 668 zł, a przedstawionymi kwotami w zakresie współudziału w finansowaniu, które łącznie wynoszą 19 794 353 zł. Kwestię tę należy zweryfikować i doprecyzować.

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 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 niedosładzanie potraw (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, ISPED, ISP 2018).

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

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

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

Aktywność fizyczna

W zapobieganiu rozwojowi nadwagi i otyłości bardzo ważną rolę odgrywa kształtowanie właściwych nawyków związanych z aktywnością fizyczną. 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 związane z rozwojem technologicznym wydłużającego się czasu spędzanego przed ekranami przez dzieci i młodzież zwiększoną aktywnością fizyczną (ES 2017). Czas spędzany przed ekranami nie powinien przekraczać 2 godzin dziennie w odniesieniu do dzieci >2. r.ż. (MQIC 2022a, MQIC 2022b, ISPED, ISP 2018, ES 2017, NICE 2015b). 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 wyliczenie odchylenia standardowego BMI w celu oszacowania utraty wagi. Zmniejszenie odchylenia standardowego BMI (BMI-SDS) jest najlepszym wskaźnikiem wielkości utraty wagi, biorąc pod uwagę wiek i płeć pacjenta. Zmniejszenie $>0,5$, ale nawet $> 0,25$ (zgodnie z redukcją BMI 1 kg/m² lub stabilną wagą przez ponad 1 rok u rosnącego dziecka) wiązało się z poprawą składu ciała i zmniejszeniem ryzyka sercowo-metabolicznego (na podstawie 1 badania obserwacyjnego) (ISPED, ISP 2018).

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

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

- w przypadku stwierdzenia otyłości należy oferować dzieciom/młodzieży (≥ 6 r.ż.) bądź kierować je na kompleksowe, zintensyfikowane interwencje behawioralne mające na celu redukcję masy ciała (≥ 26 godzin kontaktowych), obejmujące m.in. sesje skierowane zarówno do rodziców, jak i dzieci (prowadzone oddzielnie, razem lub w obu ww. trybach), oferowanie indywidualnych sesji (zarówno rodzinnych, jak i grupowych), dostarczanie informacji nt. zdrowego odżywiania, bezpiecznego wykonywania ćwiczeń, czytania etykiet produktów spożywczych zachęcanie do wykorzystywania kontroli bodźców (np. ograniczanie dostępu do kuszących produktów spożywczych, ograniczenie czasu spędzanego przed ekranami) (USPSTF 2024, AAFP 2017);
- w przypadku dzieci oraz młodzieży w przedziale wiekowym 2-18 lat z nadwagą lub otyłością silnie rekomenduje się przeprowadzenie multikomponentowych interwencji behawioralnych kierowanych do rodziny, składających się z co najmniej 26 godzin kontaktowych – interwencja ta powinna być inicjowana tak szybko, jak jest to możliwe (APA 2018).

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

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

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

Rodziny dzieci i młodzieży będących w grupie wysokiego ryzyka wystąpienia otyłości (np. dzieci/młodzież z co najmniej jednym otyłym rodzicem) powinny otrzymywać stałe wsparcie

ze strony odpowiednio wykształconego pracownika medycznego. Rozważone powinno zostać wdrożenie zarówno indywidualnych, jak i rodzinnych interwencji (w zależności od wieku oraz dojrzałości dziecka) (NICE 2015a).

W odniesieniu do komponentu dietetycznego, rekomendowana jest 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.

ZASTĘPCA PREZESA

Anna Kowalczuk

/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.431.11.2025 „Kompleksowy program przeciwdziałania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży w województwie pomorskim”; data ukończenia marzec 2025, oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 53/2025 z dnia 31 marca 2025 roku o projekcie programu „Kompleksowy program przeciwdziałania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży w województwie pomorskim”.