



Rekomendacja nr 44/2025

z dnia 12 czerwca 2025 r.

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nadwagi oraz otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym

Prezes Agencji rekomenduje przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej przesiewowego badania antropometrycznego w populacji dzieci w wieku szkolnym, interwencji multikomponentowej w populacji uczestników, których BMI znajduje się w co najmniej 90. centylu dla płci i wieku oraz działań informacyjno-edukacyjnych związanych z profilaktyką nadwagi i otyłości w populacji dzieci w wieku szkolnym oraz ich rodziców lub opiekunów prawnych.

Uzasadnienie

Nadwaga i otyłość są definiowane przez WHO jako nieprawidłowa lub nadmierna akumulacja tłuszczu, która stanowi zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Otyłość to przewlekła choroba metaboliczna będąca czynnikiem ryzyka wystąpienia wielu chorób przewlekłych, w tym sercowo-naczyniowych, niektórych nowotworów i cukrzycy typu 2. Jest ona także przyczyną przedwczesnej umieralności. Według ekspertów klinicznych nadwaga i otyłość niosą za sobą szereg negatywnych konsekwencji dla funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego człowieka. Omawiane problemy zdrowotne mogą mieć także negatywny wpływ na samoocenę dziecka, odczuwane przez nie poczucie winy i bezradności oraz mogą prowadzić do wystąpienia objawów depresyjnych. W części przypadków, w związku ze złym stanem psychicznym, dzieci mogą także nadużywać leków, alkoholu bądź innych substancji psychoaktywnych.

Prezes Agencji biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości, odnalezione dowody naukowe, opinie ekspertów klinicznych, obowiązujące przepisy prawa oraz dane epidemiologiczne dotyczące nadwagi i otyłości, zaleca przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej (PPZ):

- przesiewowego badania antropometrycznego (pomiar masy ciała i wzrostu) skierowanego do populacji pediatrycznej w wieku szkolnym,
- interwencji multikomponentowej w populacji uczestników, których BMI znajduje się w co najmniej 90. centylu dla płci i wieku wraz z rodzicami/opiekunami prawnymi (jako osobami towarzyszącymi),
- działań informacyjno-edukacyjnych związanych z profilaktyką nadwagi i otyłości w populacji dzieci w wieku szkolnym oraz ich rodziców lub opiekunów prawnych.

Dostępne dane epidemiologiczne wskazują na zasadność prowadzenia działań profilaktycznych w wyżej wymienionym zakresie. Z danych NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC organizacja współpracująca z WHO) wynika, że w 2022 r. w populacji polskich dzieci w wieku szkolnym tj. od 5 do 19 lat ogółem nadwaga występowała u 15,87%, a otyłość u 7,11%. Najwyższe odsetki dzieci z nadwagą raportowano w przedziale wiekowym między 8 a 13 lat, natomiast w przypadku otyłości było to między 5 a 9 r.ż. Z raportu WHO z 2022 r. wynika, że w Polsce w latach 2018-2020 około 32,3% [95%CI: 30,2; 34,5] dzieci w wieku 7-9 lat miało wagę powyżej normy, z czego 13,6% [95%CI: 12,2; 15,2] było otyłych. Dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) za 2019 r. wskazują natomiast, że w grupie wiekowej 15-19 lat nadwaga występowała u 13,3% (wzrost o 4,3 p.p. w odniesieniu do 2009 r.), a otyłość u 3,1% (w 2009 r. wynosiła ona 1,6%).

Z wytycznych wynika, że pomiary antropometryczne stanowią integralną część oceny rozwoju somatycznego dzieci. Do oceny prawidłowej masy ciała w populacji pediatrycznej zalecają stosowanie BMI (Body Mass Index), a w przypadku zdiagnozowania nadwagi lub otyłości wskazują na zasadność

realizacji strategii multikomponentowej. Odnalezione badania naukowe wskazują na korzyść z uczestnictwa w programach profilaktycznych skierowanych do osób w wieku poniżej 18 lat w postaci istotnie statystycznego obniżenia wskaźnika BMI i niższego występowania nadwagi i otyłości w porównaniu z grupami kontrolnymi.

Niniejsza rekomendacja obejmuje zarówno etapy realizowane przez podmiot wdrażający projekt programu polityki zdrowotnej, jak i te przeprowadzane przez jego realizatora. Szczegóły przedstawiono w dalszej części poświęconej warunkom realizacji programu.

1. Problem zdrowotny i epidemiologia

Według WHO nadwaga i otyłość są definiowane jako nieprawidłowa lub nadmierna akumulacja tłuszczu, która stanowi zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. 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.

Nadwaga jest jednym z najczęstszych problemów zdrowotnych związanych ze stylem życia. Otyłość jest niezależną jednostką chorobową (kod ICD-10 E.66) definiowaną jako „choroba spowodowana nadmierną podażą energii”, która stanowi zagrożenie dla zdrowia człowieka. Jest to przewlekła choroba metaboliczna wynikająca z zaburzeń homeostazy energii. Pierwotną przyczyną otyłości są zaburzenia bilansu energii prowadzące do zwiększenia się ilości tkanki tłuszczowej w organizmie, która powoduje patologie i dysfunkcje we wszystkich układach i narządach. Otyłość zwiększa ryzyko wystąpienia wielu chorób przewlekłych, w tym sercowo-naczyniowych, niektórych nowotworów i cukrzycy typu 2.

Głównym miernikiem populacyjnym otyłości jest BMI (wskaźnik „wagi do wzrostu”), którego wynik powinien odnosić się do norm właściwych dla wieku i płci zawartych w siatkach centylowych. Siatki centylowe są najczęściej stosowane przez lekarzy pediatrów, pielęgniarki, rodziców/opiekunów prawnych. U dzieci nadwagę rozpoznaje się, jeżeli wyliczona wartość BMI mieści się w zakresie 90.–97. centyla dla płci i wieku, a otyłość – przy wartościach BMI >97. centyla.

Wysokość ciała i BMI zdrowych dzieci można także wyrażać w postaci BMI z-score (BMI SDS, body mass index standard deviation score) posługując się układem odniesienia WHO. Z-score jest wartością wskazującą, ile odchyień standardowych (SD) dany pomiar różni się od średniej. Wartości z-score pozwalają na dokonywanie porównań i analiz między grupami wieku. Centyle mogą być zamieniane na z-score (i odwrotnie). W zależności od BMI SDS można wyszczególnić trzy podgrupy: dzieci z prawidłową masą ciała (BMI SDS < 1,341), z nadwagą (BMI SDS 1,341–2,054) i z otyłością (BMI SDS ≥ 2,054). Wartość 1,341 BMI SDS odpowiada 91. centylowi BMI, a wartość 2,054 – 98. centylowi BMI.

W ramach projektów badawczych OLAF oraz OLA opracowano normy w postaci siatek centylowych (centyle: 3-5-10-15-25-50-75-85-90-95-97) dla płci i wieku dzieci i młodzieży w wieku 3-18 lat, reprezentatywnych dla populacji polskiej (siatki centylowe wysokości ciała, masy ciała, wskaźnika masy ciała [BMI]). Wartości populacyjnego, krajowego rozkładu nadwagi i otyłości w wieku rozwojowym BMI SDS +1SD i +2SD (czyli ok. 85-ego i 97-ego centyla). W przypadku chłopców wartości te w całości pokrywają się z granicami nadwagi i otyłości u dorosłych, zaś u dziewcząt wartości te są mniejsze o ok. 1 jednostkę BMI.

Według WHO w 2022 r. na świecie 890 mln dzieci i młodzieży w wieku od 5 do 19 r.ż. miało nadmierną masę ciała, z czego 160 mln dotkniętych było otyłością. W dokumencie wskazuje się, że w Polsce w latach 2018-2020 około 32,3% [95%CI: 30,2; 34,5] dzieci w wieku 7-9 lat miało wagę powyżej normy, z czego 13,6% [95%CI: 12,2; 15,2] było otyłych. Biorąc pod uwagę płeć dziecka, nadmierną masę ciała miało 28,6% [95%CI: 25,8; 31,5] dziewcząt i 35,9% [95%CI: 33,1; 38,9] chłopców.

Dane NCD-RisC za 2022 r. dotyczące Polski wskazują, że w populacji dzieci i młodzieży w wieku od 5 do 19 lat, ogółem nadwaga występowała u 15,87% (chłopcy 16,05%, dziewczynki 15,67%) a otyłość u 7,11% (chłopcy 8,68%, dziewczynki 5,55%). Nadwagę raportowano najczęściej u chłopców między 9 a 13 r.ż. odsetki powyżej 18 % (maksymalny 19,78% w grupie 11 latków), a w grupie dziewcząt między 8 a 12 r.ż. odsetki powyżej 18 % (maksymalny 19,77% u 10 latków). Dla otyłości od 5 r.ż. do 9 r.ż. obserwowany jest wzrost odsetka otyłych w przypadku chłopców odpowiednio od 8,46% do 13,8%, a dziewczynek od 5,51% do 8,44%. W kolejnych grupach wiekowych odsetek otyłych spada, aż do osiągnięcia wartości 3,75% wśród chłopców w wieku 19 lat i 2,94% w grupie 17 letnich dziewcząt. Od 17 r.ż. u dziewcząt odnotowywany jest lekki wzrost odsetka otyłych do 3,38% dla wieku 19 lat.

Z danych GUS za 2019 r. wynika, że w grupie wiekowej 15-19 lat nadwaga wystąpiła u 13,3% (wzrost o 4,3 p.p. w odniesieniu do 2009 r.), natomiast otyłość u 3,1% (w 2009 wynosiła 1,6%).

W raporcie NFZ (maj 2024 r.) podano, że w 2023 r. refundacja leczenia chorób będących wynikiem otyłości wyniosła co najmniej 3,8 mld. zł.

Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 (MPZ) nie zawierają szczegółowych informacji na temat występowania otyłości czy ryzyka z nią związanego w grupie dzieci i młodzieży. Ujęto w nich jedynie wpływ ryzyka odżywiania na DALY (lata życia skorygowane niesprawnością, ang. disability-adjusted life years) w poszczególnych województwach w 2019 r. MPZ jako rekomendowane kierunki działań

wskazuje m.in. podjęcie skutecznych działań z zakresu promowania prawidłowego sposobu odżywiania w zapobieganiu nadwadze i otyłości w szczególności wśród mężczyzn oraz dzieci i młodzieży.

2. Omówienie rekomendacji klinicznych, ekonomicznych i zaleceń organizacyjnych w odniesieniu do ocenianej technologii

Odnaleziono i włączono do analizy wyłącznie najaktualniejsze rekomendacje/wytyczne o jasno określonej metodologii ich przygotowania wydane przez: Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej (NCEZ 2024), The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP 2024), U.S. Preventive Service Task Force (USPSTF 2024), American Academy of Pediatrics (AAP 2023), Haute Autorite de Sante (HAS 2023), National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2023, NICE 2015a, NICE 2017, NICE 2015b), Academy of Nutrition and Dietetics (AND 2022), Korean Society for the Study of Obesity (KSSO 2022), Michigan Quality Improvement Consortium (MQIC 2022a, MQIC 2022b), Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Polskie Towarzystwo Otyłości Dziecięcej, Polskie Towarzystwo Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością (PTP/ PTOD/ PTEiD/ KLRwP/ PTBnO 2022), European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition (ESPGHNCN 2021), Korean Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (KSPGHAN 2019), United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF 2019), American Psychological Association (APA 2018), Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetology, Italian Society of Pediatrics (ISPED, ISP 2018), Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością (KLRwP/ PTMR/ PTBO 2018), American Academy of Family Physicians (AAFP 2017), Endocrine Society (ES 2017), New Zealand Ministry of Health (MoH NZ 2016), Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC 2015),

Podsumowanie najważniejszych informacji z rekomendacji włączonych do analizy:

Populacja docelowa działań profilaktycznych

- Działania powinny być skierowane do wszystkich osób <18 r.ż., a ich zakres dostosowany do wieku dzieci i młodzieży. Należy mieć na uwadze obecność dodatkowych czynników ryzyka nadwagi i otyłości jak predyspozycje genetyczne, choroby współistniejące czy przyjmowanie leków wpływających na zwiększenie 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).
- Do działań profilaktycznych należy zaangażować rodziców lub opiekunów prawnych, ponieważ odgrywają oni istotną rolę w procesie kształtowania nawyków zdrowotnych swoich dzieci, a także mogą mieć wpływ na szansę powodzenia interwencji profilaktycznych i leczniczych (USPSTF 2024, RACGP 2024, HAS 2023, NICE 2023, KSSO 2022, MQIC 2022a, MQIC 2022b, PTP/ PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022, AND 2022, ESPGHNCN 2021, UNICEF 2019, ES 2017, MoH NZ 2016).

Kryteria rozpoznania nadwagi i otyłości:

- W odnalezionych wytycznych wskazuje się następujące kryteria rozpoznania dla nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży w przedziale wiekowym od 5. do 19. r.ż.:
 - Nadwaga – wartość BMI w zakresie: >97 centyla (ISPED); 90-97 centyla dla płci i wieku (KLRwP/PTMR/PTBO 2018); BMI=91 centyla + odchylenie standardowe wynoszące 1,34 (NICE 2023); 85 do <95 centyla (AAP 2023, KSPGHAN 2019) ≥85 centyla dla wieku i płci (APA 2018, ES 2017); >85 centyla (CTFPHC 2015, ISP 2018);
 - Otyłość – wartość BMI w zakresie: >97 centyla dla wieku i płci (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, CTFPHC 2015, ISP 2018); ≥95 centyla dla wieku i płci (AAP 2023, APA 2018, ES 2017, USPSTF 2024, AAFP 2017); >98 centyla dla wieku i płci (MoH NZ 2016 KSPGHAN 2019); BMI=98 centyla + odchylenie standardowe wynoszące 2,03 (NICE 2023); >99 centyla dla wieku i płci – ciężka otyłość (ISPED, ISP 2018).
- Każde dziecko z BMI ≥85. centyla powinno być monitorowane m.in. pod względem powikłań nadwagi lub otyłości (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, ES 2017).

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

- Pomiary antropometryczne stanowią integralną część oceny rozwoju somatycznego dzieci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018).

- Badania przesiewowe w kierunku nadwagi i otyłości w populacji pediatrycznej powinny odbywać się na drodze pomiaru wartości BMI (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, MQIC 2022a, MQIC 2022b, ISPED, ISP 2018, USPSTF 2024, AAFP 2017, ES 2017, MoH NZ 2016, CTFPHC 2015) z jednoczesnym zastosowaniem odpowiednich dla płci i wieku siatek centylowych (AAP 2023, HAS 2023, NICE 2023, PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022, MQIC 2022a, KSSO 2022, KSPGHAN, ISPED, ISP 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).

Wybrane interwencje w zakresie profilaktyki i leczenia nadwagi/otyłości

Edukacja

- Jednym z kluczowych elementów realizacji działań nacełowanych na profilaktykę nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży pozostają działania informacyjno-edukacyjne. Towarzystwa naukowe wskazują, że docelowy zakres informacji przekazywanych podczas tych działań powinien koncentrować się na zmianie nawyków zdrowotnych u dziecka oraz zmotywowanie go do podjęcia próby redukcji masy ciała. Edukacja powinna poruszać przede wszystkim kwestie zdrowego żywienia oraz zwiększenia bądź utrzymania poziomu aktywności fizycznej (USPSTF 2024, RACGP 2024, HAS 2023, NICE 2023, MQIC 2022a, MQIC 2022b, KSSO 2022, PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022, AND 2022, ESPGHNCN 2021, UNICEF 2019, KSPGHAN 2019).
- W ramach planowanych działań należy także poruszyć kwestię najistotniejszych czynników ryzyka nadwagi i otyłości obejmujących: czas spędzany w pozycji siedzącej (tzw. siedzący tryb życia), higienę snu, regulację ilości spożywanych kalorii, czas spędzany przed urządzeniami elektronicznymi oraz potencjalne zagrożenia zdrowotne (HAS 2023, NICE 2023, MQIC 2022a, MQIC 2022b, KSSO 2022, PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022, UNICEF 2019).
- Edukacja kierowana do rodziców lub/i opiekunów prawnych dzieci powinna podkreślać znaczenie roli modelowania przez nich zachowań zdrowotnych (dieta, aktywność fizyczna) 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).

Modyfikacja stylu życia (dieta, zmiana nawyków żywieniowych i aktywność fizyczna)

- Wszystkie z uwzględnionych towarzystw naukowych zalecają realizację działań ukierunkowanych na złożoną modyfikację stylu życia wśród dzieci i młodzieży przynależących do grupy ryzyka lub z już rozwiniętą nadwagą i otyłością (USPSTF 2024, NCEZ 2024, RACGP 2024, HAS 2023, NICE 2023, MQIC 2022a, MQIC 2022b, KSSO 2022, PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022, UNICEF 2019, KSPGHAN 2019).
- 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 m.in. utrzymywanie odpowiedniego tempa wzrostu i osiągnięcie prawidłowego (zdrowszego) stosunku masy ciała do wzrostu; zmniejszenie masy ciała (niekoniecznie osiągnięcia idealnej wagi), w szczególności tkanki tłuszczowej, przy jednoczesnym zachowaniu beztłuszczowej masy (ISPED, ISP 2018).
- Modyfikacja stylu życia powinna koncentrować się na dwóch kluczowych elementach: modyfikacji sposobu odżywiania oraz zwiększeniu lub utrzymaniu poziomu aktywności fizycznej. Całość tych działań ma na celu redukcję lub co najmniej ustabilizowanie wagi dziecka. W ramach tych działań zaleca się także współpracę z rodzicami/opiekunami prawnymi (USPSTF 2024, NCEZ 2024,

RACGP 2024, HAS 2023, NICE 2023, MQIC 2022a, MQIC 2022b, KSSO 2022, PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022, AND 2022, ESPGHNCN 2021, UNICEF 2019, KSPGHAN 2019).

- W odniesieniu do modyfikacji diety, organizacje koncertują się w głównej mierze na regulowaniu podaży kalorii, poprzez zbilansowane odżywianie. Jednym z kluczowych elementów w tym zakresie pozostaje kwestia ograniczenia spożycia produktów wysoko przetworzonych, napojów słodzonych cukrem oraz podjadania między posiłkami. Oprócz nałożonych ograniczeń, należy także zwiększyć spożycie warzyw i owoców, produktów pełnoziarnistych oraz innych produktów użytecznych w procesie redukcji masy ciała (NCEZ 2024, RACGP 2024, HAS 2023, NICE 2023, MQIC 2022a, MQIC 2022b, ESPGHNCN 2021, UNICEF 2019, KSPGHAN 2019).
- Modyfikacja sposobu odżywiania powinna być realizowana jednocześnie z aktywnością fizyczną. Dostępne rekomendacje podkreślają także znaczenie ograniczania czasu wolnego spędzanego przed ekranami urządzeń elektronicznych oraz minimalizację czasu wolnego spędzanego w pozycji siedzącej, poprzez wypełnienie go aktywnością fizyczną. Wśród dzieci należy dążyć do zwiększenia lub przynajmniej utrzymania obecnego poziomu aktywności fizycznej (USPSTF 2024, NCEZ 2024, RACGP 2024, HAS 2023, NICE 2023, MQIC 2022a, MQIC 2022b, PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022, ESPGHNCN 2021, UNICEF 2019, KSPGHAN 2019).
- Organizacje wskazują, że optymalny czas poświęcany na aktywność fizyczną wynosi 60 minut, a także, 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).
- 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. modelowanie zachowań związanych z podejmowaną aktywnością fizyczną) (NICE 2015a).
- Towarzystwa przestrzegają przed zbyt gwałtowną utratą masy ciała przez dziecko. Dotyczy to także ekstremalnych diet, zakładających znaczące zmniejszenie podaży energii. Tworzy to dla dziecka pewne zagrożenia, szczególnie w zakresie dalszego rozwoju w okresie dojrzewania (NICE 2023, PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022).

Strategie multikomponentowe i wieloskładnikowe

- Wdrożenie strategii multikomponentowych należy rozważyć w leczeniu otyłości wśród dzieci i młodzieży (USPSTF 2024, NICE 2023, MQIC 2022b, KSSO 2022, UNICEF 2019, APA 2018, ES 2017, AAFP 2017). W przypadku stwierdzenia otyłości należy oferować je dzieciom/młodzieży (≥ 6 r.ż.) bądź kierować je na kompleksowe, zintensyfikowane interwencje behawioralne mające na celu redukcję masy ciała (≥ 26 godzin kontaktowych - doprecyzowany przez USPSTF 2024, APA 2018, AAFP 2017), obejmujące m.in. sesje edukacyjne skierowane zarówno do rodziców, jak i dzieci (prowadzone oddzielnie, razem lub w obu ww. trybach), oferowanie indywidualnych sesji, 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), wdrożenie monitorowania oraz zmiany zachowań obejmujących aktywność fizyczną u dziecka, utworzenie planu ustrukturyzowanych posiłków i aktywności fizycznej, zaplanowanie kooperacji między specjalistami z różnych dziedzin (psychiatrów, psychologów, dietetyków, pracowników społecznych) (USPSTF 2024, MQIC 2022b, KSSO 2022, APA 2018¹, AAFP 2017).
- 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).

Wsparcie psychologiczne

¹ Wskazuje przedział wiekowy 2-18 lat

- Realizacja badań przesiewowych w kierunku otyłości w populacji dzieci, może wiązać się z ryzykiem wystąpienia dla nich konsekwencji psychologicznych tj. stygmatyzacja z uwagi na masę ciała czy zaburzenia odżywiania występujące na drodze chęci szybszego zmniejszenia wagi (AAP 2023).
- Osobom poddanym działaniom profilaktycznym należy zapewnić dostęp do wsparcia psychologicznego, aby utrzymać u nich motywację do zmiany stylu życia. Dotyczy to w szczególności dzieci, które mają styczność ze środowiskami nie sprzyjającym modyfikacji nawyków zdrowotnych (NCEZ 2024, HAS 2023, NICE 2023, PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022, MQIC 2022b, AND 2022, KSPGHAN 2019).

3. Dowody naukowe

Do analizy włączono 48 publikacji: 13 przeglądów systematycznych z metaanalizą, 30 metaanaliz oraz 5 przeglądów parasolowych w tym 1 z metaanalizą. Analizowano dowody wtórne (przeglądy systematyczne i metaanalizy), które stanowią zbiorcze podsumowanie odnalezionych dowodów pierwotnych.

Poniżej przedstawiono kluczowe wnioski z analizy dowodów naukowych dla populacji spójnej z niniejszą rekomendacją – dalsze szczegóły w tym informacja o przejętych w poszczególnych badaniach komparatorach (przeważnie brak interwencji lub opieka standardowa), znajdują się w Raporcie Analitycznym Agencji.

3.1 Wnioski z analizy dowodów naukowych

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

- BMI charakteryzuje się precyzją diagnostyczną w przypadku wykrywania:
 - otyłości:
 - czułość od 23% (Simmonds 2015) do 96% (Simmonds 2016);
 - swoistość od 89,4% (Simmonds 2015) do 100% (Simmonds 2016);
 - nadwagi:
 - czułość od 19% (Simmonds 2015) do 94% (Simmonds 2016);
 - swoistość od 82% (Simmonds 2015) do 100% (Simmonds 2016).
- BMI prawidłowo wykrywało 75% – 81,9% otyłych (odpowiednio Simmonds 2015 i Simmonds 2016).
- Wskaźnik obwodu talii do wzrostu z punktem odcięcia 0,49, charakteryzuje się precyzją diagnostyczną na poziomie:
 - czułość – 94% [95%CI: 0,91; 0,97],
 - swoistość – 85% [95%CI: 0,72; 0,93] (Eslami 2022).
- Wskaźnik obwodu ramienia charakteryzuje się precyzją diagnostyczną wykrywania nadwagi i otyłości na poziomie:
 - czułość – 85,2% [95%CI: 0,773; 0,906],
 - swoistość – 85,6% [95%CI: 0,81; 0,982] (Sisay 2022).
- Pomiar grubości fałdu skórno-tłuszczowego charakteryzuje się precyzją diagnostyczną w przypadku wykrywania:
 - otyłości: czułość 72,5%², swoistość 93,7%
 - nadwagi: czułość 78%, swoistość 90,3% (Simmonds 2016).

Identyfikacja czynników ryzyka nadwagi i otyłości

- Wysokie spożycie napojów słodzonych cukrem, istotnie statystycznie zwiększało szansę na wystąpienie nadmiernej masy ciała, o:
 - 20% w grupie wiekowej 5-18 lat – OR=1,20 [95%CI: (1,09; 1,33)];
 - 23% u dzieci w wieku 5-11 r.ż. – OR=1,23 [95%CI: (1,10; 1,38)];
 - 30% wśród młodzieży 12-18 lat – OR=1,30 [95%CI: (1,15; 1,46)] (Jakobsen 2023b).
- Większe spożycie mięsa wiązało się z istotnie statystycznie większą szansą na wystąpienie nadmiernej masy ciała o 2% - OR=1,02 [95%CI: 1,01; 1,03] (Jakobsen 2023b).

² Porównanie ze standardami referencyjnymi: ważenie hydrostatyczne, pletyzmografia powietrzna, DXA, metoda rozcieńczania deuterowego lub dowolna złożona metoda pomiaru otyłości

- Wykazano, że spędzanie przez młodzież większej ilości czasu przed ekranami urządzeń elektronicznych, determinowało istotne statystycznie zwiększenie ryzyka wystąpienia nadwagi i otyłości, o 27,3% - OR=1,273 [95%CI: 1,116; 1,390] (Haghjoo 2022).
- Wykazano, że osoby, które charakteryzowały się większym spożyciem energii w późniejszej porze dnia miały istotnie statystycznie zwiększone ryzyko wystąpienia nadwagi i otyłości o 19% – OR=1,19 [95%CI: 1,06; 1,33] (Zou 2022).

Wybrane interwencje w zakresie profilaktyki i leczenia nadwagi/otyłości

Aktywność fizyczna

Populacja dzieci/młodzieży – profilaktyka nadwagi/otyłości

- Interwencje skierowane do dzieci i młodzieży w warunkach szkolnych, zakładające realizację treningów interwałowych o wysokiej intensywności, istotnie statystycznie wpłynęły na:
 - spadek BMI – SMD=-0,9 [95%CI: -1,3; -0,6];
 - zmniejszenie obwodu pasa o średnio 2,5 cm [95%CI: -3,1; -1,9];
 - redukcję procenta tkanki tłuszczowej średnio o 1,7% [95%CI: -2,3; -1,1] (Duncombe 2022).
- Interwencje skupione na aktywnych grach wideo, determinują istotne statystycznie obniżenie wskaźnika BMI, średnio o 1,40 kg/m² [95%CI: -2,22; -0,58] (Ho 2022).
- Metaanaliza badań, które przedstawiły oddziaływanie programów szkolnych z zakresu promocji aktywności i sprawności fizycznej na wartość wskaźnika BMI z-score, wskazując na istotny statystycznie jego spadek o 0,06 [95%CI: -0,09; -0,02] (Neil-Sztramko 2021).
- „Programy aktywności”, opracowane przez koordynatorów aktywności społecznej (*Community Activity Coordinators*) dla danej społeczności lokalnej, zachęcające wszystkie dzieci do podejmowania aktywności fizycznej, poprzez poszerzenie zakresu form aktywności dostępnych w szkołach wpłynęły w porównaniu z grupą kontrolną na:
 - redukcję spożycia napojów gazowanych o 33% [p = 0,04]), a soków owocowych i napojów owocowych o 30% [p = 0,03]),
 - większe spożycie owoców, różnica między grupami 0,8 [95%CI 0,5; 1,1], p < 0,01),
 - zwiększenie czasu spędzanego na aktywności fizycznej w pierwszym roku okresu obserwacji, różnica między grupami 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 (programu *APPLE (A Pilot Programme for Lifestyle and Exercise)*).

Populacja dzieci i młodzież z nadwagą/otyłością

- Interwencje oparte o realizację ćwiczeń fizycznych, mogą wpłynąć na poprawę/zmniejszenie masy ciała, wskaźnika BMI i zawartości tkanki tłuszczowej (Garcia-Hermoso 2019).
- Wyniki metaanalizy wpływu różnych rodzajów i intensywności ćwiczeń na zawartość tkanki tłuszczowej i wskaźnik BMI wykazały istotne statystycznie ich obniżenie w przypadku ćwiczeń:
 - aerobowych o umiarkowanej intensywności dla tkanki tłuszczowej o 2,36% [95%CI: -2,18; -1,53]; BMI 1,53 kg/m² [95%CI: -2,06; -1,00];
 - aerobowych o wysokiej intensywności dla tkanki tłuszczowej o 2,03% [95%CI: -2,96; -1,11]; BMI 1,29 kg/m² [95%CI: -2,01; -0,58];
 - oporowych o wysokiej intensywności dla tkanki tłuszczowej o 1,55% [95%CI: -2,13; -0,97];
 - mieszanych o średniej intensywności dla tkanki tłuszczowej o 2,37% [95%CI: -4,17; -0,57]; BMI 1,34 kg/m² [95%CI: -2,27; -0,42];
 - mieszanych o wysokiej intensywności dla tkanki tłuszczowej o 1,97% [95%CI: -3,88; -0,06]; BMI 1,97 kg/m² [95%CI: -3,88; -0,06] (Huang 2023).

- Interwencje składające się z ćwiczeń fizycznych i/lub zajęć wychowania fizycznego istotnie statystycznie obniżyły masę ciała o średnio 2,03 kg [95%CI: -2,59; -1,47] (Wang 2023a).
- Wyniki metaanalizy oceniającej wpływ stosowania interwencji opartych wyłącznie na aktywności fizycznej na BMI, BMI z-score wykazały, że
 - realizacja nie więcej niż 3 sesji ćwiczeń w tygodniu była bardziej skuteczna niż w przypadku realizacji ≥ 4 sesji: BMI: -0,57 [95%CI: -0,88; -0,26] vs. -0,47 [95%CI: -0,75; -0,19], BMI z-score: -0,73 [95%CI: -1,09; -0,36] vs. -0,43 [95%CI: -0,63; -0,22];
 - sesje trwające ≥ 60 minut skutkowały uzyskaniem większej redukcji BMI z-score niż sesje krótsze (BMI z-score -0,66 [-0,95; -0,36] vs. -0,43 [-0,66; -0,20]); odwrotnie, niż w przypadku wskaźnika BMI (BMI -0,53 [-0,92; -0,14] vs. -0,55 [-0,83; -0,28]);
 - biorąc pod uwagę całkowity czas trwania ćwiczeń, bardziej skuteczne były ćwiczenia trwające dłużej, tj. ≥ 1500 minut: BMI: -0,46 [95%CI: -0,57; -0,34] vs. -0,27 [95%CI: -0,45; -0,09], BMI z-score: -0,74 [95%CI: -0,97; -0,50] vs. -0,34 [95%CI: -0,57; -0,10] (Garcia-Hermoso 2019).

Modyfikacja diety

Populacja dzieci/młodzieży – profilaktyka nadwagi/otyłości

- Wyniki metaanalizy badań RCT, w których interwencją było obniżenie spożycia napojów słodzonych cukrem, poprzez dostarczanie napojów bezkalorycznych lub programy edukacyjne, wykazały istotne statystycznie zmniejszenie średniego BMI o 0,21 kg/m² [95%CI: (-0,40; -0,01)] (Nguyen 2023).
- Wykazano, że interwencje z zakresu modyfikacji sposobu odżywiania wśród dzieci mogą mieć istotny statystycznie wpływ na zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia nadwagi o 33% oraz mogą przyczynić się do obniżenia jej rozpowszechnienia wśród dzieci o 34% – odpowiednio OR=0,67 [95%CI: 0,47; 0,96] oraz OR=0,66 [95%CI: 0,55; 0,8] (Nury 2022).
- Interwencje z zakresu modyfikacji diety, opierające się o zorganizowane programy szkolne, determinują istotne statystycznie obniżenie wartości:
 - wskaźnika BMI wśród dzieci – WMD=-0,12 kg/m² [95%CI: -0,2; -0,05];
 - wskaźnika BMI z-score wśród dzieci – WMD=-0,04 [95%CI: -0,06; -0,02] (Long 2021).

Populacja dzieci i młodzież z nadwagą/otyłością

- Nie wykazano, że dieta o niskim indeksie glikemicznym lub o niskim ładunku glikemicznym miała istotny statystycznie wpływ na wartości poszczególnych parametrów antropometrycznych u dzieci ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością (Kalaitzopoulou 2023).
- Dieta o niskiej zawartości węglowodanów, w porównaniu do diety niskotłuszczowej, determinuje istotne statystycznie obniżenie masy ciała średnio o 2,81 kg [95%CI: -5,38; -0,25]. Wykazano także, że dieta nisko-węglowodanowa jest istotnie statystycznie bardziej efektywna w obniżaniu wartości wskaźnika BMI, redukując go średnio o 1,13 kg/m² [95%CI: (-2,14; -0,11)] (Zhang 2024).
- Spożycie napojów słodzonych sztucznymi słodzikami lub wody, w porównaniu do spożycia napojów słodzonych cukrem, determinuje istotne statystycznie obniżenie wartości wskaźnika BMI u dzieci i młodzieży, średnio o 0,34 kg/m² [95%CI: (-0,5; -0,18)] (Tobiasen 2022).
- Prowadzenie interwencji z zakresu dietytyki, nacełowanych na modyfikację nawyków żywieniowych, prowadzi do istotnego statystycznie zmniejszenia średniej ilości przyjmowanej energii. Dotyczy to zarówno okresu obserwacji ≤ 6 jak i do 12 miesięcy – odpowiednio o 194 kcal/dzień [95%CI: -275,8; -112] oraz 112 kcal/dzień [95%CI: -218,92; -5,83] (Duncanson 2021).

Multikomponentowe i wieloskładnikowe interwencje nacełowane na modyfikację stylu życia

Populacja dzieci i młodzieży – profilaktyka nadwagi/otyłości

- Wyniki metaanalizy wskazują, że interwencje w zakresie zapobiegania otyłości (wieloskładnikowe³ i jednoskładnikowe) prowadzone w szkołach wykazują istotny statystycznie wpływ na zmniejszenie:

³ Aktywność fizyczna i/lub interwencja dietetyczna i/lub edukacja zdrowotna i/lub wprowadzenie polityki szkolnej

- BMI, średnio o 0,26 kg/m² [95%CI: -0,45; -0,07];
- BMI z-score, średnio o 0,07 [95%CI: -0,13; -0,01] (Liu 2019).
- Prowadzenie interwencji multikomponentowej wykazuje istotne statystycznie obniżenie BMI średnio o 0,32 kg/m² [95%CI: -0,54; -0,09], a jednoskładnikowej średnio o 0,14 kg/m² [95%CI: -0,21; -0,06] (Liu 2019).
- Wyniki metaanalizy, w ramach której oceniano wpływ wysoce zintegrowanych programów prewencyjnych na występowanie nadwagi i/lub otyłości wskazują na:
 - celowość realizacji programów profilaktycznych zgodnie z podejściem „MMM”: (1) multikomponentowości (*Multicomponent*) (uwzględniającym zachowania żywieniowe w tym bilans energetyczny, aktywność fizyczną lub jej brak), (2) wielostopniowości podejmowanych wysiłków (*Multi-level*) (ukierunkowanych indywidualnie na dziecko, grupy dzieci, rodziny, społeczności lokalne, w tym także organizacje świadczące różnego rodzaju usługi młodym osobom) oraz (3) realizacji na wielu poziomach (*Multiple setting*) (poradnie POZ, społeczności lokalne, środowisko domowe);
 - istotne statystycznie różnice w zakresie występowania nadwagi/otyłości u uczestników takich programów w porównaniu z grupami kontrolnymi (MD = -0,03 [95%CI -0,04; -0,01]; p<0,0001). Największy wpływ (41%) na wielkość efektu uzyskanego w metaanalizie, miały wyniki otrzymane w ramach realizacji australijskiego programu *Romp & Chomp* (MD = -0,04 [95%CI -0,06; -0,02]) (Specchia 2018).
- Wyniki 4-letniego programu *Romp & Chomp* wskazują, że prowadzenie w zakresie zapobiegania nadwagi/otyłości interwencji wieloskładnikowych⁴ wpłynęło na:
 - zmniejszenie spożycia niezdrowej żywności (dziennie spożycie porcji (25g) pakowanych słodkich/słonych przekąsek: grupa badana vs. kontrolna = -0,23 [95%CI = -0,44; -0,33], p=0,03; dziennie spożycie porcji (250ml) napojów dosładzanych syropem: grupa badana vs. kontrolna = -0,43 [95%CI = -0,73; -0,13], p=0,005);
 - zwiększenie konsumpcji zdrowych produktów (dziennie spożycie porcji (75g) warzyw na początku badania vs. po 3 latach w grupie badanej = 0,41 [95%CI = 0,30; 0,51], p<0,001; dziennie spożycie porcji (150g) owoców na początku badania vs. po 3 latach w grupie badanej = 0,52 [95%CI = 0,42; 0,61], p < 0,001; dziennie spożycie porcji (250 ml) wody na początku badania vs. po 3 latach w grupie badanej = 0,11 [95%CI = 0,02; 0,20], p=0,02;
 - skrócenie czasu spędzanego przed TV (-0,03 minut/dziennie [95%CI = -0,04; -0,02], p<0,001 w grupie badanej w porównaniu z kontrolną w 3 roku realizacji)
- Wyniki 6-miesięcznego programu *POZ (Program Obesity Zero)* wskazują, że prowadzenie w zakresie zapobiegania nadwagi/otyłości interwencji wieloskładnikowych⁵ wpłynęło na:
 - zmniejszenie o 5% odsetka dzieci które przed programem nie były zapisane do żadnego klubu sportowego (71,2%)
 - wzrost aktywności fizycznej w grupie badanej (stosowanie energicznych ćwiczeń fizycznych w porównaniu z wartościami wyjściowymi: MD = 0,3 dni/tydzień [95%CI 0,1; 0,5], p=0,008);
 - ograniczenie do 2 godzin czasu spędzany na oglądaniu TV, graniu w gry komputerowe, itd. przez 8,8% dzieci;
 - wzrost poziomu wiedzy dzieci w zakresie zdrowego odżywiania w porównaniu z wartościami wyjściowymi (wzrost o 5,8 punktów w 13-punktowym kwestionariuszu [95%CI 4,6; 7,1], p<0,001).

⁴ Program kierowany był do dzieci poniżej 5 r.ż., obejmował działania ukierunkowane na rodziny, realizowany był w żłobkach, przedszkolach. Interwencje: szkolenia dla personelu medycznego i stomatologicznego (wdrożenie zintegrowanego podejścia do promocji zdrowia w przedszkolach), szkolenia dla osób pracujących z małymi dziećmi (wzmocnienie działań z zakresu zdrowego żywienia i podejmowania aktywnych zabaw), dystrybucję materiałów akcydensowych, różne formy przekazywania informacji (e-maile, telefony i wizyty), szkolenia dla pracowników placówek sprawujących opiekę nad małymi dziećmi z zakresu realizacji aktywnych zabaw w ramach szkoleń zawodowych.

⁵ Program skierowany do dzieci między 6 a 10 r.ż. Interwencje: konsultacje z dietetykiem (dla rodziców wraz z dziećmi), warsztaty z zakresu „zdrowego gotowania” dla rodzin, interwencje skierowane do dzieci w szkołach i do rodziców: zachęcanie przez dietetyka do zdrowego odżywiania i podejmowania aktywności fizycznej w szkole i poza nią, przekazywanie nauczycielom broszur z zakresu zdrowego żywienia i aktywności fizycznej.

- Wyniki programu BAEW (*Be Active Eat Well*) wskazują, że prowadzenie w zakresie zapobiegania nadwagi/otyłości interwencji wieloskładnikowych⁶ miało istotny związek między zmianami w BMI z-score i spożywaniem słodzonych napojów (zwiększenie spożycia o 1 szklankę dziennie skutkowało wzrostem BMI z-score o 0,015; $p = 0,02$) i czasem spędzonym na oglądaniu TV (zwiększenie dziennego czasu o 1 godzinę, skutkowało zwiększeniem wartości BMI z-score o 0,017; $p=0,03$).
- Wyniki 3-letniego programu *SUS (Shape Up Somerville)*⁷ wskazują, że prowadzenie w zakresie zapobiegania nadwagi/otyłości interwencji na wielu poziomach tj. w czasie przed szkołą, w szkole, po szkole, w domu i w społeczności lokalnej, wpłynęło na zmniejszenie BMI z-score (MD=-0,06 [95%CI -0,08; -0,04]; $p = 0,005$).

Populacja dzieci i młodzież z nadwagą/otyłością

- Wyniki metaanalizy wskazują, że interwencje dotyczące modyfikacji stylu życia zawierające co najmniej trening fizyczny oraz edukację żywieniową wykazują istotny statystycznie pozytywny efekt na zmianę:
 - BMI: średnio o -1,77 kg/m² [95%CI: -2,70; -0,83],
 - BMI z-score: średnio o -0,30 [95%CI: -0,45; -0,16],
 - obwodu talii: średnio o 3,32 cm [95%CI: -5,35; -1,29] (Deng 2024).
- Połączone interwencje dietetyczne i dotyczące aktywności fizycznej z udziałem opiekuna wykazują istotny statystycznie większy efekt na zmniejszenie spożycia napojów słodzonych cukrem przez dzieci w wieku 4-14 lat, w porównaniu do efektu tych interwencji prowadzonych bez udziału opiekunów (Morgan 2020).
- Wyniki trzech metaanaliz wskazują, że multikomponentowe interwencje, obejmujące terapię behawioralną, komponent żywieniowy i/lub aktywności fizycznej w populacji dzieci i młodzieży (powyżej 2 r.ż.) wpływają na redukcję wskaźników związanych z masą ciała:
 - BMI: -1,18 kg/m² [95%CI: -1,67; -0,69] (Al-Khudairy 2017); -0,96 kg/m² [95%CI: -1,63; -0,29] (Elvsas 2017); -0,53 kg/m² [95%CI: -0,82; -0,24] (Mead 2017);
 - BMI z-score: -0,13 [95%CI: -0,21; -0,05] (Al-Khudairy 2017); -0,16 [95%CI: -0,21; -0,10] (Elvsas 2017); -0,06 [95%CI: -0,10; -0,02];
 - waga: -3,67 kg [95%CI: -5,21; -2,13] (Al-Khudairy 2017); -1,45 kg [95%CI: -1,88; -1,02] (Mead 2017).
- Na podstawie wyników uzyskanych z przeglądu systematycznego nie było możliwe ustalenie związku między zastosowaną „dawką” interwencji multikomponentowej (tj. liczby godzin kontaktowych lub czasu trwania)⁸, a zmianami w zakresie masy ciała. W związku z tym autorzy nie określili minimalnej „dawki” interwencji, która byłaby skuteczna w profilaktyce lub leczeniu otyłości wśród dzieci i młodzieży (Heerman 2017).
- Wyniki metaanalizy wskazują, że interwencje⁹ z zakresu kontroli masy ciała z zastosowaniem powyżej 26 godzin kontaktowych charakteryzują się ogólną skutecznością w odniesieniu do redukcji nadmiernej masy ciała u dzieci i młodzieży po 6-12 miesiącach obserwacji. Całkowita redukcja w zakresie BMI z-score wynosiła zazwyczaj ok. 0,20 lub więcej w porównaniu z brakiem lub minimalną redukcją w grupach kontrolnych. W przypadku programów, w których realizowano większą liczbę godzin kontaktowych, efekt był większy oraz istniało większe prawdopodobieństwo,

⁶ Program skierowany do dzieci w wieku 4-12 lat. Interwencje z zakresu zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej, redukcji czasu spędzanego przed TV

⁷ Program skierowany do dzieci między 6 a 8 r.ż.

⁸ Średnia liczba godzin kontaktowych wynosiła 18 godzin [IQR:10,0; 36,0] (z czego 23% <10 godzin – niska intensywność; 49% ≥10 godzin, <36 godzin – umiarkowana intensywność; 28% ≥36 godzin – wysoka intensywność), czas trwania interwencji wynosił średnio 26 tygodni (SD 23,4; mediana: 17,3 tygodni), z czego 37% <3 msc, 41% ≥3 msc, 5% ≥6 msc, oraz 17% ≥9 msc.). Interwencje w formie wyłącznie indywidualnej, stosowano w 26 badaniach (20%), zajęcia grupowe lub obie formy w 106 badaniach (80%). 24 RCT dot. wyłącznie populacji dzieci (18%), a w 109 (82%) udział brali rodzice lub rodzice z dziećmi.

⁹ Opis interwencji uwzględnionych w metaanalizie: co najmniej konsultacje dietetyczne i udzielanie informacji nt. zmiany stylu życia w tym: w zakresie aktywności fizycznej i siedzącego trybu życia. Liczba spotkań wynosiła od 1 do 122, liczba godzin kontaktowych od 0,25 do 122 przez okres od 2,25 do 24 miesięcy. W ramach zintensyfikowanych interwencji przeprowadzano również nadzorowane sesje aktywności fizycznej i spotkania grupowe (z lub bez dodatkowych indywidualnych spotkań z rodzicami lub całą rodziną).

że różnice będą istotne statystycznie. Istotne statystycznie różnice uzyskano w przypadku badań w których liczba godzin kontaktowych wynosiła:

- 52+ godzin: standaryzowana średnia różnic w zakresie zmian BMI z-score w odniesieniu do wartości wyjściowej SMD = -0,31 [95% CI: -0,46; -0,16]; p=0,000;
- 26-51 godzin: SMD = -0,17 [95% CI: -0,30; -0,05]; p=0,004. (O'Connor 2017 - wykonana na potrzeby wytycznych USPSTF 2017).
- Wyniki przeprowadzonej metaanalizy w której oceniano skuteczność różnych interwencji stosowanych w leczeniu otyłości w populacji dzieci i młodzieży powyżej 2 r.ż. w porównaniu z grupą kontrolną wskazują, że
 - ćwiczenia wielosportowe i aerobowe wpływają na spadek ciśnienia skurczowego krwi (ES= -0,77 [95%CI: -1,26; -0,27]) oraz stężenia glukozy na czczo (ES= -0,99 [95%CI: -1,5; -0,35]);
 - ćwiczenia w połączeniu z edukacją wpływają na spadek BMI (ES= -0,32 [95%CI: -0,64; -0,001]);
 - ćwiczenia i dieta obniżają zawartość tkanki tłuszczowej (ES= -2,72 [95%CI: -4,38; -1,09]);
 - interwencje multikomponentowe w postaci diety, aktywności fizycznej, edukacji i terapii behawioralnej wpływają na spadek BMI z-score (ES = -0,105 [95%CI: -0,193; -0,018]), BMI (ES = -1,1 [95%CI: -1,86; -0,35]), ciśnienia skurczowego (ES= -3,64 [95%CI: -5,74; -1,55]) oraz poziomu trójglicerydów (ES= -0,09 [95%CI: -0,11; -0,07]) (Rajjo 2017).

Interwencje edukacyjne i behawioralne

- Wieloskładnikowe interwencje psychologiczne istotnie statystycznie wpływają na obniżenie wartości BMI (SMD=-0,39), BMI Z-score (SMD=-0,79), BMI ogółem (SMD=-0,59), masy tłuszczu (SMD=-0,96) i masy tkanki tłuszczowej (SMD=-0,81) (Baygi 2023).
- Wywiad motywacyjny istotnie statystycznie wpływa na zmniejszenie spożycia napojów słodzonych cukrem (SMD=-0,47) (Amiri 2021).
- Wyniki metaanalizy wykazały, że realizacja wśród dzieci i młodzieży programów opartych o komponent grywalizacji (definiowane jako zorganizowane gry z zestawem zasad rozgrywki i osiągania celów lub zadań poprzez zapewnienie informacji zwrotnej i interakcji) istotnie statystycznie wpływa na podniesienie poziomu wiedzy nt. odżywiania w porównaniu do grupy kontrolnej (SMD=0,88) (Suleiman-Martos 2021).
- Wyniki metaanalizy Wang 2018 wykazały, że interwencje edukacyjne miały istotny statystycznie wpływ na zmniejszenie/obniżenie:
 - BMI WMD: -0,15 [95%CI: -0,24;-0,05; p=0,003], największą zmianą BMI WMD -0,80 [95%CI: -1,42; -0,18]) była raportowana w badaniu Llargues 2012;
 - BMI z-score WMD: -0,03 [95%CI: -0,05;-0,02; p<0,001]. Największą zmianą BMI z-score WMD -0,10 [95%CI: -0,13; -0,07]) była raportowana w badaniu RCT Dzewaltowski 2010;
 - obwodu talii (WC) [WMD: -0,97; [95%CI: -1,95;-0,00; p = 0,050], przy czym interwencje edukacyjne istotnie zmniejszyły poziom WC WMD: -1,11 [95%CI: -1,53; -0,68; p = 0,001], gdy okres obserwacji wynosił ≤12 miesięcy; największą zmianą obwodu talii MD -2,89 [95%CI: -3,49; -2,29]) uzyskano w badaniu RCT Kesztyus 2013;
 - fałdu skórno-tłuszczowego nad tricepsem WMD: -1,39 [95%CI: -2,41;-0,37; p = 0,008], lepszy efekt uzyskano w przypadku średniego wieku poniżej 8 lat MD: -2,03 [95%CI: -3,30; -0,75; p=0,002] i długości okresu obserwacji ≤12 miesięcy WMD: -2,44 [95%CI: -3,69; -1,20; p<0,001]; największą zmianę MD -3,40 [-4,85; -1,95]) uzyskano w badaniu RCT Puder 2011.
 - ciśnienia tętniczego skurczowego (SBP) WMD: -1,13; [95%CI: -2,20; -0,07; p=0,037], przy czym SBP było istotnie obniżone wśród dzieci uczestniczących w interwencjach edukacyjnych, gdy średni wiek wynosił mniej niż 8 lat WMD: -2,00 [95%CI: -3,55; -0,45; p=0,012] lub długość okresu obserwacji wynosiła ≤12 miesięcy WMD: -1,82; [95%CI: -3,21; -0,44; p=0,010].
 - cholesterolu całkowitego (TC) WMD: -4,04 [95%CI: -7,18; -0,90; p=0,012].
 - poziomu trójglicerydów (TG) WMD: -2,62; [95%CI: -4,33; -0,90; p=0,003]; największą zmianę (-3,54 [-3,76; -3,32]) uzyskano w badaniu RCT Manios 2002 (Kreta).

- Interwencje edukacyjne nie miały istotnego wpływu na wskaźnik talia-biodra (WTHR), ciśnienie tętnicze rozkurczowe (DBP) (Wang 2018).

4. Opcjonalne technologie medyczne i stan ich finansowania

Zgodnie z zapisami wytycznych praktyki klinicznej oraz wynikami wtórnych dowodów naukowych profilaktyka nadwagi i otyłości w populacji pediatrycznej powinna być realizowana z wykorzystaniem interwencji: badania przesiewowe, działania informacyjno-edukacyjne, działania z zakresu modyfikacji stylu życia oraz wsparcie psychologiczne. W rekomendacjach wskazuje się, że badania przesiewowe powinny być prowadzone poprzez regularne pomiary antropometryczn, a podstawowym narzędziem pozostaje dalej pomiar wartości BMI przy jednoczesnym zastosowaniu siatek centylowych dostosowanych do wieku i płci. Część wytycznych wskazuje także na możliwość prowadzenia pomiarów innych parametrów m.in.: obwód talii, procent tkanki tłuszczowej. Kluczową metodą zapobiegania nadmiernej masie ciała jest gruntowna modyfikacja stylu życia dziecka poprzez m.in. modyfikację sposobu odżywiania, zwiększenie poziomu aktywności fizycznej oraz eliminację istotnych czynników ryzyka nadwagi i otyłości. Ponadto wytyczne zwracają uwagę, że ważną rolę w profilaktyce nadwagi i otyłości pełni także edukacja, która powinna być prowadzona nie tylko wśród dzieci, ale także ich rodziców i opiekunów prawnych, z uwagi na fakt, że odgrywają oni kluczową rolę w procesie kształtowania nawyków zdrowotnych. Niektóre wytyczne kliniczne wskazują także na zasadność realizacji interwencji z dziedziny wsparcia psychologicznego, które powinno opierać się w szczególności na wzmacnianiu u uczestników motywacji do zmiany nawyków zdrowotnych.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.) obejmuje kompleksową ocenę stanu zdrowia dzieci i młodzieży, do której zaliczają się porady patronażowe i badania bilansowe, w tym badania przesiewowe od urodzenia do ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej (do ukończenia 19 r.ż.). Ocena stanu zdrowia dzieci i młodzieży, udzielana jest przez:

- lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – porada patronażowa i badania bilansowe, w tym badania przesiewowe (12 badań);
- pielęgniarkę POZ – wizyta patronażowa oraz testy przesiewowe mające na celu monitorowanie rozwoju dziecka i wykrywanie odchyleń od normy rozwojowej (7 badań);
- położną POZ – wizyta patronażowa (2 wizyty);
- pielęgniarkę lub higienistkę szkolną – wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych (6 testów).

W większości tych badań i porad w zakres świadczenia wpisane są pomiary antropometryczne takie jak wysokość lub długość ciała, masa ciała oraz oszacowanie miernika BMI.

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2025 ujęty został cel operacyjny „profilaktyka nadwagi i otyłości”, w ramach którego sporządzono wykaz zadań, który obejmuje realizację zintegrowanych działań przeciwdziałających nadwadze i otyłości społeczeństwa (w tym dzieci i młodzieży). W wykazie znalazło się m.in.: prowadzenie ogólnopolskiego centrum edukacji żywieniowej; kształtowanie postaw prozdrowotnych, w tym upowszechnianie koncepcji Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowia; promocja aktywności fizycznej – wsparcie pozalekcyjnych form aktywizacji fizycznej dzieci i młodzieży; działania edukacyjne skierowane do pacjentów z cukrzycą oraz ich rodzin i opiekunów mające na celu ograniczenie powikłań cukrzycy oraz poprawę jakości i długości życia chorych. W ramach zadań określonych w wykazie jednostki rządowe lub jednostki samorządu terytorialnego prowadzą ogólnopolskie programy profilaktyczne skierowane do walki z otyłością.

5. Rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania przeprowadzane w ramach programów polityki zdrowotnej skierowane do określonej populacji docelowej oraz warunki realizacji programów polityki zdrowotnej, dotyczące danej choroby lub danego problemu zdrowotnego oraz wskaźniki służące do monitorowania i ewaluacji

Treści przedstawione w tej części rekomendacji zostały oparte o odnalezione dowody naukowe, wytyczne kliniczne, wnioski płynące z weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej z omawianego zakresu oraz opinie ekspertów. Rekomendowane przez Prezesa Agencji technologie medyczne/działania wraz z warunkami ich realizacji oraz sposobem monitorowania i ewaluacji zostały przygotowane z uwzględnieniem obowiązującego wzoru programu polityki zdrowotnej.

Opracowane modelowe rozwiązanie stanowi optymalne i uniwersalne rozwiązanie możliwe do wdrożenia przez jednostkę samorządu terytorialnego na dowolnym szczeblu. Niemniej jednak w celu dostosowania rozwiązań do potrzeb i możliwości jednostek samorządu terytorialnego, w poszczególnych elementach programu przedstawiono kilka wariantów rozwiązań, lub ramy, w jakich poruszać się można przy realizacji programu. Ostateczny kształt programu polityki zdrowotnej ustalany powinien być przez decydentów planujących realizację programu.

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.) oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2476).

5.1 Uzasadnienie wprowadzenia PPZ

5.1.1 Dane epidemiologiczne

Należy dokonać analizy potrzeb zdrowotnych w danym regionie, stopnia ich zaspokojenia oraz zidentyfikować obszary, w których zastosowanie określonych interwencji może przynieść największe efekty zdrowotne. Należy wziąć pod uwagę dostępne dane epidemiologiczne, które wskazywać będą na rozpowszechnienie problemu na określonym obszarze oraz przedstawiać jego sytuację na tle kraju.

Projekt programu polityki zdrowotnej należy opracować na podstawie map potrzeb zdrowotnych i dostępnych danych epidemiologicznych.

5.1.2 Opis obecnego postępowania

Przy planowaniu i wdrażaniu PPZ należy każdorazowo zweryfikować aktualność opisu obecnego postępowania i wprowadzić ewentualne zmiany.

5.2 Cele PPZ i mierniki efektywności jego realizacji

Cel główny oraz cele szczegółowe należy uzupełnić o liczbowe wartości docelowe wskazane znakami „.....%” (procent) oraz „..... p.p.” (punkty procentowe). Stanowią one wyznacznik deklarowanej efektywności planowanych interwencji. Przyjmowane wartości docelowe będą uzależnione od wielu czynników, np. profilu populacji docelowej, wcześniej realizowanych działań na obszarze objętym PPZ, dotychczasowe doświadczenia przy realizacji podobnych działań. Tym samym niezbędne jest indywidualne dobieranie wartości docelowych do konkretnej sytuacji. W treści projektu należy zamieścić opis czynników, które zostały wzięte pod uwagę przy jej ustalaniu. Sugerowanym

postępowaniem jest nawiązanie dialogu z przedstawicielami potencjalnych realizatorów tak, aby przyjęte cele zarówno świadczyły o skuteczności działań, jak i były możliwe do osiągnięcia.

5.2.1 Cel główny

Zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości, wśród% dzieci i młodzieży uczestniczących w programie.

* wyjaśnienie symbolu „.....p.p.” znajduje się w ramce powyżej.

5.2.2 Cele szczegółowe

5.2.2.1 Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki otyłości, wśród% uczestników działań edukacyjnych.

5.2.2.2 Zmiana w trakcie trwania programu niepoprawnych nawyków żywieniowych wśród% uczestników programu.

5.2.2.3 Zwiększenie w trakcie trwania programu poziomu aktywności fizycznej wśród% uczestników programu.

* wyjaśnienie symbolu „...%” znajduje się w ramce powyżej.

5.2.3 Mierniki efektywności realizacji PPZ

Cel	Miernik
Główny	Odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w co najmniej 90. centylu (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku). Wszystkie pomiary antropometryczne wykonywane są w programie dwukrotnie. Brak pomiaru końcowego (np. przez wcześniejsze zakończenie udziału w programie) należy interpretować jako niespełnienie żadnego z warunków.
5.2.2.1.	Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy* w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test. <i>(Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników. Wynik wyrażony w procentach)</i> * wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.
5.2.2.2.	Odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano poprawę w zakresie nawyków żywieniowych (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza nawyków żywieniowych np. QEB, HBSC, KomPAN) w porównaniu do wyników uzyskanych na pierwszej wizycie. Kwestionariusze wypełniane są w programie dwukrotnie (na pierwszym i na ostatnim spotkaniu komponentu dietetycznego). Brak pomiaru końcowego (np. przez wcześniejsze zakończenie udziału w programie) należy interpretować jako niespełnienie żadnego z kryteriów/brak poprawy wyniku początkowego.
5.2.2.3.	Odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej np. IPAQ, HBSC), w porównaniu do wyników uzyskanych podczas pierwszej wizyty. Kwestionariusze wypełniane są w programie dwukrotnie (na pierwszym i na ostatnim spotkaniu komponentu ruchowego). Brak pomiaru końcowego (np. przez

	wcześniejsze zakończenie udziału w programie) należy interpretować jako niespełnienie żadnego z kryteriów/ brak poprawy wyniku początkowego.
--	--

5.3 Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

Istotne jest określenie liczebności populacji docelowej w danym rejonie oraz wskazanie jaki odsetek tej populacji jest możliwy do włączenia do PPZ przy posiadanych zasobach oraz przy zachowaniu równego dla wszystkich uczestników dostępu do działań oferowanych w ramach PPZ. Im większy odsetek populacji zostanie włączony do PPZ, tym większe są możliwości zaobserwowania efektów zdrowotnych we wskaźnikach epidemiologicznych.

Liczebność populacji docelowej powinna zostać oszacowana dla każdego z etapów PPZ. Niezbędne jest wskazanie na źródła danych (liczba uczestników w danej grupie wiekowej z podziałem na płeć np. w oparciu o dane z Głównego Urzędu Statystycznego) i wykorzystanych odniesień do literatury, opis przyjętych założeń oraz przedstawienie wykonanych obliczeń. Należy skupić się na przedstawieniu danych lokalnych, czyli dotyczących obszaru, na którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej.

5.3.1 Populacja docelowa

- Edukacja prowadzona w ramach programu skierowana jest do populacji pediatrycznej w wieku szkolnym oraz ich rodziców lub opiekunów prawnych.
- Z uwagi na zróżnicowane potrzeby, zaleca się wydzielenie subpopulacji o spójnych potrzebach edukacyjnych i informacyjnych (np. grupy rodziców i opiekunów prawnych dzieci w poszczególnych grupach wiekowych). Forma oraz treść prowadzonych działań powinna być dostosowana do uczestników. Każda z subpopulacji powinna być zdefiniowana niezależnie, zaś działania skierowane do różnych subpopulacji mogą być prowadzone równolegle.
- Badanie przesiewowe skierowane jest do populacji pediatrycznej w wieku szkolnym.
- Interwencja multikomponentowa skierowana jest do uczestników u których w ramach badania przesiewowego uzyskano wynik BMI znajdujący się w co najmniej 90. centylu dla płci i wieku wraz z rodzicami/opiekunami prawnymi (jako osobami towarzyszącymi).
- W przypadku ograniczonych środków finansowych na realizację programu zaleca się prowadzenie interwencji multikomponentowej w zawężonej populacji - w pierwszej kolejności w populacji dzieci z BMI >97. centylu dla płci i wieku wraz z rodzicami/opiekunami prawnymi (jako osobami towarzyszącymi).

5.3.2 Kryteria kwalifikacji do PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ

UWAGA: Na etapie tworzenia projektu PPZ możliwe jest wprowadzenie dodatkowych kryteriów włączenia i wykluczenia tak, aby działaniami objąć grupę osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebą zdrowotną, a tym samym dążyć do maksymalizacji efektu zdrowotnego uzyskiwanego przy posiadanych zasobach. Każde dodatkowo wprowadzane kryterium powinno zostać wyczerpująco uzasadnione. Przy wprowadzaniu dodatkowych kryteriów należy pamiętać o zasadzie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym wszelkie wprowadzane kryteria powinny być oparte wyłącznie na przesłankach merytorycznych, np. danych epidemiologicznych przytaczanych z wiarygodnych źródeł. Możliwe jest jedynie zawężenie populacji względem tej, która została określona w treści niniejszej rekomendacji.

Z uwagi na możliwą zmienność poziomu dostępnych zasobów w kolejnych latach realizacji PPZ, sugerowanym jest opisanie w treści projektu PPZ postępowania pozwalającego na dostosowywanie kryteriów do możliwości jednostki (np. harmonogram aktualizowany w oparciu o dane pochodzące z monitorowania realizacji PPZ) zamiast deklarowania stosowania zawężenia kryteriów na określonym, stałym poziomie. Informacje dotyczące przebiegu programu powinny zostać zamieszczone w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w PPZ należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

Etap PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Edukacja	- Wiek od 6 do 18 lat lub - Rodzice i opiekunowie prawni dzieci z populacji objętej PPZ.	Brak
Badanie przesiewowe	- Wiek od 6 do 18 lat; - Wyrażenie pisemnej zgody na udział dziecka w PPZ przez rodziców/opiekunów prawnych.	- Osoby leczone z powodu otyłości poza PPZ; - Brak spełnienia któregokolwiek z kryteriów włączenia.
Interwencja multikomponentowa	- Wiek od 6 do 18 lat; - Osoby, u których w ramach prowadzonego badania przesiewowego zidentyfikowano wartość BMI w co najmniej 97. centylu dla płci i wieku; - W przypadku wystarczających środków finansowych, osoby, u których w ramach prowadzonego badania przesiewowego zidentyfikowano wartość BMI w co najmniej 90. centylu dla płci i wieku; - Wyrażenie pisemnej zgody na udział w PPZ przez rodziców/opiekunów prawnych; - Rodzice/opiekunowie prawni dzieci zakwalifikowanych do uczestnictwa w interwencji (jako osoby towarzyszące).	- Osoby leczone z powodu otyłości poza PPZ; - Pozostawanie pod opieką specjalistyczną w związku z chorobą przewlekłą; - Indywidualne przeciwwskazania lekarskie do udziału w interwencji multikomponentowej; - Brak spełnienia któregokolwiek z kryteriów włączenia.

5.3.3 Planowane interwencje

W trakcie planowania PPZ określić należy jakie działania w danym problemie zdrowotnym mogą zostać wdrożone przy posiadanych zasobach finansowych, materialnych i ludzkich. Należy przeprowadzić dokładną analizę możliwości danej jednostki – aby wdrożone działania cechowały się jak najwyższą efektywnością. Istotne jest przełożenie posiadanych zasobów na wyznaczone cele i ocenę możliwości ich realizacji.

ETAP: EDUKACJA (NCEZ 2024, RACGP 2024, USPSTF 2024, HAS 2023, NICE 2023, MQIC 2022a, MQIC 2022b, KSSO 2022, PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022, AND 2022, ESPGHNCN 2021, UNICEF 2019, KSPGHAN 2019, KLRwP/PTMR/PTBO 2018, ISPED/ISP 2018, ES 2017, MoH NZ 2016, NICE 2015, Jakobsen 2023b, Suleiman-Mortos 2021, Poorolajal 2020, Specchia 2018, Wang 2018, Afshin 2017, Rajjo 2017, eksperci kliniczni).

- Samorządy powinny podejmować współpracę z różnymi podmiotami i instytucjami (Państwowa Inspekcja Sanitarna, Ośrodki Pomocy Społecznej, organizacje samorządowe), które są już zaangażowane w profilaktykę nadwagi i otyłości na danym obszarze lub z takimi, które posiadają doświadczenie i kompetencje w konkretnych obszarach, np. edukacji zdrowotnej.
- Działania edukacyjne powinny być kierowane do określonej, jasno zdefiniowanej w projekcie PPZ grupy docelowej. W PPZ realizowanych może być równolegle więcej niż jeden etap informacyjno-edukacyjny, gdyż każdy z nich może obejmować inną subpopulację. Przedstawione poniżej zalecenia dotyczące interwencji mają w większości charakter ogólny, co ma umożliwić elastyczne dostosowanie działań do potrzeb i możliwości grupy docelowej.
- Edukacja powinna koncertować się na zmianie nawyków zdrowotnych u dziecka oraz jego motywacji do podjęcia próby redukcji masy ciała (USPSTF 2024, RACGP 2024, HAS 2023,

NICE 2023, MQIC 2022a, MQIC 2022b, KSSO 2022, PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022, AND 2022, ESPGHNCN 2021, UNICEF 2019, KSPGHAN 2019, eksperci kliniczni).

- Zaleca się promowanie zdrowej diety oraz stylu życia, z zachowaniem zasady 5-2-1-0 (odnosi się to do:
 - ≥ 5 porcji warzyw i owoców;
 - ≤ 2 godzin czasu wolnego spędzanego przed ekranem (np. telewizora, telefonu etc.);
 - >1 godziny aktywności fizycznej;
 - 0 dziennego spożycia napojów słodzonych cukrem) (MQIC 2022a, MQIC 2022b).
- Kampania edukacyjno-informacyjna powinna być nakierowana na podniesienie wiedzy populacji docelowej (należy posługiwać się słownictwem zrozumiałym dla rozmówcy) nt. profilaktyki nadwagi i otyłości:
 - czynniki ryzyka nadwagi i otyłości obejmujące: czas spędzany w pozycji siedzącej, higienę snu, regulację ilości spożywanych kalorii, czas spędzany przed urządzeniami elektronicznymi (HAS 2023, NICE 2023, MQIC 2022a, MQIC 2022b, KSSO 2022, PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022, UNICEF 2019, eksperci kliniczni);
 - potencjalne zagrożenia zdrowotne wynikające z nadwagi i otyłości (HAS 2023, NICE 2023, MQIC 2022a, MQIC 2022b, KSSO 2022, PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022, UNICEF 2019, eksperci kliniczni);
 - zapewnienie edukacji z czytania etykiet umieszczonych na produktach spożywczych (USPSTF 2024);
 - kwestie zdrowego żywienia (NCEZ 2024, USPSTF 2024, RACGP 2024, HAS 2023, NICE 2023, MQIC 2022a, MQIC 2022b, KSSO 2022, PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022, AND 2022, ESPGHNCN 2021, UNICEF 2019, KSPGHAN 2019, KLRwP/PTMR/PTBO 2018, ES 2017, NICE 2015b, Jakobsen 2023b, Poorolajal 2020, Wang 2018, eksperci kliniczni):
 - dziecko w każdym okresie życia powinno spożywać 3-5 posiłków o stałych porach, w tym codziennie śniadania;
 - unikanie przejadania się i podjadania między wyznaczonymi posiłkami, kolacja spożywana 2-3 godziny przed snem;
 - ograniczenie konsumpcji produktów wysokoprzetworzonych (m.in.: fast food, słone i słodkie przekąski, produkty cukiernicze czy dania instant), posiłków „na wynos”;
 - ograniczenie spożycia mięsa i produktów mięsnych (średnio nie więcej niż 70 g czerwonego i przetworzonego mięsa dziennie);
 - stosowania wzoru „Talerza Zdrowego Żywienia” ($\frac{1}{2}$ talerza powinny stanowić warzywa i owoce). Każdego dnia powinno się spożywać co najmniej 400 g różnokolorowych warzyw i owoców. Większość z nich powinny stanowić warzywa. W okresie mniejszej dostępności świeżych produktów zaleca się sięganie po mrożone odpowiedniki;
 - dostosowanie energetyczności i wielkości posiłków do potrzeb adekwatnych dla wieku;
 - zaleca się aby dziecko unikało oglądania telewizji, tabletów i smartfonów podczas jedzenia;
 - zaleca się aby przestrzegać przed zbyt gwałtowną utratą masy ciała przez dziecko. Dotyczy to także ekstremalnych diet, zakładających znaczące zmniejszenie podaży energii. Powyższe może być zagrożeniem dla dziecka szczególnie w zakresie dalszego rozwoju w okresie dojrzewania.
 - zwiększenie bądź utrzymanie poziomu aktywności fizycznej (USPSTF 2024, RACGP 2024, HAS 2023, NICE 2023, MQIC 2022a, MQIC 2022b, KSSO 2022, PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022, AND 2022, ESPGHNCN 2021, UNICEF 2019, KSPGHAN 2019, ISPED, ISP 2018, KLRwP/PTMR/PTBO 2018, ES 2017, MoH NZ 2016, eksperci kliniczni):
 - aktywność fizyczna powinna być podejmowana codziennie lub niemal codziennie, a optymalny czas na nią poświęcany powinien wynosić – 60 minut;

- zalecane formy ruchu: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie;
 - zaleca się angażowanie dzieci w zabawy i ćwiczenia dostosowane do wieku i możliwości;
 - zwiększenie poziomu aktywności fizycznej można osiągnąć od 2-3 r.ż. 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;
 - zbilansowanie wydłużającego się czasu spędzanego przez dzieci i młodzież przed urządzeniami elektronicznymi (telefony, telewizory, komputery) zwiększoną aktywnością fizyczną.
- promowanie odpowiedniej dla wieku długości snu (NCEZ 2024, PTP/ PTOD/ PTEiD/ KLRwP/ PTBnO 2022, HAS 2023, MQIC 2022a KSPGHAN 2019), 6-12 lat – 9-12 godzin, 13-17 lat – 8-10 godzin, 18-25 lat – 7-9 godzin (ISPED ISP 2018, MoH NZ 2016);
 - informowanie o zaleceniach dotyczących czasu spędzanego przed urządzeniami elektronicznymi (telefony, telewizory, komputery) – nie powinien on przekraczać 2 godzin dziennie w odniesieniu do dzieci >2. r.ż. (PTP/ PTOD/ PTEiD/ KLRwP/ PTBnO 2022, MQIC 2022a, ISPED, ISP 2018, ES 2017, NICE 2015b),
- Forma oraz treść prowadzonych szkoleń powinna być dostosowana do wieku oraz stylów uczenia się uczestników (NICE 2023, NICE 2015a, eksperci kliniczni).
 - 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 prawnych (ESPGHNCN 2021, ES 2017, MoH NZ 2016, NICE 2015).
 - Edukacja kierowana do rodziców lub/i opiekunów prawnych dzieci powinna podkreślać znaczenie roli modelowania przez nich zachowań zdrowotnych (dieta, aktywność fizyczna) oraz kontroli rodzicielskiej (MQIC 2022a). Rodzice/opiekunowie prawni powinni być poinformowani, że każde dziecko z BMI ≥ 85 . centyla powinno być monitorowane m.in. pod względem powikłań nadwagi lub otyłości (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, ES 2017). Podczas prowadzonych działań należy odpowiedzieć na wszelkie pytania i wątpliwości rodziców i opiekunów prawnych.
 - Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy u dzieci oraz ich rodziców/opiekunów prawnych. Przykładowymi formami działań edukacyjnych mogą być: pogadanki, porady indywidualne i grupowe (kontakt bezpośredni z profesjonalistami w przedszkolach, szkołach), wizyty kontrolne u lekarzy pediatrów, filmy instruktażowe, materiały informacyjne, środki masowego przekazu (w tym strony internetowe, media społecznościowe). Działania te mogą być prowadzone także w ramach organizowanych pikników, konkursów warsztatów oraz przez aplikacje mobilne (PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022, NICE 2015a, Wang 2018, Suleiman-Mortos 2021, eksperci kliniczni).
 - Do prowadzenia działań promocyjnych programu zaleca się wykorzystanie nośników miejskich/gminnych np. wyświetlane prezentacje (slajdy) w autobusach/tramwajach/ pociągach oraz mediach miejskich/gminnych (dedykowanych mieszkańcom portalach/aplikacjach). Ponadto warto prowadzić także akcje promocyjne w mediach społecznościowych w formie np. grafik informujących o prowadzonym przez JST programie.
 - Zaleca się wzmacnianie motywacji i efektów edukacyjnych poprzez premiowanie wiedzy za pomocą gadżetów związanych z profilaktyką nadwagi lub otyłości np. breloki, magnesy, zabawki, książki.
 - Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w działaniach edukacyjnych jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która ukończyła zajęcia edukacyjne, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.
 - W przypadku, gdy dostępne są gotowe materiały edukacyjne, przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy je wykorzystać w pierwszej kolejności (przy jednoczesnym uwzględnieniu praw autorskich) (np. dostęp z dnia 11.06.2025 r.):
 - Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia m.in. linki:
 - <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/otylosc-pandemia-wspolczesnych-czasow>;
 - <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/otylosc-u-dzieci-same-z-niej-nie-wyrosna>;
 - <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/jesli-nie-kalorie-co>;

- <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/zdrowe-zywienie-calej-rodziny>;
 - <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/5-powodow-by-prowadzic-dzienniczek-zywniowy>;
 - <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/o-restrykcjach-w-diecie>;
- Akademia NFZ, m.in. linki:
 - <https://akademia.nfz.gov.pl/>;
 - <https://akademia.nfz.gov.pl/multimedia/>;
- Narodowy Fundusz Zdrowia
 - <https://diety.nfz.gov.pl/>
- Narodowe Centrum Edukacji Żywniowej, m.in. linki:
 - <https://ncez.pzh.gov.pl/>;
 - <https://ncez.pzh.gov.pl/poradnia>;
 - <https://ncez.pzh.gov.pl/baza-wiedzy/?category=zdrowe-odchudzanie>;
 - <https://ncez.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2022/12/Nadwaga-i-otylosc.-Malymi-Krokami-do-Zdrowia..pdf>;
 - <https://ncez.pzh.gov.pl/baza-wiedzy/?category=abc-zywienia>
 - <https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/zasady-zdrowego-zywienia/normy-zywniowe-2024/>
 - <https://ncez.pzh.gov.pl/zdrowe-odchudzanie/jaka-dieta-w-otylosci-zalecenia-i-jadlospis-do-pobrania/>
- Wojewódzkie i Powiatowe Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne
 - <https://www.gov.pl/web/gis/stacje-sanitarно-epidemiologiczne>;
- Poniżej proponowana lista działań o udowodnionej skuteczności możliwych do wykorzystania w ramach planowanych działań edukacyjnych:
 - warsztaty z zakresu „zdrowego gotowania” dla rodzin – jednodniowe, 3-godzinne warsztaty przeprowadzane przez certyfikowanego kucharza szkolnej kuchni/żywniowca/dietetyka (Specchia 2018 – program *Program Obesity Zero*);
 - warsztaty obejmujące przygotowanie jadłospisu dla całej rodziny (praca w grupach; max 6 dzieci wraz z rodzicami/opiekunami prawnymi); przygotowywanie zdrowych śniadań (zajęcia praktyczne angażujące dzieci i rodziców), testy smaku zdrowych produktów mogących stanowić zamienniki, zmiana przeświadczeń, że zdrowe produkty są mniej smaczne (Specchia 2018 – program *Be Active Eat Well*);
 - działania edukacyjne realizowane w szkołach prowadzone przez dietetyka, skierowane zarówno do dzieci w szkołach jak i do ich rodziców, wychowawców i nauczycieli – zachęcanie przez dietetyka do zdrowego odżywiania i podejmowania aktywności fizycznej w szkole i poza nią, wskazywanie dodatkowych inicjatyw z zakresu zdrowego żywienia i aktywności fizycznej, jakie mogą być realizowane w ramach zajęć szkolnych (Specchia 2018 – program *Program Obesity Zero*);
 - szkolenia dla pracowników stołówek szkolnych i przedszkolnych, osób odpowiedzialnych za zamawianie produktów żywnościowych, osób tworzących jadłospisy prowadzone przez dietetyków w oparciu o wymagania dla żywienia zbiorowego w placówkach przedszkolnych i szkolnych zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełnić środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz.U. z 2016 r. poz. 1154), obejmujące: zmiany w jadłospisach szkolnych stołówek – m.in. zwiększenie udziału produktów pełnoziarnistych, warzyw i owoców, nabiał z niską zawartością tłuszczu, wybór zdrowszych przekąsek (Specchia 2018 – program *Be Active Eat Well*; Wang 2018);
 - broszury z poradami dla rodziców dot. komponowania zdrowych posiłków, oraz aktywności pozaszkolnych (Specchia 2018 – program *Be Active Eat Well*);

- o organizacja dni przychodzenia do szkoły pieszo lub na rowerze/hulajnodze (Specchia 2018 – program *Be Active Eat Well*);
- o organizacja „Dni ograniczonego oglądania TV” poprzez organizację dodatkowych zajęć sportowych w szkole w godzinach popołudniowych i wieczornych z zaangażowaniem trenerów sportowych, w zależności od możliwości JST - doposażenie szkół w sprzęt sportowy (Specchia 2018 – program *Be Active Eat Well*);
- o organizacja na terenie szkół cyklicznych (comiesięcznych) dni „testów smaku”, mających na celu poznawanie dzieci ze zdrowymi produktami stanowiącymi zdrowe zamienniki realizowane przez nauczycieli z ewentualnym udziałem dietetyka (Specchia 2018 – programy *BAEW* oraz *Shape Up Somerville*);
- o prowadzenie codziennych 10-minutowych ćwiczeń jako urozmaicenie przerw szkolnych dla dzieci 6-8 lat (Specchia 2018 – program *Shape Up Somerville*);
- o wprowadzenie kuponów/dofinansowań na zdrową żywność (Afshin 2017);
- o organizacja wydarzeń dla rodzin w formie pikników w okresie letnim – obejmujące propagowanie ruchu na świeżym powietrzu (organizowane na terenie szkoły przez trenerów sportowych) oraz warsztaty z przygotowywania zdrowych przekąsek (prowadzone przez kucharzy i dietetyków) (Specchia 2018 – program *Shape Up Somerville*, ekspert kliniczny);
- o prowadzenie działań grywalizacji (definiowane jako zorganizowane gry z zestawem zasad rozgrywki i osiągania celów lub zadań poprzez zapewnienie informacji zwrotnej i interakcji) (Suleiman-Martos 2021).

BADANIA PRZESIEWOWE (USPSTF 2024, AAP 2023, HAS 2023, NICE 2023, PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022, MQIC 2022a, MQIC 2022b, KSSO 2022, KSPGHAN 2019, ISPED/ISP 2018, KLRwP/PTMR/PTBO 2018, AAFP 2017, ES 2017, MoH NZ 2016, CTFPHC 2015, O'Connor 2017, Simmonds 2016)

- Badanie przesiewowe składa się z konsultacji, podczas której zostanie przeprowadzony: wywiad i pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost) z oceną rozwoju somatycznego dziecka. Celem jest zidentyfikowanie uczestników z nadwagą lub otyłością.
- Wywiad powinien uwzględniać m.in. historię rodziny, troskę rodziców/opiekunów prawnych o masę ciała dziecka, choroby towarzyszące w tym metaboliczne, wzorce żywieniowe, poziom aktywności fizycznej, aktualną kondycję psychiczną, przyjmowane leki, ilość i jakość snu (MQIC 2022b, MoH NZ 2016).
- Badanie przedmiotowe dziecka obejmujące co najmniej: ocenę jego stanu ogólnego, rozwoju somatycznego, przeprowadzenie pomiaru antropometrycznego (masa ciała i wzrost), obliczenie wartości BMI oraz ocenę uzyskanych wartości w odniesieniu do obowiązujących siatek centylowych (AAP 2023, HAS 2023, NICE 2023, PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022, MQIC 2022a, KSSO 2022, KSPGHAN, ISPED, ISP 2018).
- W oparciu o wynik badania należy stwierdzić czy u uczestnika występuje choroba. Gdy wartości BMI znajduje się w zakresie
 - o 10.-90. centyla dla wieku i płci wynik prawidłowy - wykluczenie choroby;
 - o 90.-97. centyla dla wieku i płci - podstawa do rozpoznania nadwagi;
 - o >97. centyla dla wieku i płci - podstawa do rozpoznania otyłości (KLRwP/PTMR/PTBO 2018).
- W oparciu o wyniki badań przesiewowych, należy dostosować dalsze postępowanie. W przypadku osób, u których:
 - o wykluczona zostanie diagnoza nadwagi lub otyłości – uczestnik otrzyma informację o podstawowych metodach profilaktyki nadwagi oraz broszury na ten temat. Uczestnik kończy udział w programie.
 - o wykrycie zaburzeń masy ciała – uczestnik kierowany będzie na interwencję multikomponentową, prowadzoną w ramach programu. Na tym etapie z rodzicami/opiekunami prawnymi zostaną ustalone terminy pierwszych trzech wizyt (każda wizyta trwa 60 minut) realizowanych w ramach interwencji multikomponentowej tj. behawioralnej, ruchowej i dietetycznej.

- W przypadku przeprowadzania badań przesiewowych będących świadczeniami gwarantowanymi finansowanymi z budżetu państwa należy unikać podwójnego finansowania świadczeń w ramach programu.

INTERWENCJA MULTIKOMPONENTOWA (RACGP 2024, USPSTF 2024, HAS 2023, NICE 2023, MQIC 2022a, MQIC 2022b KSSO 2022, PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022, ESPGHNCN 2021, UNICEF 2019, APA 2018, ISPED/ISP 2018, KLRwP/PTMR/PTBO 2018, MQJC 2018, AAFP 2017, ES 2017, MoH NZ 2016, Garcia-Hermoso 2019, Specchia 2018, Elvsaas 2017, O'Connor 2017)

- Interwencja składa się z trzech komponentów: dietetyczny, ruchowy i behawioralny. Każdy z nich prowadzony jest przez specjalistę posiadającego stosowne kompetencje. Specjaliści tworzą zespół, w ramach którego po pierwszych konsultacjach z dzieckiem i rodzicami/opiekunami prawnymi, wymieniają się informacjami na temat uczestników oraz wspólnie ustalają zindywidualizowany plan kolejnych spotkań (USPSTF 2024, HAS 2023, NICE 2023, MQIC 2022b, KSSO 2022, UNICEF 2019, APA 2018, AAFP 2017, ES 2017, O'Connor 2017, eksperci kliniczni), na tym etapie ustalają czy u uczestnika nie występują przeciwwskazania medyczne do udziału w dalszej części programu.
- Opracowany przez zespół specjalistów plan kolejnych spotkań powinien obejmować co najmniej 26 godzin zegarowych konsultacji (USPSTF 2024, APA 2018, AAFP 2017, O'Connor 2017).
- Po zakończeniu wszystkich spotkań w ramach ustalonego przez specjalistów planu, realizowana jest wizyta podsumowująca wyników przeprowadzonych działań w ramach tej interwencji.

Komponent behawioralny:

- Przykładowy zakres tematyczny pierwszego spotkania z psychologiem – konsultacje indywidualne (dziecko + rodzice/opiekunowie prawni):
 - identyfikacja zaburzeń takich jak depresja, lęki, zaburzenia odżywiania, problemy z postrzeganiem własnego ciała (HAS 2023, PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022);
 - ocena przyczyn podjadania np. nuda, stres, samotność (ES 2017);
 - ocena nasilenia zachowań społecznych – na podstawie kwestionariusza np. HBSC;
 - nauka i wykorzystanie takich technik jak: ustanawianie celów, samokontrola, trening uważności, kontrola bodźców, pozytywne wzmocnienie, restrukturyzacja poznawcza, asertywność, zdolność regulowania emocji, rozwiązywanie problemów, kształtowanie siły woli i odporności na stres (NCEZ 2024, HAS 2023, NICE 2023, PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022, ISPED/ISP 2018, MoH NZ 2016).
- Liczba, forma i zakres tematyczny kolejnych spotkań powinny zostać określone przez zespół (psycholog, specjalista aktywności fizycznej, dietetyk) w indywidualnym planie interwencji dla danego uczestnika programu.
- Podczas spotkań zaleca się prowadzone także działań edukacyjnych dotyczących m.in. psychologicznych aspektów otyłości, wpływ otyłości na funkcjonowanie somatyczne, roli rodzica/opiekuna prawnego w modelowaniu zachowań zdrowotnych dziecka (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej (HAS 2023, NICE 2023, MQJC 2018).
- Psycholog na kolejnych spotkaniach monitoruje dziecko pod kątem problemów psychologicznych (KSPGHAN 2019), a także motywuje je, rodziców/opiekunów prawnych, aby nie przerywać udziału w programie. Po zrealizowaniu danego elementu docenia starania dziecka i zachęca rodziców do dalszego kształtowania pożądaných wzorców zachowa (NICE 2023);
- Wizyta końcowa:
 - ponowne wypełnienie kwestionariusza/ankiety w zakresie zachowań społecznych (np. na podstawie formularza HBSC);
 - ocena efektów zdrowotnych (m.in. w zakresie wzmocnienia poczucia własnej wartości, siły woli, odporności na stres oraz radzenia z negatywnymi emocjami) i omówienie wyników kwestionariusza;
 - przekazanie dalszego sposobu postępowania oraz informacji o bezpłatnych formach wsparcia psychicznego dostępnych dla uczestnika poza programem (np. NFZ).

Komponent ruchowy:

- Przykładowy zakres tematyczny pierwszego spotkania ze specjalistą aktywności fizycznej – konsultacje indywidualne (dziecko + rodzice/opiekunowie prawni):
 - przeprowadzenie krótkiego wywiadu nt. aktywności fizycznej, ze zwróceniem uwagi na uczestnictwo dziecka w podejmowaniu tej aktywności poza szkołą/zajęcia sportowe, sposób docierania do szkoły (pieszo, rower, komunikacja miejska, samochód), czas spędzany na aktywnościach sedentarnych (TV, komputer, tablet itp.). Wypełnienie kwestionariusza/ankiety w zakresie aktywności fizycznej (np. na podstawie formularza HBSC, IPAQ);
 - edukacja w zakresie codziennej aktywności fizycznej w czasie wolnym oraz zachęcanie do aktywnego przemieszczania się pieszo lub na rowerze (m.in. do i ze szkoły) (RACGP 2024, NICE 2023, KLRwP/PTMR/PTBO 2018, MoH NZ 2016);
 - poinstruowanie o sposobach wdrażania, początkowo 10 minut ćwiczeń aerobowych dziennie i stopniowego zwiększania czasu poświęcanego na ćwiczenia z tygodnia na tydzień (np. w formie jazdy na deskorolce, zajęć tanecznych, biegania, jazdy na rowerze, szybkiego chodu) lub dzielenia podejmowanej aktywności na mniejsze składowe trwające łącznie co najmniej 60 minut dziennie (np. chodzenie przez 10 minut, wchodzenie po schodach, gry sportowe, zabawy, prace domowe) (MoH NZ 2016);
 - informowanie, że docelowa pojedyncza sesja aktywności ruchowej powinna trwać co najmniej 60 minut (NICE 2023, MQIC 2022a, MQIC 2022b, PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022, ESPGHNCN 2021, KSPGHAN 2019, ISPED, ISP 2018, KLRwP/PTMR/PTBO 2018, Garcia-Hermoso 2019, eksperci kliniczni);
 - przekazanie zaleceń dotyczących codziennych ćwiczeń, uwzględniając przy tym aktywności, które łatwo wdrożyć do życia codziennego, a także preferencje i możliwości dziecka.
- Liczba, forma i zakres tematyczny kolejnych spotkań powinny zostać określone przez zespół (psycholog, specjalista aktywności fizycznej, dietetyk) w indywidualnym planie interwencji dla danego uczestnika programu. Kolejne spotkania ze specjalistą aktywności fizycznej mogą uwzględniać np.:
 - przypisanie dziecka do ćwiczeń indywidualnych lub zajęć grupowych (w grupach jednorodnych pod względem poziomu wydolności, stopnia otyłości i stanu zdrowia dziecka zgodnie z ustaleniami w ramach zespołu specjalistów);
 - monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem indywidualnych problemów w zakresie wykonywania ćwiczeń wynikających z nadwagi lub otyłości;
 - równoległe prowadzenie instruktażu dziecka i rodziców w zakresie ćwiczeń możliwych do wykonywania w warunkach domowych oraz omówienie sposobów kontroli postępów (aktywność dopasowana do możliwości uczestnika, optymalnie 5 razy w tygodniu) (Garcia-Hermoso 2019, O'Connor 2017);
 - omawianie z rodzicami/opiekunami prawnymi efektów prowadzonych ćwiczeń identyfikacja popełnianych błędów w tym zakresie oraz ich korekta.
- Wizyta końcowa obejmuje:
 - ponowne wypełnienie kwestionariusza/ankiety w zakresie aktywności fizycznej (np. na podstawie formularza HBSC, IPAQ);
 - ocena efektów zdrowotnych i omówienie wyników kwestionariusza;
 - przekazanie dzieciom i rodzicom/opiekunom prawnym zaleceń w zakresie aktywności fizycznej.

Komponent dietetyczny:

- Przykładowy zakres tematyczny pierwszego spotkania z dietetykiem – konsultacje indywidualne (dziecko + rodzice/opiekunowie prawni):
 - przeprowadzenie wywiadu zdrowotnego i żywieniowego uwzględniającego między innymi: choroby towarzyszące, alergie pokarmowe, przyjmowane leki i suplementy diety, wzorce żywieniowe, dotychczasowy sposób odżywiania (częstość spożywanych posiłków, jedzenie śniadań, spożywanie warzyw i owoców, wielkość porcji, dzienną ilość i rodzaj spożywanych

- płynów, częstość spożywania słodczy, czy dziecko podjada między posiłkami), a także poziom aktywności fizycznej;
- wypełnienie kwestionariusza/ankiety w zakresie nawyków żywieniowych (np. HBSC, QEB, KomPAN);
 - ocena nawyków żywieniowych dziecka i rodziny, poprzez ocenę składu posiłków, porcji, częstotliwości przyjmowania pokarmów, preferencji żywieniowych, stosowania przypraw, metod gotowania i sposobu prezentacji żywności gotowej do spożycia (ISPED ISP 2018). Zwrócenie uwagi przez dietetyka na błędy żywieniowe dziecka i jego rodziny;
 - przedstawienie konsekwencji zdrowotnych wynikających z nadwagi i otyłości (HAS 2023, NICE 2023, MQIC 2022a, MQIC 2022b, KSSO 2022, PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022, UNICEF 2019, eksperci kliniczni);
 - omówienie zasad diety w oparciu o piramidę zdrowego żywienia IŻŻ (ekspert kliniczny);
 - nauka wyznaczania kaloryczności posiłków oraz zawartości poszczególnych makroskładników. Wyznaczanie indywidualnego zapotrzebowania energetycznego, z uwzględnieniem metabolizmu podstawowego wyliczonego dla maksymalnej prawidłowej masy ciała (dla wieku i płci). Obliczenie ilości energii, która powinna być dostarczana przez każdy z makroskładników: węglowodany, białka i tłuszcze;
 - przekazanie rodzicom/opiekunom prawnym dzienniczka żywieniowego, w celu zapisywania przez nich informacji o rodzaju i ilości spożywanych produktów przez ich dziecko w określonym czasie;
 - wyznaczenie przez dietetyka realistycznego celu leczenia dietetycznego i przekazanie indywidualnego planu dietetycznego – do weryfikacji podczas kolejnego spotkania.
- Liczba, forma i zakres tematyczny kolejnych spotkań dietetycznych zostanie określony przez zespół (psycholog, specjalista aktywności fizycznej, dietetyk) w indywidualnym planie interwencji dla danego uczestnika programu. Kolejne spotkania z dietetykiem uwzględniają np.:
 - weryfikację prowadzenia kontroli spożywanych posiłków oraz ocena stopnia realizacji założonego planu (ustalonego podczas pierwszej konsultacji dietetycznej);
 - zaleca się monitorowanie skuteczności prowadzonego leczenia poprzez pomiar wzrostu i masy ciała wraz z określeniem BMI;
 - analiza dzienniczka żywieniowego uczestnika, identyfikacja popełnianych błędów żywieniowych, wprowadzenie ewentualnych zmian w planie dietetycznym, wyjaśnienie ewentualnych wątpliwości odnośnie diety;
 - monitorowanie możliwego wystąpienia zaburzeń odżywiania, zwłaszcza gdy utrata masy ciała jest szybka (ISPED, ISP 2018);
 - zapoznanie rodziców ze sposobami przygotowywania zdrowych posiłków (m.in. rezygnacja z żywności wysokoprzetworzonej, niedosalanie potraw, niesłodzenie napojów, ograniczenie stosowania tłuszczów zwierzęcych, wskazanie zdrowszych zamienników, zaprezentowanie rodzicom portalu NFZ dot. diet, przygotowywanie posiłków) (NCEZ 2024, USPSTF 2024, RACGP 2024, HAS 2023, NICE 2023, MQIC 2022a, MQIC 2022b, KSSO 2022, PTP/PTOD/PTEiD/KLRwP/PTBnO 2022, AND 2022, ESPGHNCN 2021, UNICEF 2019, KSPGHAN 2019, KLRwP/PTMR/PTBO 2018, ES 2017, NICE 2015b, Jakobsen 2023b, Poorolajal 2020, Wang 2018, eksperci kliniczni);
 - kolejne wizyty powinny kończyć się podsumowaniem efektów dotychczasowego leczenia dietetycznego i przekazaniem uczestnikowi indywidualnych zaleceń żywieniowych;
 - w tym komponencie możliwa jest także realizacja zajęć w grupach zgodnie z ustaleniami w ramach zespołu specjalistów. Np. w formie warsztatów obejmujących przygotowanie jadłospisu dla całej rodziny (praca w grupach; max 6 dzieci wraz z rodzicami/opiekunami prawnymi); przygotowywanie zdrowych śniadań (zajęcia praktyczne angażujące dzieci i rodziców), testy smaku zdrowych produktów mogących stanowić zamienniki, zmiana przeświadczeń, że zdrowe produkty są bardziej kosztowne i mniej smaczne (Specchia 2018 – program *Be Active Eat Well*).
 - Wizyta końcowa obejmuje:

- o przeanalizowanie i końcowe podsumowanie skuteczności prowadzonego leczenia dietetycznego, w tym korekta ewentualnych błędów żywieniowych stwierdzonych w dzienniczku żywieniowym dziecka;
- o przekazanie rodzicom/opiekunom prawnym na piśmie zaleceń żywieniowych;
- o poinformowanie rodziców/opiekunów prawnych o możliwości bezpłatnych konsultacji dietetycznych poza programem np. w Narodowym Centrum Edukacji Żywieniowej (bezpłatne konsultacje online, <https://ncez.pzh.gov.pl/poradnia>);
- o ponowne wypełnienie kwestionariusza w zakresie nawyków żywieniowych (np. HBSC, QEB, KomPAN).

Wizyta podsumowująca wyniki interwencji

- Ocena rozwoju somatycznego dziecka, przeprowadzenie pomiaru antropometrycznego (masa ciała i wzrost), obliczenie wartości BMI oraz ocena uzyskanych wartości w odniesieniu do obowiązujących siatek centylowych.
- Analiza wpływu przeprowadzonych interwencji w ramach programu na stan zdrowia dziecka.
- Rodzicom/opiekunom prawnym zostaną przekazane zalecenia odnośnie dalszego postępowania poza PPZ, ponadto zostaną oni poproszeni o wypełnienie ankiety satysfakcji z udziału w PPZ.

5.3.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5.3.5 Sposób zakończenia udziału w PPZ

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- W przypadku rodziców/opiekunów prawnych dzieci, które nie kwalifikują się do badania przesiewowego, ich udział w programie kończy się wraz z zakończeniem działań edukacyjnych.
- W przypadku osób, które nie kwalifikują się do badania przesiewowego, udział w PPZ kończy się wraz z zakończeniem edukacji.
- W przypadku osób, które podczas badania przesiewowego nie zostaną zakwalifikowane do interwencji multikomponentowej, ich udział w programie kończy się etapie badania przesiewowego.
- W przypadku osób zakwalifikowanych do interwencji multikomponentowej udział w PPZ kończy się wraz z wykonaniem oceny rozwoju somatycznego dziecka w ramach komponentu podsumowującego wyniki tej interwencji.
- Zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ.
- Zakończenie realizacji PPZ.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu z uczestników należy przekazać zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

5.4 Organizacja PPZ

5.4.1 Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów

- 1 Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy.
- 2 Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

- 3 Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
- 4 Wybór realizatorów (przeprowadzenie szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
- 5 Przeprowadzenie opisanych w projekcie PPZ interwencji.
- 6 Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa).
- 7 Zakończenie realizacji PPZ.
- 8 Rozliczenie finansowania PPZ.
- 9 Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji.

5.4.2 Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

W celu realizacji programów polityki zdrowotnej należy spełnić wymagania dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Zapisy projektu PPZ należy dostosowywać do ewentualnych zmian w tym zakresie.

Wymagania przedstawione w projekcie PPZ powinny być jasno związane z dążeniem do uzyskania wysokiej efektywności programu. Dla każdego warunku należy przedstawić uzasadnienie jego wprowadzenia, w tym odnieść się do roli jaką pełni w osiągnięciu założonych celów. Warto wskazać, że zamieszczenie wygórowanych warunków może utrudnić wyłonienie realizatora, a tym samym będzie barierą wdrożenia PPZ.

Wymagania dotyczące personelu:

Etap PPZ		Kwalifikacje personelu
Edukacja		Pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, posiadający wiedzę i doświadczenie przeprowadzenia zajęć edukacyjnych dot. profilaktyki nadwagi i otyłości.
Badanie przesiewowe		Osoby wykonujące zawód medyczny np.: lekarz, lekarz pediatra, pielęgniarka, dietetyk lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, posiadający wiedzę i doświadczenie do prowadzenia badania przesiewowego.
Interwencja multikomponentowa	Komponent behawioralny	Psycholog lub psychiatra dziecięcy*
	Komponent ruchowy	Specjalista aktywności fizycznej lub fizjoterapeuta*
	Komponent dietetyczny	Dietetyk*
	Wizyta podsumowująca	Lekarz lub lekarz pediatra.

* Zaleca się aby personel posiadał doświadczenie w zakresie leczenia nadwagi i otyłości u dzieci.

5.5 Sposób monitorowania i ewaluacji PPZ

5.5.1 Monitorowanie

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej powinno być prowadzone na bieżąco i zostać zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. Powinno uwzględniać ocenę zgłaszalności oraz ocenę jakości świadczeń realizowanych w PPZ.

W przypadku realizacji programu wieloletniego, po każdym roku realizacji działań programowych dodatkowo należy przygotować raport, w którym przeanalizowane zostaną wskaźniki kluczowe dla sukcesu programu (zarówno pod kątem zgłaszalności, uzyskanych efektów jak i jakości świadczeń). Dane uzyskane w wyniku okresowej analizy powinny służyć ewentualnej korekcie działań w przyszłych latach realizacji programu, tak aby z roku na rok maksymalizować efekty programu.

Należy rozważyć zlecenie prowadzenia monitorowania przez niezależnego od realizatora eksperta zewnętrznego.

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. W trakcie realizacji programu należy gromadzić dane dotyczące co najmniej następujących obszarów:

- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym;
- liczba osób, u których wykonano badania przesiewowe w kierunku nadwagi i otyłości,
- liczba osób, które zostały poddane interwencji multikomponentowej,
- liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów;
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn.

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ (uczestnika i/lub rodziców/opiekuna prawnego), w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail);
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ;
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. ukończenie wszystkich interwencji, zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Zalecane jest przeprowadzenie oceny jakości udzielanych świadczeń w ramach PPZ. W tym celu każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń. Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta. Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

5.5.2 Ewaluacja

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej wszystkich zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy przedstawić w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania każdego z celów programu. Cel można uznać za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania jest równa lub przekroczyła wskazaną w celu wartość docelową.

W raporcie końcowym należy podawać wartości liczbowe dla danych objętych monitorowaniem oraz co najmniej:

- odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w co najmniej 90. centylu (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku),
- odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w przedziale od 90. – 97. centyla (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku),
- odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się powyżej 97. centyla (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się:
 - <90. centyla (dla płci i wieku) lub
 - w przedziale od 90. do 97. centyla (dla płci i wieku),
- średnia liczba centyli BMI (dla płci i wieku) zredukowana u jednego dziecka w ramach interwencji multikomponentowej przeprowadzonej w ramach programu,
- odsetek osób z BMI znajdującym się w co najmniej 90. centylu (dla płci i wieku), które ze względów medycznych nie mogły zostać włączone do interwencji multikomponentowej,
- odsetek uczestników, u których osiągnięto poprawę w zakresie prozdrowotnych zachowań żywieniowych – na podstawie wyników przeprowadzonego kwestionariusza (np. na podstawie HBSC),
- odsetek uczestników, u których wzrósł poziom aktywności fizycznej – na podstawie wyników przeprowadzonego kwestionariusza (np. na podstawie HBSC),
- odsetek osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących nadwagi i otyłości.

Należy rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

5.6 Budżet PPZ

W przypadku, gdy w programie występuje kilka interwencji, które są stosowane z podziałem na poszczególne grupy uczestników, sugeruje się określenie kosztu jednostkowego każdej z grup interwencji.

Zaplanowane w programie zasoby finansowe powinny być wydatkowane w sposób optymalny i efektywny, z zapewnieniem środków dla każdego uczestnika kwalifikującego się do udziału.

5.6.1 Koszty jednostkowe

Budżet programu powinien uwzględniać wszystkie koszty poszczególnych składowych (tj. koszty interwencji, wynagrodzeń, wynajmu pomieszczeń, działań edukacyjnych, promocji i informacji itp.). Należy także podzielić koszty na poszczególne usługi i świadczenia zdrowotne oferowane w ramach PPZ i wskazać sumaryczny koszt wszystkich kosztów częściowych.

Budżet powinien zawierać wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej;
- koszt przygotowania materiałów edukacyjnych;
- koszt prowadzenia edukacji;
- koszt przeprowadzenia badania przesiewowego;
- koszt przeprowadzenia interwencji multikomponentowej;
- koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

Koszty jednostkowe poszczególnych pozycji nie powinny znacząco odbiegać od cen rynkowych.

W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych
[1]	[2]	[3]	[4]	[5=3x4]
Koszty pośrednie				
1	Koszty administracyjne w tym personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia, koszty ewaluacji i monitorowanie ¹⁰ projektu			
2	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ			
3	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)			
Koszty bezpośrednie				
1	Koszt przeprowadzenia etapu „Edukacja” ... (wyszczególnienie działań)			
2	Koszt przeprowadzenia etapu „Badanie przesiewowe” ... (wyszczególnienie działań)			
3	Koszt przeprowadzenia etapu „Interwencja multikomponentowa” ... (wyszczególnienie działań)			
....				
SUMA				

5.6.2 Koszty całkowite

Należy wskazać całkowity koszt PPZ do poniesienia w związku z jego realizacją. Planowane nakłady należy przedstawić w układzie tabelarycznym. Należy wskazać łączny koszt realizacji PPZ za cały okres jego realizacji oraz w podziale na poszczególne lata, uwzględniając tym samym podział kosztów na poszczególne lata realizacji PPZ, z uwzględnieniem wydatków bieżących i majątkowych (jeżeli dotyczy), w zależności od źródła finansowania.

Koszty całkowite realizacji PPZ:

Rok realizacji PPZ	Koszt całkowity
20xx r.	
20xx r.	

¹⁰ Ewaluacja i monitorowanie - do 10% całkowitego budżetu PPZ

Koszt całkowity	
-----------------	--

5.6.3 Źródła finansowania

Istotne jest wskazanie jednostki odpowiedzialnej za finansowanie PPZ. W przypadku partnerstwa w kwestii finansowania należy określić jaki udział będzie mieć finansowanie pochodzące z innego źródła niż budżet JST. W przypadku, gdyby do programu miała zostać włączona np. jednostka badawcza, również należy określić zakres partnerstwa. W przypadku programów wieloletnich ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz. U. 2024 poz. 146 z późn. zm.) po uzyskaniu Opinii Rady Przejrzystości nr 283/2019 z dnia 2 września 2019 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków ich realizacji dla problemu zdrowotnego: profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci i młodzieży, Raportu nr OT.423.2.2018 pn. „Profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci i młodzieży w ramach programów polityki zdrowotnej”, data ukończenia raportu: sierpień 2019 r. oraz Raportu nr: OT.434.7.2024 pn. „Profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci i młodzieży” - Materiał uzupełniający, data ukończenia styczeń 2024 r.

Z upoważnienia Prezesa

ZASTĘPCA PREZESA

Anna Kowalczuk

/dokument podpisany elektronicznie/

Piśmiennictwo

Opinia RP	Opinia Rady Przejrzystości 283/2019 z dnia 2 września 2019 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków ich realizacji dla problemu zdrowotnego: profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci i młodzieży.
Raport	Raport nr OT.423.2.2018 pn. „Profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci i młodzieży w ramach programów polityki zdrowotnej”, data ukończenia raportu: sierpień 2019 r. Raport nr: OT.434.7.2024 pn. „Profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci i młodzieży” - Materiał uzupełniający, data ukończenia styczeń 2024 r.
Źródła rekomendacji	
AAFP 2017	American Academy of Family Physicians (2017). Screening for Obesity in Children and Adolescents: Recommendation Statement. Am Fam Physician. 2017 Oct 15;96(8):online. Pozyskano z: https://www.aafp.org/afp/2017/1015/od4.html , dostęp z 28.12.2018.
AAP 2023	Hampl S.E., Hassink S.G., Skinner A. et al. (2023). Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. Pediatrics 151(2): e2022060640
AND 2022	Kirk S., Ogata B., Wichert E. et al. (2022). Treatment of Pediatric Overweight and Obesity: Position of the Academy of Nutrition and Dietetics Based on an Umbrella Review of Systematic Reviews. J Acad Nutr Diet. 122(4): 848-861
APA 2018	American Psychological Association (2018). Clinical Practice Guideline on Multicomponent Behavioral Treatment of Obesity and Overweight in Children and Adolescents: Current State of the Evidence and Research Needs. Pozyskano z: https://www.apa.org/about/offices/directorates/guidelines/development-panels.aspx , dostęp z 28.12.2018.
CTFPHC 2015	Canadian Task Force on Preventive Health Care (2015). Recommendations for growth monitoring, and prevention and management of overweight and obesity in children and youth in primary care. CMAJ, April 7, 2015, 187(6).
ES 2017	Endocrine Society (2017). Pediatric Obesity - Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.
ESPGHNCN 2021	Verduci E., Bronsky J., Embleton N. et al. (2021). Role of Dietary Factors, Food Habits, and Lifestyle in Childhood Obesity Development: A Position Paper From the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 72(5): 769-783
HAS 2023	Haute Autorite de Sante (2023). Care pathway guide: overweight and obesity in children and adolescents. Pozyskano z: https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/preventive-activities-in-general-practice/about-the-red-book , dostęp z 15.11.2024
ISPED_ISP 2018	Valerio, G., Maffei, C., Saggese, G., Ambruzzi, M. A., Balsamo, A., Bellone, S., ... & Canali, T. (2018). Diagnosis, treatment and prevention of pediatric obesity: consensus position statement of the Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetology and the Italian Society of Pediatrics. Italian journal of pediatrics, 44(1), 88.
KSPGHAN 2019	Korean Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (2018). Clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of pediatric obesity: recommendations from the Committee on Pediatric Obesity of the Korean Society of Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition. Pozyskano z: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6351800/ , dostęp z 19.11.2024
KSSO 2022	Kang E., Hong Y.H., Kim J. et al. (2022). Obesity in Children and Adolescents: 2022 Update of Clinical Practice Guidelines for Obesity by the Korean Society for the Study of Obesity. J. Obesity. Metab. Syndr. 33:11-19
KLRwP/PTMR/PTBO 2018	Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością (2018). Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Pozyskano z: https://www.klrwp.pl/strona/494/zasady-postepowania-w-nadwadze-i-otylosci-2017/pl , dostęp z 27.12.2018.
MQIC 2022a	Michigan Quality Improvement Consortium Guideline (2022). Prevention and Identification of Childhood Overweight and Obesity. Pozyskano z: https://www.improve.health/wp-

	content/uploads/2023/04/preventionandidentificationofchildhoodoverweightandobesityFINAL2022.pdf , dostęp z 07.11.2024
MQIC 2022b	Michigan Quality Improvement Consortium Guideline (2022). Treatment of Childhood Overweight and Obesity. Pozyskano z: https://www.improve.health/wp-content/uploads/2023/04/treatmentofchildhoodoverweightandobesityFINAL2022.pdf , dostęp z 07.11.2024
MoH NZ 2016	Ministry of Health (2016). Clinical Guidelines for Weight Management in New Zealand Children and Young People. Wellington: Ministry of Health.
NCEZ 2024	Narodowe Centrum Edukacji Żywniowej (2024). Otyłość – zalecenia żywieniowe. Pozyskano z: https://ncez.pzh.gov.pl/zalecenia-zywniowe/ , dostęp z 12.11.2024
NICE 2023	National Institute for Health Care and Excellence (2023). Obesity: identification, assessment and management. Pozyskano z: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189 , dostęp z 08.11.2024
NICE 2017	National Institute for Health and Care Excellence (2012). Obesity: working with local communities (PH42). Ostatnia aktualizacja - rok 2017. Pozyskano z: https://www.nice.org.uk/guidance/ph42 , dostęp z 10.01.2019.
NICE 2015a	National Institute for Health and Care Excellence (2006). Obesity prevention (CG43). Ostatnia aktualizacja - rok 2015. Pozyskano z: https://www.nice.org.uk/guidance/cg43 , dostęp z 14.01.2019.
NICE 2015b	National Institute for Health and Care Excellence (2015). Obesity in children and young people: prevention and lifestyle weight management programmes (QS94). Pozyskano z: https://www.nice.org.uk/guidance/qs94 , dostęp z 16.01.2019.
PTP/ PTOD/ PTEiD/ KLRwP/ PTBnO 2022	Mazur A., Zachurzok A., Baran J. et al. (2022). Childhood Obesity: Position Statement of Polish Society of Pediatrics, Polish Society for Pediatric Obesity, Polish Society of Pediatric Endocrinology and Diabetes, the College of Family Physicians in Poland and Polish Association for Study on Obesity. <i>Nutrients</i> . 15;14(18):3806
RACGP 2024	The Royal Australian College of General Practitioners (2024). Guidelines for preventive activities in general practice: 10th edition. Pozyskano z: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3321295/en/care-pathway-guide-overweight-and-obesity-in-children-and-adolescents , dostęp z 13.11.2024
UNICEF 2019	United Nations International Children's Emergency Fund (2019). UNICEF Programming Guidance. Prevention of Overweight and Obesity in Children and Adolescents. Pozyskano z: https://www.unicef.org/documents/prevention-overweight-and-obesity-children-and-adolescents , dostęp z 18.11.2024
USPSTF 2024	U.S. Preventive Service Task Force (2024). Interventions for High Body Mass Index in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Pozyskano z: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/announcements/final-recommendation-statement-interventions-high-body-mass-index-children-and-adolescents , dostęp z 07.11.2024
Źródła przeglądów systematycznych	
Amiri 2021	Amiri P., Mansouri-Tehrani M.M., Khalili-Chelik A. et al. (2021). Does Motivational Interviewing Improve the Weight Management Process in Adolescents? A Systematic Review and Meta-analysis. <i>Int. J. Behav. Med.</i> 29(1):78-103
Baygi 2023	Baygi F., Djalalinia S., Qorbani M. et al. (2023). The effect of psychological interventions targeting overweight and obesity in school-aged children: a systematic review and meta-analysis. <i>BMC Public Health</i> . 23(1): 1478
Deng 2024	Deng Y., Manninen M., Hwang Y. et al. (2024). Efficacy of lifestyle interventions to treat pediatric obesity: A systematic review and multivariate meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Obes Rev</i> . 25(11): e13817
Duncanson 2021	Duncanson K., Shrewsbury V., Burrows T. et al. (2021). Impact of weight management nutrition interventions on dietary outcomes in children and adolescents with overweight or obesity: a systematic review with meta-analysis. <i>J Hum Nutr Diet</i> . 34(1): 147-177

Duncombe 2022	Duncombe S. L., Barker A. R., Bond B. et al. (2022). School-based high-intensity interval training programs in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. <i>PLoS One</i> . 17(5): e0266427
Eslami 2022	Eslami M., Pourghazi F., Khazdouz M. (2022). Optimal cut-off value of waist circumference-to-height ratio to predict central obesity in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of diagnostic studies. <i>Front Nutr</i> . 9: 985319
Garcia-Hermoso 2019	Garcia-Hermoso A., Ramirez-Velez R., Saavedra J.M. (2019). Exercise, health outcomes, and paediatric obesity: A systematic review of meta-analyses. <i>J Sci Med Sport</i> . 22(1): 76-84
Haghjoo 2022	Haghjoo P., Siri G., Soleimani E. et al. (2022). Screen time increases overweight and obesity risk among adolescents: a systematic review and dose-response meta-analysis. <i>BMC Prim Care</i> . 23(1): 161
Ho 2022	Ho R.S., Chan E.K., Liu K.K. et al. (2022). Active video game on children and adolescents' physical activity and weight management: A network meta-analysis. <i>Scand. J. Med. Sci. Sports</i> . 32(8): 1268-1286
Huang 2023	Huang Z., Li J., Liu Y. et al. (2023). Effects of different exercise modalities and intensities on body composition in overweight and obese children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. <i>Front Physiol</i> . 14: 1193223
Jakobsen 2023a	Jakobsen D.D., Brader L., Bruun J.M. (2023). Effects of foods, beverages and macronutrients on BMI z-score and body composition in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Eur J Nutr</i> . 62(1):1-15
Jakobsen 2023b	Jakobsen D.D., Brader L., Bruun J.M. (2023). Association between Food, Beverages and Overweight/Obesity in Children and Adolescents—A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. <i>Nutrients</i> 15(3): 764
Liu 2019	Liu Z., Xu H.M., Wen L.M. et al. (2019). A systematic review and meta-analysis of the overall effects of school-based obesity prevention interventions and effect differences by intervention components. <i>Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act</i> . 16(1): 95
Long 2021	Long Q., Zhang T., Chen F. et al. (2021). Effectiveness of dietary interventions on weight outcomes in childhood: a systematic review meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Transl. Pediatr</i> . 10(4): 701–714
Morgan 2020	Morgan E.H., Schoonees A., Sriram U. et al. (2020). Caregiver involvement in interventions for improving children's dietary intake and physical activity behaviors. <i>Cochrane Database Syst. Rev</i> . 1(1): CD012547
Neil-Sztramko 2021	Neil-Sztramko S. E., Caldwell H., Dobbins M. (2021). School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . 9(9): CD007651
Nguyen 2022	Nguyen N.M., Dibley M.J., Tang H.K. (2022). Effectiveness of peer-led programs for overweight and obesity in children: systematic review and meta-analysis. <i>Int. J. Obes. (Lond)</i> . 46(12): 2070-2087
Nguyen 2023	Nguyen M., Jarvis S.E., Tinajero M.G. et al. (2023). Sugar-sweetened beverage consumption and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies and randomized controlled trials. <i>Am J Clin Nutr</i> . 117(1): 160-174
Nury 2022	Nury E., Stadelmaier J., Morze J. et al. (2022). Effects of nutritional intervention strategies in the primary prevention of overweight and obesity in school settings: systematic review and network meta-analysis. <i>BMJ Med</i> . 1(1): e000346
O'Connor 2024	O'Connor EA, Evans CV, Henninger M. et al. (2024). Interventions for Weight Management in Children and Adolescents: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. <i>JAMA</i> . 332(3): 233-248
Poorolajal 2020	Poorolajal J., Sahraei F., Mohamdadi Y. et al. (2020). Behavioral factors influencing childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. <i>Obes. Res. Clin. Pract</i> . 14(2):109-118

Shin 2019	Shin Y., Kim S. K., Lee M. (2019). Mobile phone interventions to improve adolescents' physical health: A systematic review and meta-analysis. Public Health Nurs.36(6): 787-799
Sisay 2022	Sisay B.G., Hassen H.Y., Jima B.R., et al. (2022). The performance of mid-upper arm circumference for identifying children and adolescents with overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis. Public Health Nutr. 25(3): 607-616
Suleiman-Martos 2021	Suleiman-Martos N., García-Lara R. A., Martos-Cabrera M. B. et al. (2021). Gamification for the Improvement of Diet, Nutritional Habits, and Body Composition in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nutrients. 13(7): 2478
Tobiassen 2022	Tobiassen P.A., Køster-Rasmussen R. (2024). Substitution of sugar-sweetened beverages with non-caloric alternatives and weight change: A systematic review of randomized trials and meta-analysis. Obes Rev. 25(2): e13652
Zhang 2024	Zhang Y., He T., Hu Y. et al. (2024). Low-Carbohydrate Diet is More Helpful for Weight Loss Than Low-Fat Diet in Adolescents with Overweight and Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. Diabetes Metab Syndr Obes. 17: 2997-3007
Zou 2022	Zou M., Northstone K., Perry R. et al. (2022). The association between later eating rhythm and adiposity in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Nutr Rev. 80(6): 1459-1479
Problem zdrowotny/epidemiologia	
Borek 2017	Borek E., Brzeziński M., Faluta T., Perendyk T., Sitek A., Wojtaszczyk K. (2017). Profilaktyka otyłości dzieci – priorytet zdrowia publicznego. Pozyskano z: https://razemdlazdrowia.pl/media/W1siZiIsljIwMTgvMDEvMjlvODdudnVvbmZnX1JhcG9ydF9wcm9maWxha3R5a2FfX290eWxvc2NpXzVfMTJfMjAxN19maW5hbC5wZGYiXV0/Raport_profilaktyka%20_otylosci_5_12_2017_final.pdf?sha = 003947070068535c , dostęp z 23.01.2019.
Brzeziński 2018	Brzeziński, M., Jankowski, M., Jankowska, A., Niedzielska, A., & Kamińska, B. (2018). Is there a rapid increase in prevalence of obesity in Polish children? An 18-year prospective observational study in Gdansk, Poland. Archives of medical science: AMS, 14(1), 22.
Różdżyńska 2013	Różdżyńska, A., Kułaga, Z., & Grajda, A. (2013). Wartości referencyjne wysokości, masy ciała i wskaźnika masy ciała dla oceny wzrastania i stanu odżywienia dzieci i młodzieży w wieku 3–18 lat. Standardy Medyczne. Pediatria, 1, 11-21
Szczeklik 2018	Szczeklik, A. (2018). Interna Szczeklika 2018. Medycyna Praktyczna
Wojtyniak 2018	A. Poznańska, D. Rabchenko, B. Wojtyniak. Rozdział 11. Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia. Wojtyniak B. (2018). Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. B. Wojtyniak, & P. Goryński (Eds.). Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny
GUS 2020	Główny Urząd Statystyczny (2020). Waga osób w wieku 0-14 lat. Pozyskano z: https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/waga-osob-w-wieku-0-14-lat,24,1.html , dostęp z 21.11.2024 Główny Urząd Statystyczny (2020). Odsetek osób w wieku powyżej 15 lat według indeksu masy ciała (BMI). Pozyskano z: https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/odsetek-osob-w-wieku-powyzej-15-lat-wedlug-indeksu-masy-ciala-bmi,23,1.html , dostęp z 21.11.2024
MZ 2021	Ministerstwo Zdrowia (2021). Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych. (Dz.Urz. Min. Zdr. 2021 poz. 69). Pozyskano z: https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf , dostęp z 22.11.2024
NCD-RisC 2024	NCD Risk Factor Collaboration (2024). Child & Adolescent Body-Mass Index. Pozyskano z: https://www.ncdrisc.org/data-downloads-adiposity-ado.html , dostęp z 28.10.2024
NFZ 2019	Narodowy Fundusz Zdrowia (2019). Cukier, otyłość – konsekwencje. Pozyskano z: https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/prezentacja-raportu-cukier-otylosc-konsekwencje,7296.html#:~:text=Je%C5%BCeli%20sprawdz%C4%85%20si%C4%99%20prognozy%20wzrostu%20oty%C5%82o%C5%9Bci%20to%20w,pilnego%20mierzenia%20si%C4%99%20z%20problemem%20nadmiernego%20spo%C5%BCycia%20cukru , dostęp z 21.11.2024

NFZ 2024	Narodowy Fundusz Zdrowia (2024). NFZ o zdrowiu. Otyłość i jej konsekwencje. Pozyskano z: https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/otylosc , dostęp z 21.11.2024
NIZP-PZH-PIB 2021	Stoś K., Rychlik E., Woźniak A., et al. (2021). Krajowe badanie sposobu żywienia i stanu odżywienia populacji polskiej. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy
NPZ 2019	Instytut Matki i Dziecka. Narodowy Program Zdrowia (2019). Zdrowie i styl życia polskich uczniów. Pozyskano z: https://imid.med.pl/pl/do-pobrania , dostęp z 4.11.2024
WHO COSI 2022	WHO Regional Office for Europe (2022). Report on the fifth round of data collection, 2018–2020: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Pozyskano z: https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-6594-46360-67071 , dostęp z 4.11.2024
WHO HSBC 2024	Rakić J. G., Hamrik Z., Dzielska A. et al. (2024). A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 4. Pozyskano z: https://iris.who.int/handle/10665/376772 , dostęp z 04.11.2024
Zalewska 2021	Zalewska M., Zakrzewska M., Zakrzewski M., et al. (2021). The consumption of vegetables and fruits by teenagers and their nutritional status. Med Og Nauk Zdr. 27(1): 60–64