



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 85/2023 z dnia 21 grudnia 2023 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.**  
**„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi**  
**i otyłości w grupie dzieci i młodzieży na terenie Województwa**  
**Dolnośląskiego”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości w grupie dzieci i młodzieży na terenie Województwa Dolnośląskiego”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

#### **Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Nadwaga i otyłość są jednymi z głównych czynników ryzyka rozwinięcia się chorób przewlekłych oraz wpływają na funkcjonowanie fizyczne, psychiczne i społeczne człowieka. Otyła osoba może mieć zaniżoną samoocenę, czuć się odosobniona czy stygmatyzowana przez otoczenie. Aby zapewnić prawidłowy rozwój dzieci, należy zminimalizować ryzyko pojawienia się okoliczności, które mogłyby prowadzić do depresji, lęków czy uzależnień, a także należy wykształcić prawidłowe zachowania dotyczące aktywności fizycznej i nawyki żywieniowe.

Zaplanowane interwencje obejmujące działania edukacyjne, szkoleniowe, badania antropometryczne, konsultacje z lekarzem, psychologiem i dietetykiem oraz zajęcia ruchowe są spójne z wytycznymi, co wzięto pod uwagę przy wydaniu opinii.

Opiniowany dokument zawiera jednak uchybienia, więc ich skorygowanie jest niezbędne, aby program został pozytywnie oceniony i aby można było zrealizować go z zachowaniem wysokiej jakości. W związku z tym należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności: skorygować zapisy dotyczące narzędzi oceny aktywności fizycznej, wyjaśnić i poprawić rozbieżność w zakresie populacji dla zajęć sportowych, przedstawić koszty bezpośrednie i pośrednie realizacji programu, rozszerzyć wzór ankiety satysfakcji tak aby odnosił się do interwencji zaplanowanych w projekcie.

#### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży z województwa dolnośląskiego. W ramach programu zaplanowano działania edukacyjne dla dzieci i młodzieży oraz rodziców/opiekunów prawnych dzieci, szkoleniowe dla

nauczycieli, badania antropometryczne oraz interwencje specjalistyczne (profilaktyka III-rzędowa nadwagi i otyłości). Całkowity koszt programu oszacowano na 24 106 084,20 zł (8 035 361,40 zł rocznie), zaś okres realizacji obejmuje lata 2024-2026.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.), wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

### **Ocena projektu programu polityki zdrowotnej**

#### Znaczenie problemu zdrowotnego

W projekcie programu przedstawiono definicję, etiologię, czynniki ryzyka, przyczyny otyłości prostej i wtórnej, powikłania otyłości, postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, a także wskazano wartości BMI (Body Mass Index), na podstawie których rozpoznaje się nadwagę i otyłość.

Dokument zawiera referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa na podstawie, którego opracowano projekt programu.

Projekt zawiera opis światowych, europejskich, ogólnopolskich i lokalnych danych epidemiologicznych korelujących z wybranym problemem zdrowotnym. W dokumencie odniesiono się do Mapy Potrzeb Zdrowotnych wskazując, że „wysokie BMI stanowi jedną z głównych grup czynników ryzyka wpływających na DALY (lata życia skorygowane niepełnosprawnością), jego wartość wynosi 4,06 tys. populacji”. W ramach rekomendowanych kierunków działań dla województwa dolnośląskiego wskazano na zasadność podejmowania działań których celem jest poprawa zdrowego stylu życia.

#### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości (redukcja średnio o 3 centyle BMI w stosunku do wyniku badania antropometrycznego w momencie rozpoczęcia badania) w okresie trwania Programu – wśród około 50% uczniów klas II, IV, VI i VII objętych interwencją specjalistyczną, uczęszczających do szkół podstawowych na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2024-2026”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Zaproponowany cel główny został sformułowany prawidłowo, a w treści dokumentu wskazano uzasadnienie dla przyjętej wartości docelowej.

W dokumencie jako cele szczegółowe wskazano:

- (1) „wzrost poziomu wiedzy, u co najmniej 80% rodziców/opiekunów dzieci z klas I włączonych do programu na temat kryteriów rozpoznawania nadwagi i otyłości u dzieci, konsekwencji zdrowotnych nadwagi i otyłości, znaczenia zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej w codziennym życiu (min. 80% poprawnych odpowiedzi w pre-teście)”;
- (2) „wzrost poziomu wiedzy, u co najmniej 80% nauczycieli klas I-VIII na temat kryteriów rozpoznawania nadwagi i otyłości u dzieci, konsekwencji zdrowotnych nadwagi i otyłości, znaczenia zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej w codziennym życiu (min. 80% poprawnych odpowiedzi w pre-teście)”;
- (3) „wzrost poziomu wiedzy, u co najmniej 80% uczniów uczęszczających do klas III i VII szkół podstawowych na temat definicji nadwagi i otyłości, konsekwencji zdrowotnych nadwagi i otyłości, znaczenia zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej w codziennym życiu (min. 80% poprawnych odpowiedzi w pre-teście)”;
- (4) „poprawa sposobu odżywiania w odniesieniu do stanu początkowego, u co najmniej 30% uczestników interwencji dietetycznej (odnotowanie zmiany, w co najmniej 5 punktach zawartych

w końcowym kwestionariuszu oceny sposobu żywienia w porównaniu do wyniku początkowego kwestionariusza – 10 pytań ogółem”);

- (5) „zwiększenie aktywności fizycznej, u co najmniej 80% dzieci uczęszczających do klas II, IV, VI i VIII szkół podstawowych (frekwencja na zajęciach na poziomie 90%)”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości. W ocenianym dokumencie cele zostały sformułowane prawidłowo i wydają się możliwe do zrealizowania z uwagi na zaplanowane interwencje. Niemniej jednak odnośnie celu nr 5 należy wskazać, że ocena poziomu aktywności fizycznej powinna być dokonana dwukrotnie: przed i po przeprowadzeniu działań w programie, przy użyciu tych samych skal pomiarowych np. kwestionariusza aktywności fizycznej IPAQ. Natomiast ujęty w dokumencie sposób jej pomiaru tj. „frekwencja na zajęciach na poziomie 90%”, odnosi się bardziej do monitorowania i nie powinien mieć zastosowania w pomiarze efektywności. Dlatego też zapisy programu w tym zakresie powinny ulec modyfikacji.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „odsetek osób, u których nastąpiło obniżenie wskaźnika BMI w wyniku realizacji programu”;
- (2) „odsetek rodziców/opiekunów, u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy w porównaniu do pre-testu, na temat kryteriów rozpoznawania nadwagi i otyłości u dzieci, konsekwencji zdrowotnych nadwagi i otyłości, znaczenia zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej w codziennym życiu”;
- (3) „odsetek nauczycieli klas I-VIII u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy w porównaniu do pre-testu, na temat kryteriów rozpoznawania nadwagi i otyłości u dzieci, konsekwencji zdrowotnych nadwagi i otyłości, znaczenia zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej w codziennym życiu”;
- (4) „odsetek uczniów uczęszczających do klas III i VII szkół podstawowych, u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy w porównaniu do pre-testu, na temat definicji nadwagi i otyłość, konsekwencji zdrowotnych nadwagi i otyłości, znaczenia zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej w codziennym życiu”;
- (5) „odsetek dzieci, u których odnotowano poprawę sposobu odżywiania w odniesieniu do stanu początkowego, poprzez porównanie pierwszego kwestionariusza oceny sposobu żywienia w porównaniu do wyniku końcowego kwestionariusza”;
- (6) „odsetek dzieci uczęszczających do klas II, IV, VI i VIII szkół podstawowych, które zwiększyły aktywność fizyczną, o co najmniej 60 min tygodniowo, poprzez regularne uczestniczenie w zajęciach fizycznych”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. W ocenianym dokumencie mierniki zapisano poprawnie. Należy natomiast zaznaczyć, że jako narzędzie pomiarowe dla miernika nr 6 wskazano „listę obecności” co odnosi się do monitorowania, dlatego też niezbędna jest korekta programu w tym zakresie.

Podsumowując, element projektu dotyczący celów i mierników efektywności programu wymaga dopracowania.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowić będą dzieci i młodzież z klas II, III, IV, VI, VII i VIII szkół podstawowych (w przedziale wiekowym 9-14 lat), rodzice/opiekunowie prawni dzieci z I klas szkół podstawowych oraz nauczyciele klas I-VIII szkół podstawowych. W dokumencie oszacowano, że do programu włączonych zostanie w ramach: działań edukacyjnych 11 359 osób rodziców/opiekunów dzieci klas I, 28 131 dzieci z klas III oraz 15 060 – młodzieży z klas VII; szkoleń nauczycieli klas I-VIII 7 275 osób; działań profilaktycznych nadwagi i otyłości dzieci z klas II, IV, VI, i VIII 10 616 osób. Należy zaznaczyć, że w uzasadnieniu oszacowań populacji powołano się na program skierowany do innej populacji z innym zakresem realizowanych interwencji (Program Profilaktyka 40PLUS), kwestia ta wymaga skorygowania.

W projekcie określono kryteria włączenia i wyłączenia do których nie zgłasza się zastrzeżeń.

### Interwencja

W programie planowane jest przeprowadzenie działań edukacyjnych, szkoleniowych, badań antropometrycznych oraz interwencji specjalistycznej (profilaktyka III-rzędowa nadwagi i otyłości).

#### *Działania edukacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci z klas I szkół podstawowych*

Działania edukacyjne przeprowadzone zostaną w zakresie kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych oraz zasad prawidłowego żywienia, a także czynników ryzyka nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Proces kształcenia realizowany będzie z wykorzystaniem cyklu filmów edukacyjnych (1 odcinka ok. 15 min), w którym rekomendowany jest udział ekspertów z zakresu ochrony zdrowia, w tym np. dietetycy, psychodietetycy, psychologowie, lekarze specjaliści, itp. Filmy zostaną wyświetlone podczas wywiadówek i będą okazją do zainicjowania dyskusji na temat otyłości. Ponadto link do filmów będzie opublikowany także na stronie internetowej poszczególnych szkół. W celu oceny efektywności przeprowadzonej edukacji realizator opracuje zestaw pytań weryfikujących wiedzę uczestników przed i po prezentacji filmów edukacyjnych, co jest działaniem zasadnym.

#### *Szkolenie nauczycieli klas I-VIII szkół podstawowych pt. „Profilaktyka nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży”*

W ramach szkolenia (6 godzin, grupy min. 25 osób) zaplanowano 4 moduły tematyczne, tj. „*Nadwaga i otyłość – ujęcie teoretyczne*”, „*Jak wspierać ucznia z nadwagą i otyłością*”, „*Zdrowe żywienie i aktywność fizyczna*”, „*Przykłady scenariuszy zajęć z uczniami*”. W dokumencie podkreślono, że realizator opracuje zestaw pytań weryfikujących wiedzę uczestników przed i po szkoleniu oraz przeprowadzi anonimową ankietę ewaluacyjną dotyczącą organizacji szkolenia i przekazywanych treści, co jest działaniem zasadnym.

#### *Działania edukacyjne dla dzieci z klas III i młodzieży z klas VII*

W ramach tej interwencji zaplanowano cykl zajęć edukacyjnych: 5 spotkań, raz w miesiącu. Podkreślono, że działania edukacyjne realizowane będą na terenie szkoły, podczas godziny wychowawczej lub po zajęciach lekcyjnych, przez specjalistów zajmujących się promocją zdrowia. Podczas działań edukacyjnych prowadzonych wśród dzieci klas III poruszane będą m.in. następujące tematy: znaczenie jedzenia i picia w życiu człowieka; czy warto jeść śniadanie; znaczenie spożywania owoców i warzyw; czy mleko jest zdrowe; zdrowe napoje i przekąski. Przewidziane metody pracy w tej populacji to: metody indywidualne, słuchanie w grupach, rozmowa, burza mózgów, grupowe przygotowanie prezentacji lub plakat.

Tematyka działań edukacyjnych skierowanych do dzieci z klas VII obejmie zagadnienia m.in. takie jak: poznanie zasad zdrowego żywienia przy użyciu piramidy zdrowego żywienia i aktywności fizycznej, klasyfikowanie produktów według zasad zdrowego żywienia, wpływ i właściwości poszczególnych produktów na zdrowie człowieka; zasady zdrowego stylu życia; cukier w produktach spożywczych; czytanie etykiet. Metody i formy pracy w tej grupie uczniów obejmą: wykład, pogadankę, pracę w grupach, zadania warsztatowe.

W celu oceny efektywności zajęć edukacyjnych realizator opracuje zestaw pytań weryfikujących wiedzę uczestników przed i po zrealizowanych zajęciach, co jest działaniem zasadnym.

### *Pomiary antropometryczne*

W ramach programu zaplanowano badania przesiewowe uczniów klas II, IV, VI, i VIII, które jak podkreślono w projekcie będą stanowiły wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych, gdyż obejmują inną populację wiekową. Pielęgniarka/higienistka szkolna przeprowadzi pomiary antropometryczne uczniów (pomiar masy ciała i wzrostu uczniów oraz określenie wskaźnika BMI wg siatek centylowych).

### *Profilaktyka III rzędowa nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży z klas II, IV, VI, i VIII szkół podstawowych*

#### Konsultacja lekarska

Wyniki pomiarów pielęgniarka/higienistka szkolna przekaze lekarzowi, który podczas konsultacji przekaze te informacje rodzicom/opiekunom prawnym dzieci. Zaznaczono także, że lekarz poinformuje rodzica/opiekuna prawnego dziecka, o ewentualnej konieczności konsultacji z lekarzem POZ celem pogłębienia diagnostyki i/lub konsultacji specjalistycznych, w ramach świadczeń gwarantowanych np. ze specjalistą w ramach poradni metabolicznej, endokrynologicznej, kardiologicznej. W dokumencie odniesiono się do wartości BMI i kryteriów rozpoznawania nadwagi i otyłości.

#### Konsultacje z dietetykiem

Zaplanowano 5 spotkań (forma stacjonarna lub online) z dietetykiem, z częstotliwością 1 raz w miesiącu. Celem tych spotkań będzie przeprowadzenie tzw. wywiadu żywieniowego. Do zadań dietetyka będzie należało omówienie błędów żywieniowych dziecka, jak również całej rodziny, przygotowanie listy produktów zalecanych i przeciwwskazanych oraz przykładowej diety, omówienie zamienników produktów niesprzyjających zdrowiu, czy wysokokalorycznych, które dziecko lubi, przygotowywanie na kolejne konsultacje jadłospisów z przepisami, wzmacnianie postępów dziecka i rodziców w realizacji zaleceń dietetycznych. Wskazane w projekcie zalecenia dietetyczne są spójne z rekomendacjami.

#### Konsultacje psychologiczne

Dzieci i młodzież ze stwierdzoną nadwagą i otyłością będą miały możliwość skorzystania z indywidualnych konsultacji psychologicznych. W ramach programu przeprowadzone zostaną 4 konsultacje psychologiczne, trwające 50 min. każda. Prowadzone przez psychologa lub terapeutę behawioralnego/pracującego w nuncie behawioralnym. W ramach współpracy z psychologiem uczestnik będzie prowadził tzw. dziennik żywieniowy, w którym będzie zapisywał codzienne nawyki żywieniowe, co umożliwi poznanie schematów i zachowań żywieniowych. Podkreślono, że uczestnik zostanie zapoznany z zasadami zdrowego stylu życia, w tym znaczenia aktywności fizycznej. Wskazano także, że podczas konsultacji ustalane będą cele, do których uczestnik będzie dążył.

#### Zajęcia sportowe

Zaplanowano 20 zajęć sportowych realizowanych z częstotliwością 1 raz w tygodniu (45 min każde), które mają być uzupełnieniem obowiązkowego wymiaru zajęć wychowania fizycznego.

W projekcie zidentyfikowano nieścistość dot. populacji dzieci, do której skierowane są zajęcia sportowe. W niektórych rozdziałach programu wskazano, że interwencją tą będą objęte dzieci u których zdiagnozowano w ramach programu nadwagę lub otyłość, a w innych, że zajęcia sportowe będą realizowane wraz z edukacją dla dzieci z klas III i młodzieży z klas VII. Powyższa kwestia wymaga przeanalizowania i skorygowania.

Podsumowując, zaplanowane działania są spójne z odnalezionymi rekomendacjami.

Przy realizacji programu zaleca się, aby mieć na uwadze także wytyczne i inne dowody naukowe wskazane w rozdziale „Ocena technologii medycznej” niniejszej opinii.

#### Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie

wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu.

Ocena zgłaszalności do programu będzie prowadzona w formie kwartalnych raportów na podstawie oceny prawidłowo zapisanych wskaźników.

Ocena jakości świadczeń w programie zostanie przeprowadzona na podstawie anonimowej ankiety satysfakcji. Załączony wzór wymaga jednak dopracowania ponieważ zawiera niewielką liczbę pozycji dotyczącą oceny satysfakcji uczestników, a także nie odnosi się do poszczególnych interwencji zaplanowanych w programie.

Ocena efektywności programu sporządzona zostanie po zakończeniu programu przez realizatora lub podmiot zewnętrzny. Podkreślono, że ewaluacja będzie przeprowadzona z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało zaznaczone i uwzględnione w projekcie.

#### Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono etapy i działania podejmowane w programie, odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Akcja informacyjna będzie prowadzona na terenie szkół podstawowych znajdujących się na obszarze województwa dolnośląskiego. Szczegółowa informacja na temat założeń programu, zostanie udostępniona za pośrednictwem e-dziennika.

Realizator zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z przepisami ustawy.

W treści projektu programu przedstawiono koszty jednostkowe: działań edukacyjnych dla rodziców; szkoleniowe dla nauczycieli; działań edukacyjnych dla dzieci i młodzieży; działań profilaktycznych nadwagi i otyłości.

W dokumencie nie ujęto kosztów dla poszczególnych interwencji (np. kosztów poszczególnych konsultacji specjalistycznych zaplanowanych w projekcie) i w tym zakresie niezbędne jest korekta zapisów. W projekcie nie przedstawiono również kosztów z podziałem na koszty pośrednie i bezpośrednie co wymaga uzupełnienia.

Całkowity koszt realizacji oszacowano na 24 106 084,20 zł (8 035 361,40 zł rocznie).

W dokumencie wskazuje się *"możliwe publiczne źródła finansowania programu to: budżet JST, Narodowy Fundusz Zdrowia, środki europejskie województwa dolnośląskiego, Narodowego Funduszu Zdrowia, środków europejskich"*.

### **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

#### Problem zdrowotny

Według WHO nadwaga i otyłość są definiowane jako nieprawidłowa lub nadmierna akumulacja tłuszczu, która stanowi zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Jest to przewlekła choroba metaboliczna wynikająca z zaburzeń homeostazy energii. U osób dorosłych wskaźnik BMI jest równy lub przekracza 30 kg/m<sup>2</sup>. Otyłość jest jedną z najważniejszych przewlekłych chorób niezakaźnych, która przybrała charakter epidemii. Nadwaga i otyłość są głównymi czynnikami ryzyka dla wielu chorób przewlekłych i według ekspertów niosą za sobą szereg negatywnych konsekwencji dla funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego otyłego człowieka. Otyłość ma wpływ na samoocenę pacjenta, odczuwanie poczucia winy i bezradności, depresji, nadużywania alkoholu, leków lub narkotyków.

#### Alternatywne świadczenia

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.) zawiera zapisy dotyczące kompleksowej oceny stanu zdrowia. Zgodnie z przepisami powinna być ona przeprowadzana u dzieci w ramach testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne m.in. w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w I klasie szkoły podstawowej), w III i V i VII klasie szkoły podstawowej, a także w I klasie ponadpodstawowej. Na wszystkich wymienionych etapach edukacji, w zakresie profilaktycznego badania lekarskiego przeprowadzane jest badanie przedmiotowe m.in. ze szczególnym uwzględnieniem oceny rozwoju fizycznego (pomiary: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (BMI, ang. body mass index). Ponadto wykonywane jest podsumowanie badania, z określeniem poziomu i tempa rozwoju fizycznego ucznia, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), przystosowania szkolnego, kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego.

W ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie jest dostępny kompleksowy, interdyscyplinarny system leczenia otyłości, w tym brak jest finansowania działań związanych z profilaktyką i edukacją prozdrowotną.

### Ocena technologii medycznej

#### *Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych*

- Narzędzia służące diagnozowaniu nadwagi i otyłości:
  - Pomiary antropometryczne stanowią integralną część oceny rozwoju somatycznego dzieci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018);
  - U dzieci i młodzieży do oceny prawidłowej masy ciała stosuje się BMI (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, MQIC 2018b, ISPED, ISP 2018, USPSTF 2017, AAFP 2017, ES 2017, MoH NZ 2016, CTFPHC 2015). Dodatkowo diagnostyka nadwagi i otyłości powinna być oparta na wartościach centylowych współczynnika stosunku wagi do wzrostu (WtHR, ang. weight to height ratio) (ISPED, ISP 2018);
  - Wywiad poprzedzający badania fizykalne powinien uwzględniać takie kwestie 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 2018b, MoH NZ 2016);
  - Nie rekomenduje się badań laboratoryjnych w kierunku endokrynologicznych przyczyn otyłości dziecięcej (chyba że wzrost/prędkość wzrostu pacjenta są osłabione) oraz pomiaru stężenia insuliny podczas oceny dzieci i młodzieży w kierunku otyłości (ES 2017);
  - Badania laboratoryjne mogą obejmować: profil lipidowy (na czczo), pomiar hemoglobiny glikowanej (HbA1c), badanie snu za pomocą pulsoksymetru (MoH NZ 2016).
- Definiowanie oraz kryteria stwierdzenia nadwagi i otyłości:
  - Rozpoznawanie nadwagi – wartość BMI w zakresie: >97 centyla (ISPED, ISP 2018); 90-97 centyla dla płci i wieku (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018); ≥85 centyla dla wieku i płci (APA 2018, ES 2017); >85 centyla (CTFPHC 2015);
  - Rozpoznawanie otyłości – wartość BMI w zakresie: >97. centyla dla wieku i płci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, CTFPHC 2015); ≥95 centyla dla wieku i płci (APA 2018, ES 2017, USPSTF 2017, AAFP 2017); >98. centyla dla wieku i płci (MoH NZ 2016); >99. centyla dla wieku i płci – ciężka otyłość (ISPED, ISP 2018);
  - Sugeruje się wyliczenie oraz ocenę wartości BMI dziecka/nastolatka przynajmniej raz w roku (ES 2017, MoH NZ 2016);

- Każde dziecko z BMI  $\geq 85$ . centyla powinno być monitorowane m.in. pod względem powikłań nadwagi lub otyłości (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, ES 2017);
  - W odnalezionych dowodach wtórnych (przeglądy systematyczne z metaanalizami: Simmonds 2016, Simmonds 2015, Javed 2014) wskazuje się na zróżnicowaną czułość i swoistość BMI w odniesieniu zarówno do nadwagi (czułość: 19%-94%, swoistość: 82%-100%) jak i otyłości (czułość: 23%-96%, swoistość: 89,4%-100%).
- Interwencje prowadzone w celu zapobiegania wystąpienia nadwagi/otyłości oraz ich adresaci

#### Dieta

- Rekomenduje się, aby dziecko w każdym okresie życia spożywało 3-5 posiłków o stałych porach, w tym codziennie śniadania (przy jednoczesnym braku podjadania między posiłkami). Zalecenia żywieniowe dotyczące zapobiegania rozwojowi nadwagi i otyłości wśród dzieci od momentu urodzenia oraz u dzieci po 1. roku życia są takie same, jak zalecenia żywieniowe dotyczące prawidłowego rozwoju i wzrastania zdrowych dzieci i młodzieży. Należy: dostosowywać energetyczność posiłków do potrzeb adekwatnych dla wieku; zalecać odpowiednio do wieku dziecka codzienne spożywanie warzyw i owoców oraz ograniczenie picia soków owocowych, zwłaszcza dosładzanych; odpowiednio do wieku dziecka zalecać, aby co najmniej połowę spożywanych produktów zbożowych stanowiły pokarmy pełnoziarniste; odpowiednio do wieku dziecka zalecać spożywanie roślin strączkowych; zalecać ograniczenie spożycia słodczy i słodzonych napojów oraz niedosładzanie potraw (KLRWP/PTMR/PTBO 2018, ISPED, ISP 2018).
- We wszystkich grupach wiekowych zalecane jest promowanie zdrowego stylu życia oraz diety z uwzględnieniem dziennego modelu 5-2-1-0:  $\geq 5$  porcji warzyw i owoców, do 2 godzin poświęconych na rekreacyjnym przebywaniu przed ekranami np. telewizora,  $\geq 1$  godziny aktywności fizycznej, 0 napojów słodzonych (MQIC 2018a, MQIC 2018b). Należy promować jedzenie w domu (ISPED, ISP 2018).
- Interwencje służące poprawie diety powinny być multikomponentowe (uwzględniając modyfikację diety, poradnictwo, zaangażowanie rodziny, wyznaczanie celów). Dodatkowo powinny być dostosowane do danej osoby oraz zapewniać ciągłe wsparcie (NICE 2015a).
- Należy zachęcać do wypracowywania odpowiednich nawyków żywieniowych – schematu żywieniowego opartego głównie na warzywach, owocach, fasoli i roślinach strączkowych, produktach pełnoziarnistych i rybach. Może to obejmować: zmniejszenie kaloryczności diety, ograniczenie konsumpcji posiłków typu fast food, posiłków „na wynos”, unikanie napojów słodzonych, zmniejszenie całkowitego spożycia tłuszczu, jedzenie śniadań (bez jednoczesnego zwiększenia przyjmowanej dziennie porcji kalorii), zwiększenie spożywania produktów bogatych w błonnik lub produktów pełnoziarnistych, ograniczenie spożycia mięsa i produktów mięsnych (średnio nie więcej niż 70 g czerwonego i przetworzonego mięsa dziennie) (NICE 2015b).

#### Aktywność fizyczna

- W zapobieganiu rozwojowi nadwagi i otyłości bardzo ważną rolę odgrywa kształtowanie właściwych nawyków związanych z aktywnością fizyczną. Optymalny czas poświęcany na aktywność fizyczną wynosi 60 minut; rekomendacje wskazują, że aktywność ta powinna być podejmowana codziennie lub niemal codziennie (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, ES 2017, MoH NZ 2016). Szczególnie zalecane formy ruchu to: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie. (KLRwP/PTMR/PTBO 2018, ISPED, ISP 2018). Zwiększenie poziomu aktywności fizycznej można osiągnąć od 2-3 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 (ISPED, ISP 2018).
- Interwencje ukierunkowane na zwiększenie poziomu aktywności fizycznej powinny skupiać się na działaniach, które łatwo wdrożyć w codziennym życiu (np. poruszanie się pieszo).



Powinny być one dostosowane do indywidualnych preferencji, warunków życia, a ich celem powinna być poprawa wiary ludzi w ich zdolność do zmiany (np. przez perswazję werbalną, modelowanie zachowań związanych z podejmowaną aktywnością fizyczną, omawianie pozytywnych efektów) (NICE 2015a).

- Rekomenduje się zbilansowanie związane z rozwojem technologicznym wydłużającego się czasu spędzanego przed ekranami przez dzieci i młodzież zwiększoną aktywnością fizyczną (ES 2017). Czas spędzany przed ekranami nie powinien przekraczać 2 godzin dziennie w odniesieniu do dzieci >2. r.ż. (MQIC 2018a, MQIC 2018b, ISPED, ISP 2018, ES 2017, NICE 2015b).

#### Edukacja

- Wszystkie działania ukierunkowane na zapobieganie nadmiernemu przyrostowi masy ciała, poprawę diety oraz poziomu aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży powinny aktywnie angażować ich rodziców oraz opiekunów (ES 2017, MoH NZ 2016, NICE 2015a, NICE 2015b).
- Sugeruje się, aby zespół specjalistów identyfikował nieodpowiednie wzorce wychowawcze związane z dietą i aktywnością fizyczną oraz edukował rodziny nt. zdrowego odżywiania i nawyków związanych z podejmowaniem aktywności fizycznej. Rekomendacje wskazują, że multidyscyplinarny zespół specjalistów powinien obejmować dietetyków, psychiatrów oraz pielęgniarki (ES 2017), a także pediatrów, psychologów oraz specjalistów w dziedzinie zdrowia i promowania aktywności fizycznej (ISPED, ISP 2018).
- Edukacja kierowana do rodziców powinna podkreślać znaczenie roli modelowania przez nich zachowań zdrowotnych (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej (MQIC 2018a).
- Działania o charakterze informacyjnym oraz interwencje ukierunkowane na podnoszenie świadomości powinny być realizowane jako część długoterminowej, multikomponentowej interwencji, a nie w formie jednorazowych działań (powinna im towarzyszyć ukierunkowana na różne grupy obserwacja) (NICE 2015a).
- Należy dostosowywać przekazywane treści do odbiorców – ich wieku, statusu socjoekonomicznego, grupy etnicznej – oraz zapewnić, aby były one jasne, spójne, specyficzne i nikogo nie oceniały. Ponadto należy zapewnić, aby podejmowane interwencje były zintegrowane z lokalnymi strategiami w zakresie otyłości (NICE 2015b).
- Sugeruje się, aby lekarze promowali i uczestniczyli w edukacji dzieci, młodzieży, ich rodziców oraz całych społeczności nt. zdrowego żywienia oraz aktywności fizycznej, a także zachęcali szkoły do zapewnienia odpowiedniej edukacji nt. zdrowego odżywiania (ES 2017).

#### Zdrowy sen

- Sugeruje się sprzyjanie zdrowym wzorcom snu dzieci i młodzieży w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia otyłości spowodowanej zmianami w spożyciu kalorii oraz zmianami metabolicznymi związanymi z zaburzeniami snu (ES 2017).
- Rekomendowany czas snu: 0-3 miesiące – 14-17 godzin, 4-12 miesięcy – 12-16 godzin, 1-2 lata – 11-14 godzin, 3-5 lata – 10-13 godzin, 6-12 lat – 9-12 godzin, 13-17 lat – 8-10 godzin, 18-25 lat – 7-9 godzin (ISPED, ISP 2018, MoH NZ 2016).

#### Zaangażowanie szkół w realizację interwencji prewencyjnych (ISPED, ISP 2018):

Rekomenduje się uwzględnianie szkół w programach prewencji otyłości. Działania, które powinny być prowadzone w warunkach szkolnych obejmują:

- Wspieranie strategii personelu szkoły w zakresie wdrażania programów promocji zdrowia;
- Poprawę ogólnego środowiska dot. produktów żywnościowych w szkole: usuwanie automatów sprzedających słodzone napoje lub przekąski o wysokiej zawartości tłuszczu, cukru lub soli; zakaz sprzedaży tego rodzaju żywności; zmiany szkolnych obiadów w celu ograniczenia

niezdrowej żywności o wysokiej kaloryczności; zapewnienie zdrowego śniadania; zapewnienie bezpłatnych lub tanich owoców; zapewnienie bezpłatnej/taniej wody;

- Poprawę ogólnego środowiska aktywności fizycznej w szkole: zwiększenie dziennych formalnych zajęć (lekcji) aktywności fizycznej zorganizowanych w trakcie i po godzinach lekcyjnych; dostępność szkolnych placów zabaw dla zorganizowanych lub dowolnych aktywności fizycznych podczas i po godzinach lekcyjnych.
- Interwencje wdrażane w przypadku zdiagnozowania nadwagi/otyłości wraz z ich oczekiwanymi efektami

Głównym celem jest stała zmiana w nawykach żywieniowych i stylu życia dziecka. Niezbędne jest zaangażowanie całej rodziny i wyznaczanie realistycznych celów. Cele długoterminowe powinny obejmować: utrzymywanie odpowiedniego tempa wzrostu i osiągnięcie prawidłowego (zdrowszego) stosunku masy ciała do wzrostu (ang. *weight-to-height ratio*); zmniejszenie masy ciała (niekoniecznie osiągnięcia idealnej wagi), w szczególności zmniejszenie masy tkanki tłuszczowej; utrzymywanie lub promowanie dobrego zdrowia psychicznego (samoocena, prawidłowe nastawienie do jedzenia i wyglądu ciała, jakość życia związana ze zdrowiem); leczenie powikłań, jeśli są obecne, w możliwie najkrótszym czasie; osiągnięcie i utrzymanie zdrowszego stosunku masy ciała do wzrostu i zapobieganie ponownemu przybieraniu nadmiernej masy ciała (ISPED, ISP 2018).

#### Strategie multikomponentowe

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

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

Kompleksowe interwencje behawioralne powinny być zintegrowane z programami realizowanymi w warunkach szkolnych lub środowiskowych (ES 2017).

Krótkoterminowe interwencje i jednorazowe akcje/wydarzenia są niewystarczające – powinny one stanowić część długoterminowego, zintegrowanego programu (NICE 2015a).

#### Oczekiwane efekty

- U dzieci z rozpoznaniem nadwagi oraz u dzieci otyłych rodziców, należy wdrożyć działania, których celem jest utrzymanie stałej masy ciała w miarę zwiększania się wzrostu u młodszych dzieci oraz ułatwienie powolnej redukcji masy ciała u nastolatków (ok. 0,5 kg/mies.) (KLRWP/PTMR/PTBO 2018).
- Inne wskaźniki behawioralne (związane z dietą, stylem życia, sprawnością fizyczną lub jakością życia) mogą być brane pod uwagę, jeśli nie występuje istotne zmniejszenie BMI-SDS (ISPED, ISP 2018).

### Dieta

- Rekomendowana jest zbilansowana i urozmaicona dieta. Proces edukacyjny rozpoczyna się od oceny nawyków żywieniowych dziecka i rodziny (ocena składu posiłków, porcji, częstotliwości przyjmowania pokarmów, preferencji, metod gotowania). W tym celu wskazuje się na korzystanie z dzienniczka żywieniowego prowadzonego wspólnie z rodzicami.
- Zintegrowane wdrażanie programu

Należy wspierać zintegrowane, długoterminowe (ponad 5-letnie) strategie na rzecz zdrowia. Wskazane jest skupienie się na wszystkich następujących obszarach (skupienie uwagi wyłącznie na jednym ze wskazanych obszarów, kosztem pozostałych, może wpływać na zmniejszenie skuteczności): podnoszenie świadomości nt. problemów zdrowotnych powodowanych przez otyłość oraz korzyści związanych z poprawą stanu zdrowia; szkolenia dla pracowników oraz wolontariuszy, które odpowiadają ich potrzebom (priorytetowe traktowanie osób pracujących bezpośrednio ze społecznościami lokalnymi); wpływ na szersze uwarunkowania zdrowia: zapewnienie dostępu do niedrogiej, zdrowszej żywności i napojów, przestrzeni zielonej oraz obiektów zachęcających do podejmowania aktywności fizycznej; ukierunkowanie szerokiego zakresu działań zarówno na osoby dorosłe, jak i dzieci; świadczenie usług z zakresu kontroli masy ciała dorosłym, dzieciom oraz całym rodzinom; świadczenie usług w zakresie leczenia otyłości (NICE 2017).

**Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.**

ZASTĘPCA PREZESA

Daniel Rutkowski

*/dokument podpisany elektronicznie/*

### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.82.2023; „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości w grupie dzieci i młodzieży na terenie Województwa Dolnośląskiego”; data ukończenia raportu: grudzień 2023 r.; oraz Raportu nr OT.423.2.2018 „Profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci i młodzieży w ramach programów polityki zdrowotnej” z kwietnia 2019 r.; oraz opinii Rady Przejrzystości nr 203/2023 z dnia 18 grudnia 2023 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości w grupie dzieci i młodzieży na terenie Województwa Dolnośląskiego” realizowany przez Województwo Dolnośląskie