



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 268/2017 z dnia 18 września 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej w zakresie profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości
w populacji młodzieży w Gminie Kosakowo”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości w populacji młodzieży w Gminie Kosakowo” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Z punktu widzenia chorób cywilizacyjnych przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej obejmuje istotny problem zdrowotny i stanowi kompleksowo zaplanowane działania w kierunku poprawy zdrowia młodzieży. Należy jednak mieć na uwadze, że niektóre elementy programu wymagają korekty, aby zapewnić jak najlepszą jakość podejmowanych działań.

Cele programowe powinny być tworzone zgodnie z zasadą SMART. Oczekiwane efekty odnoszą się do założeń programowych, jednak warto zastanowić się nad ich przekonstrowaniem. Warto także uzupełnić mierniki efektywności w celu prawidłowej oceny skutków programu.

Populacja docelowa wymaga doprecyzowania w zakresie liczby uczestników biorących udział w poszczególnych działaniach przewidzianych w ramach programu. Interwencje zaplanowane w projekcie są zgodne z wytycznymi klinicznymi.

Monitorowanie i ewaluacja w większości zostały opracowane prawidłowo. Zasadnym jednak wydaje się uzupełnienie kwestii dotyczącej oceny zgłaszalności do programu.

Budżet wymaga wyjaśnień i weryfikacji, szczególnie pod kątem kosztów poszczególnych działań zaplanowanych w ramach programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu nadwagi i otyłości. Budżet programu wynosi 30 000 zł, zaś okres jego realizacji to lata 2016-2018.

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, 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



Pogram wpisuje się w priorytety zdrowotne: „*przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia*”, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126). Problem zdrowotny został opisany poprawnie. Odniesiono się także do sytuacji epidemiologicznej.

Dodatkowo zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych opublikowanymi przez Ministerstwo Zdrowia w dniu 2 stycznia 2017 r., można wskazać, że w 2014 roku w woj. pomorskim odnotowano 227 hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako otyłość (4,20% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych do grupy chorób metabolicznych). Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 50,65, co stanowi 9. wartość wśród województw w Polsce.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „poprawa stanu zdrowia młodzieży z Gminy Kosakowo poprzez przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej u dzieci z wykrytymi wybranymi czynnikami chorób cywilizacyjnych oraz stworzenie w środowisku szkolnym warunków sprzyjających właściwym nawykom żywieniowym oraz aktywności fizycznej, jako elementów utrzymania i poprawy zdrowia”. Ponadto w projekcie przedstawiono 6 celów szczegółowych. Należy zwrócić uwagę, że zarówno cel główny, jak i założenia szczegółowe stanowią bardziej działania aniżeli możliwości do osiągnięcia rezultat i powinny zostać przeformułowane. Warto pamiętać, aby definiować cele programowe zgodnie z zasadą SMART, według której cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

Oczekiwane efekty odnoszą się do założeń programowych. Jednakże należy podkreślić, że większość z nich także została określona w postaci działań. Warto zaznaczyć, że oczekiwane efekty powinny opisywać stan, jaki spodziewa się osiągnąć w ramach działań realizowanych w programie.

Mierniki efektywności wymagają uzupełnienia, gdyż ocena stopnia realizacji celów na podstawie wskaźników zaproponowanych w projekcie programu nie jest wystarczająca. Są to elementy, które powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym miejscu/otoczeniu/programie w odpowiednich jednostkach miary. W związku z powyższym przekonstruowania wymagają mierniki dotyczące „zmiany zachowań zdrowotnych i żywieniowych rodziców oraz dzieci (badania ankietowe)” i „wdrożenia leczenia u dzieci z wykrytymi chorobami”. Wartości mierników powinny być określone przed i po realizacji programu. Dopiero zmiana uzyskana w zakresie tych wartości umożliwi ocenę efektywności programu. W związku z powyższym planowane badania ankietowe powinny być przeprowadzane nie tylko po zakończeniu, ale także przed przystąpieniem do programu, co przełoży się na możliwość sprawdzenia czy poziom wiedzy, zachowania zdrowotne bądź żywieniowe rzeczywiście uległy zmianie. Istotnym jest, aby mierniki efektywności odpowiadały wszystkim celom programu. Zatem należy odnieść się także m.in. do wzrostu poziomu sprawności ruchowej, liczby dzieci z wykrytym nieprawidłowym ciśnieniem tętniczym czy też liczby przeprowadzonych konsultacji lekarskich, psychologicznych, dietetycznych.

Populacja docelowa

Zgodnie z treścią projektu, działaniami realizowanymi w ramach programu planuje się objąć uczniów, którzy w roku szkolnym 2016/2017 uczęszczali do I klas szkół gimnazjalnych na terenie gminy Kosakowo. Populację kwalifikującą się do udziału w programie oszacowano na 170 osób. Założono 100% frekwencję. Jednakże jednocześnie podkreślono, że realne założenie, co do liczby uczniów biorących udział w programie na etapie badań przesiewowych wyniesie 60-80% populacji kwalifikującej się do programu tj. ok. 140 osób. Zgodnie z danymi GUS na terenie gminy Kosakowo w roku szkolnym 2016/2017 zamieszkiwały 164 osoby w wieku adresatów programu (13 lat), co nieznacznie odbiega od danych ewidencyjnych przedstawionych w projekcie. Jednakże niejasnym wydaje się sposób określenia adresatów programu. Nie wiadomo, czy w kolejnym roku szkolnym (2017/2018) również planuje się poddać badaniom przesiewowym uczniów klas I gimnazjum

(odnosząc się do roku szkolnego 2017/2018 do klas tych będzie uczęszczać 175 osób). Ponadto należy zaznaczyć, że z przedstawionego w projekcie kosztorysu wynika, iż badania przesiewowe przeprowadzone zostały w roku 2016. Z kolei lata 2017-2018 zostały przeznaczone na interwencje specjalistyczne oraz działania edukacyjne. Należy zwrócić uwagę, że jeśli zamierza się zachować ciągłość interwencji w 2017 oraz 2018 r. to powinno się skierować przewidziane działania także do uczniów klas II szkół gimnazjalnych (poddanych przesiewowi w roku 2016). Ww. kwestie wymagają wyjaśnienia.

Populacją docelową wskazaną w treści projektu będą również rodzice uczniów klas I gimnazjum. Szacowany jest udział ok. 140 rodziców i opiekunów, z czego w programie pogłębionym weźmie udział ok. 30 rodziców i opiekunów.

W odnalezionych rekomendacjach, m.in. National Collaborating Centre for Primary Care/National Institute for Health and Clinical Excellence (NCCPC/NICE 2006) podkreśla się fakt, że wszystkie interwencje skierowane do dzieci powinny być prowadzone z udziałem rodziców, a w zmianie stylu życia powinna uczestniczyć cała rodzina. Ponadto, programy polityki zdrowotnej dotyczące nadwagi i otyłości powinny być prowadzone począwszy od dzieci przedszkolnych i szkolnych.

Interwencja

W opiniowanym projekcie przewidziano następujące interwencje:

- I etap:
 - Przesiewowe badanie fizykalne (z pełnymi pomiarami antropometrycznymi) wraz z pogłębionym wywiadem w kierunku obciążenia ryzykiem chorób metabolicznych,
- II etap:
 - Badania laboratoryjne w kierunku najczęstszych chorób metabolicznych (TSH, FT4, profil lipidowy, DTOG, insulinemia po DTOG, parametry funkcji wątroby i nerek) u dzieci z wykrytą nadwagą i otyłością,
 - Spotkania konsultacyjne z lekarzem, psychologiem, dietetykiem oraz specjalistą aktywności fizycznej (forma indywidualnych konsultacji).

Dodatkowo badania przesiewowe będą wzbogacone wykonaniem testów wydolności fizycznej oraz pomiarem ciśnienia tętniczego. W treści projektu nie wskazano jednak jakie testy zostaną wykonane, co wymaga doprecyzowania. W przypadku badania ciśnienia tętniczego krwi, jedyne dostępne wytyczne wskazują, że jest to narzędzie o umiarkowanej wrażliwości w identyfikowaniu dzieci i młodzieży z nadciśnieniem tętniczym (United States Preventive Service Task Force, USPSTF 2013).

Określono także, że badania przesiewowe zostaną przeprowadzane przez zespół wykwalifikowanych pielęgniarek. Należy pamiętać, że badania w szkołach powinny odbywać się z zachowaniem prawa do intymności. Dzieci i młodzież powinni być badani na osobności w gabinetach pielęgniarskich. W treści projektu brakuje odniesienia do powyższej kwestii i warto ją uwzględnić.

Do II etapu – interwencyjnego/interwencji edukacyjno-zdrowotnej – zakwalifikowane zostaną dzieci z wykrytymi „zaburzeniami” masy ciała – nadwagą i otyłością (90 centyl BMI wg OLAF). Gdy u danej osoby wystąpi „ewidentne odchylenie od prawidłowego stanu zdrowia mogące być stanem zagrożenia zdrowia lub życia” skierowana zostanie ona w trybie natychmiastowym pod opiekę NFZ. W przypadku braku wykrycia zaburzeń uczniom klas I gimnazjum oraz ich rodzicom oferowane będzie wsparcie edukacyjne. Należy zaznaczyć, że zarówno rozumienie pojęcia „zaburzenia”, jak i „ewidentne odchylenie od prawidłowego stanu” powinno zostać jasno zdefiniowane w kontekście zaplanowanych interwencji.

Należy podkreślić, że wykorzystanie wskaźnika BMI jako narzędzia przesiewowego w kierunku nadwagi i otyłości jest powszechnie zalecane. Zgodnie z zaleceniami NICE, w przypadku dzieci i młodzieży BMI ≥ 98 centyla to otyłość, BMI ≥ 91 -98 centyla – nadwaga. WHO definiuje nadwagę, jako >97 centyla BMI, otyłość $>99,9$ centyla BMI u dzieci 2-5 lat; nadwagę, jako >85 centyla BMI i otyłość >97 centyla BMI u dzieci i młodzież 5-19 lat.

Ponadto, należy zaznaczyć, iż pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost, wskaźnik BMI) oraz pomiary ciśnienia tętniczego krwi znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania i są wykonywane jako badania przesiewowe wśród wszystkich uczniów w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w klasie I szkoły podstawowej w wyniku niewykonania badania we wcześniejszym terminie), w klasie III i V szkoły podstawowej, w klasach I gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych, a także w ostatniej klasie szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19 r.ż.

Zgodnie z harmonogramem programu, dla wszystkich uczestników oraz rodziców w ramach II etapu odbędą się spotkania konsultacyjne z lekarzem, psychologiem, dietetykiem oraz specjalistą aktywności fizycznej. Główną tematyką spotkań będą czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych oraz zagrożenia związane z nadwagą i otyłością. W trakcie konsultacji zostanie omówiony obecny stan zdrowia dziecka oraz wyniki testów przesiewowych oraz zostaną zlecone badania laboratoryjne w kierunku najczęstszych chorób metabolicznych. Nie podano jednak informacji, kto będzie decydował o wyborze poszczególnych badań dla danego dziecka – czy będzie to koordynator programu czy inna osoba np. lekarz odpowiedzialny za nadzór merytoryczny planowanych interwencji. Nie można się także odnieść do tego, jakie konkretnie badania zostaną wykonane u poszczególnych beneficjentów.

W odnalezionych rekomendacjach National Association of Pediatric Nurse Practitioners (NAPNP 2006) u dzieci 5-10 lat i młodzieży 11-21 lat zaleca się prowadzenie historii zdrowotnej rodziny ze szczególnym uwzględnieniem nadwagi, nadciśnienia, cukrzycy i innych chorób związanych z otyłością, przeprowadzenie pomiaru ciśnienia krwi, poziomu glukozy we krwi, profilu lipidowego, w celu oceny ryzyka nadciśnienia i cukrzycy. Należy obserwować dzieci z podwyższonymi wskaźnikami. W rekomendacjach Obesity Committee within The Danish Paediatric Society (OCDPS 2015) oprócz pomiarów antropometrycznych, zaleca się dodatkowo, indywidualnie dobrane badania: TSH, fT4, fT3; HbA1c; poziom glukozy; insuliny; czerwone i białe krwinki; markery metabolizmu wapnia – witamina D, PTH, wapń zjonizowany, fosforany, albumina; profil lipidowy – cholesterol całkowity, jego frakcje, trójglicerydy; testy czynności wątroby – ALT, fosfataza alkaliczna – ALP, bilirubina, gamma-glutamylotransferaza – GGT; kwas moczowy, kreatynina, sód, potas.

Warto podkreślić, że przedmiotowy program proponuje kompleksowe działania. Jest to poparte rekomendacjami (m.in. World Health Organization, WHO 2010), które mówią, że najlepszą formą profilaktyki otyłości są skoordynowane interwencje łączące zarówno problemy dietetyczne, jak i aktywność fizyczną. Zgodnie z zaleceniami (NICE 2006) programy dotyczące osiągnięcia i utrzymywania prawidłowej masy ciała powinny być interwencjami multikomponentowymi i łączyć strategię zmiany stylu życia, zwiększenia aktywności fizycznej, poprawy nawyków żywieniowych, jakości diety oraz redukcji przyjętej energii.

Działania w ocenianym programie są zgodne z przedstawionymi rekomendacjami, ponieważ obejmują indywidualne konsultacje z lekarzem, psychologiem, a także specjalistą aktywności fizycznej. Zgodnie z zaleceniami (NAPNP 2006) należy monitorować poziom aktywności fizycznej, jej rodzaj, ilość oraz bariery ograniczające tę aktywność.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja programu w większości zostały zaplanowane poprawnie. Należy pamiętać, że są to istotne elementy 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 jego przebiegu i postępu, ewaluacja natomiast jest analizą danych, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności będzie oparta o liczbę uczestników obu części programu. Zgodnie z zaleceniami NICE 2013, w zakresie monitorowania programów profilaktycznych dot. otyłości dzieci, powinno się także uwzględnić: liczbę zrekrutowanych uczestników, procent uczestników jaki ukończył program, procent dzieci będących pod obserwacją w ciągu 6 miesięcy i 1 roku od zakończenia programu, monitorowanie wskaźników BMI u wszystkich włączonych do programu, na zakończenie programu,

po 6 miesiącach od zakończenia i po 1 roku od zakończenia programu. Zaleca się również monitorowanie innych mierzalnych punktów końcowych odzwierciedlających cele programu i odnoszących się do czynników mogących wspierać lub przyczynić się do zmniejszenia wskaźnika BMI. Mogłyby one obejmować: poprawę diety i aktywności fizycznej, redukcję siedzącego trybu życia, a także poprawę samooceny. W opiniowanym programie uwzględniono także aspekty psychologiczne związane z nadwagą i otyłością. Zatem zasadnym wydaje się także monitorowanie przyczyn braku uczestnictwa pojedynczych osób w tego typu programach, w celu diagnozowania istniejących barier.

W ramach oceny jakości świadczeń oprócz regularnego nadzoru merytorycznego przeprowadzanych interwencji, każdy z rodziców poproszony będzie o wyrażenie opinii nt. realizowanego programu (po kolejnych wizytach) oraz o kompleksową ocenę programu (po zakończeniu uczestnictwa dziecka w programie).

Ewaluacja programu zostanie przeprowadzona na podstawie oceny uzyskanych skutków zdrowotnych tj. poprawy BMI, stanu samopoczucia dziecka oraz jego samooceny. Najważniejszym miernikiem będzie uzyskanie poprawy BMI i przesunięcie się w dół skali centylowej właściwej dla wieku i wzrostu.

Warunki realizacji

Projekt programu uwzględnia wybór realizatora w ramach konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Opisano także kompetencje i wymagania wobec realizatora.

Projekt zawiera opis poszczególnych etapów programu oraz sposoby kwalifikacji uczestników, realizacji działań i zakończenia udziału w programie. Powyższe kwestie zostały opracowane w sposób poprawny.

Koszt całkowity programu oszacowano na 30 000 zł. Przedstawiono koszty jednostkowe, w tym koszt badania przesiewowego (45 zł) oraz koszt interwencji specjalistycznej (1 500 zł). W zaplanowanym kosztorysie wskazano, że ok. 25% ww. kosztu całkowitego realizacji programu (ok. 7 500 zł) zostanie przeznaczony na przeprowadzenie badań przesiewowych, które miały miejsce w roku 2016. Na interwencje specjalistyczne oraz edukację w latach 2017-2018 przeznaczono 75% kosztu całkowitego realizacji programu tj. 22 500 zł. Odniesiono się także do kosztów administracyjnych (25% kosztów całkowitych – 7 500 zł), kampanii informacyjnej (15% kosztów całkowitych – 4 500 zł) oraz monitorowania i ewaluacji (10% kosztów całkowitych – 3 000 zł). Mając na uwadze powyższe, koszt całkowity oszacowany przez wnioskodawcę nie wystarczy na przeprowadzenie wszystkich zaplanowanych działań. Różnica pomiędzy kosztem wszystkich działań przewidzianych w ramach programu (łącznie 45 000 zł) a zaplanowanym kosztem całkowitym programu (30 000 zł) wynosi 15 000 zł. Zaistniała rozbieżność wymaga wyjaśnienia. Dodatkowo biorąc pod uwagę przewidywaną liczbę uczestników programu należy wskazać, że już koszt zaplanowanych interwencji, bez uwzględnienia kosztów administracyjnych, kosztów kampanii informacyjnej oraz kosztów monitorowania i ewaluacji, może przekroczyć koszt całkowity przeznaczony na realizację programu. Koszt badań przesiewowych, które zaplanowano przeprowadzić wśród 140 osób wyniesie 6 300 zł. Z kolei interwencji specjalistycznych, do których zamierza się włączyć ok. 20 osób wyniesie 30 000 zł. Zatem już łączny koszt przewidzianych interwencji (36 300 zł) jest wyższy od kosztu całkowitego przeznaczonego na realizację programu (30 000 zł) o kwotę 6 300 zł. Zasadnym wydaje się zatem uszczegółowienie i doprecyzowanie programu pod kątem kosztów przeznaczonych na wszystkie zaplanowane działania z uwzględnieniem liczby uczestników poszczególnych działań realizowanych w ramach programu. Ponadto należy zaznaczyć, że nie można w sposób konkretny określić, jakie badania zostaną zastosowane u poszczególnych osób. W treści projektu nie zamieszczono bowiem informacji dotyczącej kryteriów wdrożenia poszczególnych procedur u danego beneficjenta programu. Program ma być finansowany z budżetu gminy.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Według definicji 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. Wskaźnik BMI jest równy lub przekracza 30 kg/m². Otyłość jest jedną z najważniejszych przewlekłych chorób niezakaźnych, która przybrała charakter epidemii.

Nadwaga i otyłość są głównymi czynnikami ryzyka dla wielu chorób przewlekłych i według ekspertów niosą za sobą szereg negatywnych konsekwencji dla funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego otyłego człowieka. Otyłość ma wpływ na samoocenę pacjenta, niezadowolenie z kształtów i masy swojego ciała, poczucie winy i bezradności, depresji, nadużywania alkoholu, leków lub narkotyków. Złe nawyki żywieniowe nabyte w dzieciństwie utrwalają się i mają wpływ na rozwój otyłości w społeczeństwie, która z kolei przyczynia się do problemów społecznych

Alternatywne świadczenia

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

Wszystkie zaplanowane w projekcie badania diagnostyczne są dostępne w ramach świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Ocena technologii medycznej

W toku przeprowadzonego wyszukiwania odnaleziono wytyczne następujących towarzystw naukowych i instytucji: *NICE, Obesity Committee within The Danish Paediatric Society, Canadian Task Force on Preventive Health Care, Australian Government, National Health and Medical Research Council, Department of Health, Institute for Clinical Systems Improvement, Polskie Towarzystwo Dietetyki, European Association for the Study of Obesity, American Heart Association, Expert panel National Heart, Lung, and Blood Institute, Obesity Society, U.S. Preventive Services Task Force, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, German Diabetes Association, American Diabetes Association, American Association of Clinical Endocrinologists, Community Preventive Services Task Force, American Diabetes Association, Institute for Clinical Systems Improvement.*

W odniesieniu do nadwagi i otyłości rekomendacje i wytyczne wskazują BMI jako narzędzie przesiewowe. W przypadku dzieci i młodzieży są to siatki centylowe BMI. U dzieci i młodzieży, pomiar obwodu w talii nie powinien być rutynowo stosowany. Wyliczenie BMI powinno być wykonywane przynajmniej raz w roku u dzieci w wieku 2-18 lat. Nie należy natomiast stosować analizy bioimpedancyjnej, jako głównego narzędzia oceny otyłości, zamiast wyliczania BMI.

Zgodnie z zaleceniami NICE, w przypadku dzieci i młodzieży BMI ≥ 98 centyla to otyłość, BMI $\geq 91-98$ centyla – nadwaga. WHO definiuje nadwagę jako >97 centyla BMI, otyłość $>99,9$ centyla BMI – dzieci 2-5lat, nadwagę jako >85 centyla BMI i otyłość >97 centyla BMI – dzieci i młodzież 5-19 lat. Zgodnie z klasyfikacją WHO oraz NICE, u dorosłych nadwagę definiuje się jako BMI 25-29,99, otyłość ≥ 30 (otyłość I stopnia 30-34,99, II stopnia 35-39,99, III stopnia ≥ 40). Zgodnie z wytycznymi International Diabetes Federation otyłość brzuszna u osób dorosłych diagnozuje się, gdy obwód pasa przekracza 94 cm u mężczyzn i 80 cm u kobiet.

Zaleca się także przeprowadzić wywiad rodzinny w kierunku nadwagi, otyłości i chorób towarzyszących. Czynniki, które zwiększają prawdopodobieństwo otyłości dziecięcej i/lub chorób współtowarzyszących powinny być oceniane co najmniej raz w roku. Po rozmowie z dzieckiem i rodzicami, zaleca się ocenę chorób współistniejących i możliwych przyczyn nadwagi lub otyłości u dziecka. Przykładowe badania np.: pomiar ciśnienia krwi, profil lipidowy na czczo, insulina na czczo, glukoza na czczo i test obciążenia glukozą, funkcje wątrobowe i wewnętrzwydzielnicze. Ponadto zaleca się, aby rodzice byli aktywnie zaangażowani w zmianę stylu życia dziecka. Należy zachęcać rodziców dzieci z nadwagą i otyłością do redukcji wagi, jeśli sami mają nadwagę lub otyłość.

U wszystkich pacjentów dorosłych z nadmierną masą ciała także należy przeprowadzić szczegółowy wywiad obejmujący informacje dotyczące czynników socjo-demograficznych, stanu zdrowia, historii żywienia i aktywności fizycznej.

Należy informować osoby z nadwagą i otyłością, że nawet niewielka zmiana w diecie, aktywności fizycznej może przynieść wymierne korzyści zdrowotnej (np. zredukować ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2, nadciśnienia, udaru).

Wszystkie osoby dorosłe z rozpoznaną nadmierną masą ciała powinny być objęte leczeniem dostosowanym do indywidualnych potrzeb pacjenta. Pacjenci z BMI w przedziale 25-30 kg/m² (bez dodatkowych czynników ryzyka) mogą być skutecznie i bezpiecznie leczeni za pomocą terapii behawioralnej. U wszystkich dorosłych pacjentów powinna być dokonana ocena masy ciała na podstawie klasyfikacji BMI oraz obwodu talii.

W ustalaniu założeń dietoterapii, szczególnie u pacjentów z powikłaniami, niezbędna jest ocena stanu zdrowia, w tym badanie: wartości wskaźników przemiany lipidowej (stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL, HDL, triglicerydów); gospodarki węglowodanowej (stężenie glukozy na czczo, glikemii przygodnej, hemoglobiny glikowanej HbA1c, insuliny); stężenia aminotransferaz wątrobowych, kwasu moczowego, kreatyniny oraz ciśnienie tętnicze krwi. U niektórych pacjentów niezbędne mogą być także wyniki badań dotyczących gospodarki hormonalnej, morfologia krwi. Przed rozpoczęciem leczenia dietetycznego nadwagi/otyłości, dietetyk powinien dokonać oceny gotowości pacjenta do wprowadzenia zmian dotyczących stylu życia.

U osób dorosłych z nadmierną masą ciała należy ustalić indywidualne i realistyczne cele leczenia. Celem praktycznym jest uzyskanie i długoterminowe utrzymanie masy ciała obniżonej o 5-10%. Optymalne tempo redukcji masy ciała powinno wynosić od 0,5 do 1 kg/tydzień przez pierwsze 3-6 miesięcy terapii.

Wszystkie osoby z nadmierną masą ciała należy zachęcać do regularnych ćwiczeń fizycznych. Jeśli nie występują przeciwwskazania, zaleca się od 150 do 420 minut lub więcej aktywności fizycznej w ciągu tygodnia. Strategia leczenia dietetycznego pacjentów z otyłością powinna obejmować przynajmniej 12 wizyt (indywidualnych lub grupowych) w ciągu pierwszych 6 miesięcy terapii oraz przynajmniej 6 w ciągu kolejnych 6 miesięcy leczenia. Niezbędne jest przekazanie pacjentowi dzienniczka żywieniowego, w którym możliwe będzie zapisywanie rodzaju i ilości spożywanych produktów w określonym czasie.

U osób, u których nie udaje się uzyskać redukcji masy ciała za pomocą terapii behawioralnej, należy rozważyć zastosowanie leczenia farmakologicznego (u osób dorosłych ze wskaźnikiem BMI > 30 kg/m² oraz > 27 kg/m² przy współistnieniu innych czynników ryzyka), a w szczególnych przypadkach leczenia chirurgicznego (BMI ≥ 40 kg/m²).

W przypadku dorosłych należy skupiać się na realnych celach i długoterminowej multidyscyplinarnej opiece. Działania te powinny obejmować: aktywność fizyczną, zmiany w diecie, a także jedną z form psychoterapii (cognitive behavioral therapy (CBT)), opartą na podejściu behawioralno-poznawczym. Celem terapii jest: zmiana zarówno podejścia pacjenta, jego przekonań związanych z utrzymaniem wagi, otyłością i jej skutków; techniki terapii pomagają także we wprowadzaniu zmian dla udanego procesu odchudzania i utrzymania prawidłowej wagi.

Zgodnie z rekomendacjami osoby otyłe powinny mieć zapewnioną długookresową opiekę/wparcie prowadzoną przez wykwalifikowany multidyscyplinarny zespół – dietetyk, specjalista aktywności fizycznej, specjalista promocji zdrowia (np. psycholog sportowy), psycholog kliniczny, psychiatra, pediatra, pielęgniarka pediatria. Najbardziej skuteczne są multikomponentowe interwencje obejmujące aktywność fizyczną, zmianę nawyków żywieniowych i interwencje behawioralne/wparcie psychologiczne. Powinny one obejmować kilka sesji trwających od kilku tygodni do kilku miesięcy.

Zgodnie z rekomendacjami multikomponentowe programy:

- powinny być oferowane grupom dzieci i młodzieży oraz ich rodzinom,
- powinny być dopasowane do wieku i etapu rozwoju dzieci,

- powinny być realizowane w miejscach łatwo dostępnych i dających poczucie nieskrępowania,
- powinny podkreślać znaczenie aktywnego uczestnictwa rodziców w programach skierowanych dla ich dzieci,
- powinny zapewniać wsparcie i zaangażowanie także po zakończeniu działań w ramach programu; punkty końcowe powinny być rewaluowane co najmniej rok po jego zakończeniu,
- powinny zapewniać ten sam zespół personelu przez cały okres trwania poszczególnych cykli programu,
- powinny zapewniać stały kontakt beneficjentów ze specjalistami odpowiedzialnymi za ich realizację,
- BMI powinien być oceniony na etapie rekrutacji do programu, na zakończenie oraz powinien być monitorowany po 6 miesiącach i po 1 roku od zakończenia programu,
- należy upewnić się, że cele programu, punkty końcowe i wymogi w zakresie monitorowania i ewaluacji, są jasno określone i zdefiniowane,
- w zakresie ewaluacji, powinno się monitorować: liczbę osób zakwalifikowanych, procent jaki ukończył dany program, procent osób kontynuujący działania po 6 m-cach. i po 1 roku od zakończenia programu,
- zdefiniować grupy podwyższonego ryzyka lub dzieci z ubogich rodzin.

U dzieci powyżej 10. roku życia (lub wcześniej, gdy okres dojrzewania już się rozpoczął), cechujących się BMI powyżej 95. centyla, zaleca się wykonywanie testu OGTT co 2 lata (badanie z oznaczeniem stężenia insuliny).

W celu wczesnego rozpoznania cukrzycy 2 typu i stanu przedcukrzycowego, doustny test tolerancji glukozy powinien być wykonany wszystkim dzieciom z nadwagą (BMI>85 lub >90 centyla) w wieku 10 lat lub starszym, które mają przynajmniej 2 z poniższych czynników ryzyka: osoby o bliskim pokrewieństwie mają cukrzycę 2 typu, przynależność do grupy etnicznej o zwiększonym ryzyku cukrzycy (Azjaci, Afroamerykanie, Latynosi), skrajna otyłość (BMI>99,5 centyla), oznaki insulinooporności (nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, podwyższone transaminazy, zespół policystycznych jajników, rogowacenie ciemne).

U dzieci i osób młodych, w pierwszej kolejności należy brać pod uwagę cukrzycę 1 typu, chyba że obecne są silne przesłanki dla cukrzycy 2 typu, m.in. takie jak: historia rodzinna cukrzycy 2 typu, otyłość, rogowacenie ciemne. W przypadku podejrzenia cukrzycy 1 typu, należy niezwłocznie (tego samego dnia) kierować do multidyscyplinarnego diabetologicznego zespołu pediatrycznego, celem potwierdzenia diagnozy i zapewnienia natychmiastowej opieki.

Nie zaleca się wykonywania badania C-peptydu i/lub miana przeciwciał specyficznych dla cukrzycy na etapie początkowego różnicowania cukrzycy 1 typu od 2 typu. Badanie peptydu-C można rozważyć w dalszej kolejności, jeśli jest kłopot z rozróżnieniem cukrzycy 1 typu od innych typów. Rekomenduje się natomiast wykonanie badań genetycznych, gdy cechy kliniczne lub historia rodzinna sugerują cukrzycę monogeniczną.

Badanie w kierunku cukrzycy należy przeprowadzić raz w ciągu 3 lat u każdej osoby powyżej 45. roku życia. UPSTF rekomenduje skryning w kierunku nieprawidłowego stężenia glukozy we krwi w ramach oceny ryzyka sercowo-naczyniowego u osób w wieku 40-70 lat z nadwagą lub otyłością.

Niezależnie od wieku, badanie stężenia glukozy należy wykonać co roku u osób z następujących grup ryzyka: z nadwagą lub otyłością [BMI \geq 25 kg/m² i/lub obwód w talii > 80 cm (kobiety); > 94 cm (mężczyźni)]; z cukrzycą występującą w rodzinie (rodzice bądź rodzeństwo); mało aktywnych fizycznie; z grupy środowiskowej lub etnicznej części narażonej na cukrzycę; u których w poprzednim badaniu stwierdzono stan przedcukrzycowy; u kobiet z przebytą cukrzycą ciążową; u kobiet, które urodziły dziecko o masie ciała > 4 kg; z nadciśnieniem tętniczym (\geq 140/90 mm Hg); z dyslipidemią [stężenie cholesterolu frakcji HDL < 40 mg/dl (< 1,0 mmol/l) i/lub triglicerydów > 150

mg/dl (>1,7 mmol/l)]; u kobiet z zespołem policystycznych jajników; z chorobą układu sercowo-naczyniowego.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.251.2017 „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości w populacji młodzieży w Gminie Kosakowo” realizowany przez: gminę Kosakowo, Warszawa, wrzesień 2017 oraz Aneksu „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny” z kwietnia 2016. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 309/2017 z dnia 18 września 2017 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości w populacji młodzieży w Gminie Kosakowo”.