



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 273/2017 z dnia 28 września 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Wczesne
wykrywanie nadwagi i otyłości jako element profilaktyki chorób
cywilizacyjnych u dzieci 7-letnich, uczęszczających do szkół
podstawowych na terenie Świętochłowic”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Wczesne wykrywanie nadwagi i otyłości jako element profilaktyki chorób cywilizacyjnych u dzieci 7-letnich, uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Świętochłowic” 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 w celu zapewnienia jak najlepszej jakości podejmowanych działań.

Niektóre cele programowe wymagają przekonstruowania zgodnie z zasadą SMART. Oczekiwane efekty i mierniki programu korespondują z założeniami programowymi.

Populacja docelowa i interwencje zaplanowane w projekcie w większości są zgodne z wytycznymi klinicznymi. Jednakże warto rozważyć wyłączenie z programu niektórych interwencji, nieznajdujących potwierdzenia w międzynarodowych rekomendacjach, co pozwoliłoby wygenerowanie oszczędności i objęcie programem liczniejszej/dodatkowych roczników populacji.

Monitorowanie i ewaluację przygotowano w sposób prawidłowy. Zasadnym jednak wydaje się uzupełnienie kwestii dotyczącej oceny zgłaszalności do programu.

Budżet nie budzi większych zastrzeżeń. Aczkolwiek warto go zweryfikować pod kątem uwzględnienia kosztów jednostkowych wszystkich działań zaplanowanych w ramach programu. Należy również zwrócić uwagę, że planowany kosztorys może ulec modyfikacji po otrzymaniu decyzji o wysokości/braku dofinansowania z NFZ.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu nadwagi i otyłości. Budżet programu wynosi 43 750 zł, zaś okres jego realizacji to lata 2018-2019.

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: „zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu, przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy oraz zapobieganie najczęstszemu 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 dnia 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126). Problem zdrowotny został opisany poprawnie. Odniesiono się także do sytuacji epidemiologicznej w skali ogólnopolskiej, krajowej i regionalnej.

Dodatkowo zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych, opublikowanymi przez Ministerstwo Zdrowia w dniu 2 stycznia 2017 r., można wskazać, że w 2014 roku w woj. śląskim, którego terenie znajdują się Świętochłowice, odnotowano 155 hospitalizacji z powodu rozpoznania, zakwalifikowanych jako otyłość dzieci (co przekłada się na 1,75% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznania zakwalifikowanych do grupy chorób metabolicznych). Współczynnik hospitalizacji wynosił ok. 20/100 000 mieszkańców (co stanowi 13. miejsce wśród województw w Polsce).

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „wczesne wykrywanie nadwagi i otyłości oraz edukacja zdrowotna jako elementy profilaktyki chorób cywilizacyjnych wśród dzieci w wieku 7 lat zamieszkałych w Gminie Świętochłowice”. Ponadto w projekcie przedstawiono 6 celów szczegółowych. Należy podkreślić, że niektóre cele programu nie zostały sformułowane zgodnie z regułą SMART, według której cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. W obecnym brzmieniu cel główny stanowi działanie, a nie rezultat, jaki zamierza się osiągnąć w wyniku realizacji tego działania. Podobne uwagi odnoszą się do pierwszego z zaproponowanych celów szczegółowych tj. „oszacowanie liczby dzieci z nadwagą i otyłością w Gminie Świętochłowice”. Pozostałe cele szczegółowe stanowią uzupełnienie założenia głównego i wydają się być spójne z zasadą SMART. Dodatkowo, odnosząc się do celu zakładającego zmniejszenie częstotliwości występowania nadwagi i otyłości poprzez zmianę nawyków żywieniowych, warto zaznaczyć, że dostępne dowody naukowe wskazują, że programy edukacyjne dotyczące osiągania i utrzymywania prawidłowej wagi ciała powinny łączyć strategie zmiany stylu życia, poprawy nawyków żywieniowych, zwiększenia aktywności fizycznej oraz jakości diety i redukcji przyjętej energii. Kwestie te powinny znaleźć odzwierciedlenie w celach szczegółowych programu.

Oczekiwane efekty odnoszą się do założeń programowych. Warto pamiętać, że oczekiwane efekty powinny opisywać stan, jaki spodziewa się osiągnąć w ramach działań realizowanych w programie.

Mierniki efektywności w większości są poprawne. Stanowią one elementy, które powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym miejscu/otoczeniu/programie w odpowiednich jednostkach miary. Wartości mierników powinny być określone przed i po realizacji programu. Dopiero zmiana uzyskana w zakresie tych wartości umożliwi ocenę efektywności programu. Powyższe kwestie zostały uwzględnione w projekcie. Jednakże warto zaznaczyć, że dwa pierwsze mierniki efektywności, tj. „liczba osób uczestniczących w programie” oraz „procent objęcia programem populacji docelowej” są wskaźnikami o charakterze ilościowym i wydają się być bardziej przydatne przy ocenie zgłaszalności do programu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu ma stanowić ok. 450 dzieci z rocznika 2011 (dzieci 7-letnie). W akcji edukacyjnej ma wziąć udział cała populacja dzieci we wskazanej grupie wiekowej oraz rodzice/opiekunowie prawni tych dzieci w liczbie ok. 900 osób (założono udział dwóch

rodziców/opiekunów prawnych na 1 dziecko). Natomiast zgodnie z danymi GUS na terenie powiatu Świętochłowice w 2011 r. urodziło się 534 dzieci, co przekłada się na różnicę wynoszącą 84 dzieci.

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. Powyższe kwestie zostały uwzględnione w projekcie.

Interwencja

W opiniowanym projekcie przewidziano następujące interwencje:

- Badanie przesiewowe całej populacji dzieci w wieku 7 lat Gminy Świętochłowice, w oparciu o badania antropometryczne,
- Cykl 5 porad dietetycznych (dla dzieci wyłonionych w pierwszym etapie) – realizowany w placówkach POZ lub gabinetach dietetycznych,
- Pomiary antropometryczne w trakcie trwania programu (przeznaczone dla dzieci włączonych do drugiego etapu) – wykonywane przez dietetyka w trakcie porady dietetycznej,
- Diagnostykę laboratoryjną – badania laboratoryjne panelu metabolicznego (określenie poziomów: leptyny, greliny, dysmutazy ponadtlenkowej (SOD), peroksydazy glutationowej (GPx)),
- Porady lekarskie udzielane dzieciom (w obecności rodziców/opiekunów prawnych) przez lekarza pediatrę,
- Pomiar uczestników objętych interwencją dietetyczną: pół roku po zakończeniu programu oraz rok po zakończeniu) – wykonywany przez dietetyka,
- Edukację zdrowotną:
 - cykl wykładów/szkoleń skierowanych do rodziców/opiekunów prawnych dzieci z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia, edukacji żywieniowej oraz aktywności fizycznej (raz na 2 miesiące; 90-minutowe wykłady dla grup liczących ok. 60 osób; realizowane w szkołach znajdujących się na terenie gminy),
 - cykl wykładów/szkoleń dla całej populacji dzieci z zakresu profilaktyki chorób cywilizacyjnych, edukacji żywieniowej oraz aktywności fizycznej (raz na 2 miesiące; charakter warsztatowy; realizowane w ramach godziny wychowawczej lub dodatkowych zajęć pozalekcyjnych),
 - edukację realizowaną przy wykorzystaniu ulotek, plakatów informacyjnych (wybrane podmioty lecznicze, szkoły i urząd gminy) oraz stron internetowych (wybrane jednostki).

Odnosząc się do badań zaproponowanych w projekcie należy zwrócić uwagę, że nie odniesiono się do konkretnego testu wydolności fizycznej, zatem nie wiadomo jaką metodą zostanie on przeprowadzony. Zasadnym wydaje się, aby do testu wydolności fizycznej zostały dopuszczone dzieci, niemające przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w aktywności fizycznej (np. dzieci nie posiadające zwolnień lekarskich z zajęć wychowania fizycznego, podyktowanymi istniejącymi przeciwwskazaniami lekarskimi) oraz po wcześniejszym badaniu, w tym pomiaru ciśnienia oraz tętna spoczynkowego. Należy również pamiętać, że badania w szkołach powinny odbywać się z zachowaniem prawa do intymności, co zostało uwzględnione w projekcie.

Zgodnie z najnowszymi rekomendacjami U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF 2017) zaleca się wykonanie badania przesiewowego w kierunku otyłości u dzieci i młodzieży w wieku ≥ 6 lat oraz zaoferowanie im bądź skierowanie ich na kompleksowe, intensywne interwencje behawioralne, wspierające redukcję masy ciała. Zatem wydaje się, że wiek dzieci kwalifikujących się do udziału w

programie został dobrany w sposób prawidłowy. Ponadto zgodnie z ww. rekomendacjami zaleca się wykorzystanie wskaźnika BMI jako narzędzia przesiewowego w kierunku otyłości, która została zdefiniowana, jako (zależne od wieku i płci) BMI \geq 95 centyli. Powyższe elementy znalazły częściowe odzwierciedlenie w opiniowanym projekcie.

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 \geq 98 centyla to otyłość, BMI \geq 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. W ocenianym programie planuje się wyliczenie BMI na samym początku (przez pielęgniarkę środowiskową/higienistkę szkolną, u wszystkich dzieci/uczestników programu), po 6 miesiącach od zakończenia oraz po 1 roku od zakończenia programu (przez dietetyka, u dzieci ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością). Warto zaznaczyć, że jest to podejście prawidłowe i zgodne z zaleceniami.

Ponadto, należy zaznaczyć, iż pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost, wskaźnik BMI) 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. Program ma być skierowany do dzieci 7-letnich, uczęszczających do I klasy szkoły podstawowej, dzięki czemu planowane działania nie będzie powielano świadczeń gwarantowanych. Warto także rozważyć możliwość rozszerzenia populacji i objęcia programem dodatkowych roczników dzieci.

Zgodnie z harmonogramem dla dzieci wyłonionych w pierwszym etapie programu tj. u dzieci ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością, a także ich rodziców/opiekunów prawnych, przewidziano cykl 5 porad dietetycznych, które będą realizowane w placówkach POZ lub w gabinetach dietetycznych. Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD 2015) optymalna strategia leczenia dietetycznego zakłada częste, indywidualne kontakty z pacjentem, w czasie nie krótszym niż 6 miesięcy. W praktyce poradnictwo dietetyczne może być realizowane w postaci spotkań indywidualnych, spotkań grupowych, spotkań z wykorzystaniem technik audiowizualnych (telemedycyna) oraz ich kombinacji. Zgodnie z powyższym liczba spotkań wskazana w projekcie może okazać się niewystarczająca.

W ramach programu zaplanowano także diagnostykę laboratoryjną. Należy zaznaczyć, że badania określające stężenie greliny oraz aktywność peroksydazy glutationowej (GPx) nie znajdują się w wykazach świadczeń gwarantowanych. Nie odnaleziono żadnych wytycznych/rekomendacji wskazujących na zasadność wykonywania wyżej wymienionych badań w omawianej populacji w celu wykrycia nadwagi lub otyłości. Jedynie w rekomendacjach Obesity Committee within The Danish Paediatric Society (OCDPS) z 2015 r. zaznacza się, że w wyjątkowych przypadkach dopuszcza się przeprowadzenie dodatkowych badań w przypadku podejrzenia występowania otyłości u dziecka uwarunkowanej genetycznie, wśród których wymienia się m.in. badanie potencjalnych wariacji genetycznych, w tym receptora leptyny. To stwierdzenie nie odnosi się to jednak do programów populacyjnych. W ramach programu nie planuje się przeprowadzenia badań genetycznych. Nie wiadomo zatem w jakim celu oznaczany ma być panel metaboliczny. Zasadne byłoby zrezygnowanie z tej interwencji.

Zaplanowano także prowadzenie porad lekarskich przez lekarza pediatrę, udzielanych dzieciom w obecności rodziców/opiekunów prawnych. Porada będzie polegać na analizie wyników badań, szacowaniu ryzyka chorób cywilizacyjnych i edukacji zdrowotnej. W przypadku, gdy wynik badań laboratoryjnych będzie nieprawidłowy pacjent zostanie skierowany do „odpowiedniego” podmiotu leczniczego, w którym będzie mógł podjąć dalsze leczenie w ramach finansowania przez publicznego płatnika (poza programem). Zapisy te są jednak zbyt ogólne i trudno się do nich odnieść. Należy pamiętać, że porada specjalistyczna w zakresie chorób metabolicznych znajduje się wykazie

świadczeń gwarantowanych Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS) i może być udzielana przez lekarz specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych, pediatrii, diabetologii lub endokrynologii.

Przewidziano także prowadzenie edukacji zdrowotnej, która będzie prowadzona przez lekarzy lub dietetyka (lub psychodietetyka) oraz lekarza pediatrę. Działania te zostały skierowane zarówno do całej populacji dzieci, jak i ich rodziców/opiekunów prawnych. Należy podkreślić, że aktywne angażowanie rodziców w zmianę stylu życia dzieci jest działaniem zgodnym z rekomendacjami (National Institute for Health and Clinical Excellence NICE 2015, National Health and Medical Research Council NHMRC 2013, Institute for Clinical Systems Improvement ICSI 2013, Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN 2010, National Association of Pediatric Nurse Practitioners NAPNP 2006). Ponadto, należy zachęcać rodziców dzieci z nadwagą i otyłością do redukcji masy ciała, jeśli sami mają nadwagę lub otyłość (NICE 2015).

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. Zatem dodatkowo należałoby zwrócić uwagę na zwiększenie aktywności fizycznej uczestników programu, nie tylko w kontekście uwzględnionych w programie działań edukacyjnych, ale także w ramach konkretnych interwencji. Zgodnie z zaleceniami (NICE 2006) programy dotyczące osiągnięcia i utrzymywania prawidłowej masy ciała powinny być interwencjami multikomponentowymi i łączyć strategie zmiany stylu życia, zwiększenia aktywności fizycznej, poprawy nawyków żywieniowych, jakości diety oraz redukcji przyjętej energii.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt zakłada monitorowanie i ewaluację programu. 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 została zaplanowana poprawnie. Dodatkowo, zgodnie z zaleceniami NICE 2013, w zakresie monitorowania programów profilaktycznych dotyczących 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 zaplanowano przeprowadzenie ankiety satysfakcji oraz analizę pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do realizatora programu, co jest rozwiązaniem prawidłowym.

Ocena efektywności programu została podzielona na cząstkową (obejmującą coroczną analizę wybranych wskaźników) oraz końcową (analizującą m.in. stopień realizacji programu w zakresie poprawy wskaźnika BMI). W treści projektu podkreślono, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu, natomiast rzeczywistą efektywność realizacji programu ocenić będzie można dopiero w perspektywie wieloletniej w oparciu o dane statystyczne dotyczące odsetka osób z nadwagą i otyłością oraz liczbę przypadków powikłań sercowo-naczyniowych otyłości, co należy uznać za zasadne.

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 w większości zostały opracowane w sposób poprawny. Jednakże nie określono bardzo istotnego kryterium, opartego o BMI, na podstawie którego będzie odbywać się przejście między etapami programu, co należy uzupełnić. Warto także odnieść się do kryteriów wyłączenia z programu, ponieważ nie opisano postępowania z dziećmi objętymi już specjalistyczną opieką lekarską w ramach NFZ.

Koszt całkowity programu oszacowano na 43 750 zł. Przedstawiono koszty jednostkowe, które w przypadku dzieci bez nadwagi/otyłości wyceniono na 15 zł (uwzględniono tylko koszt edukacji zdrowotnej), a w przypadku interwencji wśród dzieci ze stwierdzoną nadwagą/otyłością na 515 zł (uwzględniono koszty edukacji zdrowotnej, poradnictwa psychodietetycznego oraz badania laboratoryjnego panelu metabolicznego i porady lekarza pediatri).

W kosztorysie nie uwzględniono kosztów pomiarów antropometrycznych, mimo, że zostały zaplanowane. Zatem w szacowaniu kosztów programu powinno się uwzględnić koszt pierwszego pomiaru antropometrycznego (przeprowadzonego wśród wszystkich dzieci objętych programem) oraz dodatkowych dwukrotnych pomiarów wykonanych wśród dzieci ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością.

W projekcie powinno się także podać ceny jednostkowe poszczególnych badań laboratoryjnych panelu metabolicznego oraz koszt porady lekarza pediatri. Jednak należy podkreślić, że w świetle przytoczonych wcześniej rekomendacji, brak jest uzasadnienia dla wykonywania wymienionych badań laboratoryjnych panelu metabolicznego. Zatem warto rozważyć wyłączenie ww. badań laboratoryjnych z programu, a zaoszczędzone w ten sposób środki finansowe przeznaczyć na objęcie programem większej liczby dzieci (np. z innych roczników).

Projekt zakłada dofinansowanie programu ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Maksymalna kwota dofinansowania w przypadku opiniowanego projektu nie może przekroczyć 40% środków przewidzianych na realizację programu przez jst.

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. 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 gwarantowanych udzielanych w środowisku nauczania i wychowania (przez pielęgniarkę szkolną lub higienistkę), przeprowadza się test do wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego wraz z pomiarami: wysokości i masy ciała, w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI), na następujących etapach edukacji: roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne (bądź w klasie I szkoły podstawowej w wyniku niewykonania badania we wcześniejszym

terminie), klasa III szkoły podstawowej, klasa V szkoły podstawowej, klasa I gimnazjum, klasa I szkoły ponadgimnazjalnej, ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19. roku życia.

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 i aktywności fizycznej może przynieść wymierne korzyści zdrowotne (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/wsparcie prowadzoną przez wykwalifikowany multidyscyplinarny zespół – dietetyk, specjalista aktywności fizycznej, specjalista promocji zdrowia (np. psycholog sportowy), psycholog kliniczny, psychiatra, pediatra, pielęgniarka pediatryczna. Najbardziej skuteczne są multikomponentowe interwencje obejmujące aktywność fizyczną, zmianę nawyków żywieniowych i interwencje behawioralne/wsparcie 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 częściej 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.441.266.2017 „Wczesne wykrywanie nadwagi i otyłości jako element profilaktyki chorób cywilizacyjnych u dzieci 7-letnich, uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Świętochłowic” realizowany przez: gminę Świętochłowice, 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 315/2017 z dnia 25 września 2017 roku o projekcie programu „Wczesne wykrywanie nadwagi i otyłości jako element profilaktyki chorób cywilizacyjnych u dzieci 7-letnich, uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Świętochłowic”.