



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 59/2018 z dnia 4 kwietnia 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
otyłości i nadwagi wśród uczniów klas I szkół podstawowych
zlokalizowanych na terenie Miasta Będzina na lata 2018-2020”
realizowany przez miasto Będzin

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki otyłości i nadwagi wśród uczniów klas I szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie Miasta Będzina na lata 2018-2020”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Działania mające na celu prewencję nadwagi i otyłości u dzieci są rekomendowane, a przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Należy jednak dopracować niektóre elementy programu, aby poziom jego realizacji był jak najwyższej jakości.

Wskazane w projekcie cele programowe wymagają doprecyzowania zgodnie z zasadą SMART, według której cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Uzupełnienia wymaga również kwestia dotycząca mierników efektywności, które powinny umożliwić ocenę skutków programu, szczególnie w zakresie monitorowania wskaźnika BMI w trakcie oraz po zakończeniu realizacji programu.

Zaproponowana populacja docelowa wymaga doprecyzowania w zakresie oszacowania liczby uczestników działań informacyjno-edukacyjnych. Zaproponowane interwencje są zgodne z wytycznymi, jednakże należy uzupełnić warunki kwalifikacji do II etapu. Ponadto należy uszczegółowić zapisy dotyczące liczby konsultacji specjalistycznych przypadających na jedno dziecko oraz wyjaśnić wątpliwości związane z poradami psychologicznymi zgodnie z poniższymi uwagami.

Monitorowanie i ewaluacja programu zostały zaplanowane w projekcie, jednakże wymagają one uzupełnienia, szczególnie w zakresie oceny jakości świadczeń i efektywności programu. Należy podkreślić, że wyniki monitorowania i ewaluacji będą stanowić istotną część raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, zatem zasadnym jest prawidłowe opracowanie tych elementów programu.

W budżecie programu należy uwzględnić koszty badań lekarskich wykluczających przeciwwskazania do wdrożenia planu zdrowotnego. Warto także pamiętać, że w kosztorysie powinna zostać określona kwota, która zostanie przeznaczona na pokrycie kosztów ewaluacji i monitorowania programu.



Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości. Budżet programu wynosi 187 588 zł, zaś okres jego realizacji to lata 2018-2020.

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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 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

Problem zdrowotny opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej wpisuje się w priorytety zdrowotne zgodne z §1 ust. 7 i 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2009 r. Nr 137 poz. 1126): „*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*”. Ponadto zakres programu wpisuje się w jeden z celów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 – „*poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia społeczeństwa oraz aktywności fizycznej społeczeństwa*”.

Opis problemu zdrowotnego został przedstawiony w sposób prawidłowy. W projekcie odniesiono się do etiologii nadwagi i otyłości oraz czynników ryzyka wystąpienia choroby. Przedstawiono także sytuację epidemiologiczną dotyczącą przedmiotowego problemu zdrowotnego opierając się na ogólnopolskich wynikach badań Instytutu Żywności i Żywienia (IŻŻ). Natomiast wskazano danych epidemiologicznych w skali światowej i regionalnej.

Zgodnie z danymi IŻŻ ponad 22% uczniów szkół podstawowych i gimnazjów ma nadwagę lub jest otyła. Najwięcej uczniów z nadwagą i otyłością zaobserwowano w województwie mazowieckim (32%), łódzkim (29,8%), lubelskim (24,6%), zachodniopomorskim (23,9%) oraz dolnośląskim i opolskim (23,8%). Natomiast najmniej dzieci w wieku szkolnym z nadmierną masą ciała było w województwie śląskim, w którym położone jest miasto Będzin (16,5%).

Dodatkowo, zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych dla województwa śląskiego, można wskazać, że w 2014 r., w województwie śląskim odnotowano 155 hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako otyłość dzieci, czyli 1,75% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych do grupy chorób metabolicznych. Współczynnik hospitalizacji wynosił ok. 20/100 tys. mieszkańców, co stanowi 13 miejsce wśród województw w Polsce.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „profilaktyka i wczesne wykrywanie nadwagi i otyłości wśród uczniów klas I szkół podstawowych na terenie miasta Będzina”. Wskazane założenie główne stanowi działanie, a powinno określać oczekiwany i docelowy stan, który należy osiągnąć w ramach programu. Dodatkowo cel główny programu powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie wytyczony (w odniesieniu do planowanego czasu), a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Zatem zaproponowany cel główny wymaga przeformułowania zgodnie z regułą SMART, według której cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie.

W uzupełnieniu celu głównego przedstawiono także 5 celów szczegółowych: „zmniejszenie częstotliwości występowania otyłości u dzieci”, „podniesienie świadomości zdrowotnej dzieci

i rodziców uczestniczących w programie”, „wprowadzenie prawidłowych nawyków dotyczących diety, zachowań zdrowotnych, aktywności fizycznej w trakcie trwania programu oraz ich utrwalenie po zakończeniu programu”, „przekazanie podstawowych kompetencji w zakresie prozdrowotnego stylu życia rodzicom dzieci objętych programem”, „propagowanie zdrowego stylu życia w szkole, w domu i środowisku pozaszkolnym”). Należy podkreślić, że część zaproponowanych założeń, podobnie jak cel główny stanowi działania, a nie oczekiwany, docelowy stan oraz nie jest zgodna z koncepcją SMART. Zatem należy przekonstruować cele szczegółowe zgodnie z powyższymi uwagami.

W projekcie przedstawiono 6 mierników efektywności. Wskaźniki: „liczba dzieci uczestniczących w programie”, „liczba dzieci, u których przeprowadzono badanie przesiewowe” oraz „liczba odbiorców akcji informacyjno-edukacyjnej – nauczyciele/rodzice/opiekunowie prawni dzieci” odnoszą się do bardziej frekwencji niż efektywności i mogą zostać wykorzystane do oceny zgłaszalności do programu. Natomiast mierniki: „liczba dzieci ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością” oraz „liczba dzieci skierowanych do dalszej diagnostyki” dotyczą efektów programu. Wskaźnik „liczba rodziców, u których zwiększyła się wiedza z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości” odnosi się do drugiego celu szczegółowego. Zgodnie z definicją mierniki efektywności powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażone w odpowiednich jednostkach miary. Przy tworzeniu mierników należy pamiętać, aby były one spójne z postawionymi celami programu. Ponadto warto podkreślić, aby dane zbierane były przed i po realizacji danych działań, gdyż dopiero zanotowana zmiana świadczy o wielkości uzyskanego efektu. W przypadku przedmiotowego programu istotne jest, aby mierniki efektywności odnosiły się do pomiaru BMI; analizy liczby osób uczestniczących w zajęciach ruchowych; analizy liczby rodziców, u których zwiększył się poziom wiedzy na temat zasad prawidłowego żywienia oraz analizy liczby rodzin, które wprowadziły zasady prawidłowego żywienia i zwiększyły swoją aktywność fizyczną. Ww. wskaźniki powinny zostać uwzględnione w projekcie.

Populacja docelowa

Populację docelową stanowią uczniowie klas I dziesięciu szkół podstawowych z terenu miasta Będzina. Liczebność populacji oszacowano na ok. 570 uczniów w roku szkolnym 2018/2019 (dzieci urodzone w 2011 r.), 559 uczniów w roku szkolnym 2019/2020 (dzieci urodzone w 2012 r.) oraz 545 uczniów w roku szkolnym 2020/2021 (dzieci urodzone w 2013 r.). Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego w Będzinie w 2011 r. urodziło się 521 dzieci, w 2012 r. – 552 dzieci, zaś w 2013 r. – 526 dzieci. Zatem dane dotyczące populacji docelowej programu są zbliżone do danych GUS. Jednakże należy zauważyć, że w opisie populacji kwalifikującej się do programu założono, że w badaniach przesiewowych (I etap programu) weźmie udział 80% populacji dzieci 7-letnich, podczas gdy w planowanych kosztach całkowitych programu uwzględniono udział 100% populacji docelowej. Powyższe rozbieżności wymagają wyjaśnienia.

W II etapie programu weźmie udział ok. 20% dzieci wyłonionych z I etapu. Założenie to zostało przyjęte na podstawie szacunkowego odsetka dzieci zagrożonych nadwagą/otyłością w województwie śląskim określonego przez Instytut Żywności i Żywienia (20% odsetek przyjęty w projekcie jest nieco większy niż odsetek wskazany w danych epidemiologicznych IŻŻ – 16, 5%).

W projekcie przewidziano także kampanię informacyjno-edukacyjną skierowaną do dzieci, rodziców/opiekunów prawnych oraz nauczycieli, jednak nie oszacowano liczebności populacji docelowej, co należy uzupełnić.

Do udziału w programie będą kwalifikować się dzieci uczęszczające do I klasy szkoły podstawowej na terenie Będzina, zamieszkałe w Będzinie, po wyrażeniu pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie. Z programu będą wyłączone dzieci objęte już specjalistyczną opieką lekarską w ramach NFZ dotyczącą zaburzeń endokrynologicznych oraz metabolicznych. W projekcie zamieszczono informację, że wartości wskaźnika BMI w zakresie 25-30 kg/m² wskazują na nadwagę, zaś wartości wskaźnika BMI powyżej 30 kg/m² oznaczają otyłość. Jednakże nie określono wartości wskaźnika BMI, na podstawie którego dzieci kwalifikowane będą do II etapu programu, co należy uzupełnić.

Interwencja

W opiniowanym projekcie przewidziano dwuetapowy schemat działań, obejmujący następujące interwencje:

- I etap - pomiar masy ciała i wzrostu dzieci oraz określenie wartości wskaźnika BMI wg siatek centylowych,
- II etap - działania edukacyjne oraz konsultacje w formie indywidualnej lub grupowej z:
 - lekarzem specjalizującym się w chorobach dzieci lub w chorobach metabolicznych,
 - psychologiem (wzmacnianie nastawienia rodziców do przeprowadzenia zmiany w zachowaniach zdrowotnych rodziny),
 - dietetykiem (analiza zachowań żywieniowych, dobór odpowiedniej diety, wprowadzenie prawidłowych zachowań żywieniowych),
 - specjalistą aktywności fizycznej (ustalenie optymalnego wysiłku fizycznego zgodnie z masą ciała i możliwościami dziecka, zaplanowanie grafiku zwiększania intensywności i ilości wysiłku).

W ramach pierwszego etapu programu wykonane zostaną badania przesiewowe, które będą obejmować pomiar masy ciała i wysokości dzieci oraz określenie wartości wskaźnika BMI wg siatki centylowej. W projekcie nie wskazano kompetencji osoby, która będzie wykonywała badania, co należy uzupełnić. Ponadto będą przeprowadzane badania ankietowe w kierunku nadwagi, otyłości i chorób towarzyszących (dane m.in. z zakresu nawyków żywieniowych, występowania chorób cywilizacyjnych w rodzinie, stylu życia i aktywności fizycznej w rodzinie). Uzyskane wyniki badań uczniów będą stanowić podstawę do zakwalifikowania ich do drugiego etapu programu.

Warto podkreślić, że wykorzystanie wskaźnika BMI jako narzędzia przesiewowego w kierunku nadwagi i otyłości jest powszechnie zalecane w odnalezionych rekomendacjach klinicznych. Zgodnie z zaleceniami National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), w przypadku dzieci i młodzieży BMI ≥ 98 centyla to otyłość, BMI $\geq 91-98$ centyla – nadwaga. Światowa Organizacja Zdrowia 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.

Należy jednak wskazać, że 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, V, VIII szkoły podstawowej i szkół ponadgimnazjalnych, a także w ostatniej klasie szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19 r.ż.

W ramach II etapu programu dzieci, u których stwierdzono nadwagę lub otyłość będą podlegały działaniom „edukacyjno-leczniczym”. W projekcie zaplanowano konsultacje indywidualne i grupowe z lekarzem specjalizującym się w chorobach dzieci lub w chorobach metabolicznych, psychologiem, dietetykiem oraz specjalistą aktywności fizycznej. Każde dziecko będzie miało minimum jedną wizytę w miesiącu, przy czym z zaplanowanych kosztów programu wynika, że dziecko weźmie udział w 5 spotkaniach. W związku z powyższym nie można jednoznacznie określić, jaki tryb postępowania będzie oferowany poszczególnym uczestnikom programu, co należy doprecyzować. Jednakże warto podkreślić, że w porozumieniu z biorącymi udział w programie specjalistami zostanie wytyczony indywidualny plan postępowania zdrowotnego dla dziecka, skupiający się na zmianie diety, aktywności fizycznej i zachowań zdrowotnych w rodzinie, poprzedzony badaniami lekarskimi wykluczającymi przeciwwskazania do wdrożenia tych działań, co należy uznać za zasadne działanie. Natomiast warto również zauważyć, że wskazano zakresu wspomnianych badań oraz nie uwzględniono ich w budżecie programu, co wymaga poprawy. Podczas porad psychologicznych rodzice dzieci będą zachęceni do przeprowadzenia zmiany w zachowaniach zdrowotnych rodziny. Warto zaznaczyć, że z treści projektu nie wynika jednoznacznie, czy ww. porady psychologiczne będą

obejmowały pogadanki czy też w ich ramach prowadzony będzie dany rodzaj terapii (behawioralna, kognitywno-behawioralna), co należy uszczegółowić. Odnalezione rekomendacje/wytyczne kliniczne wskazują na istotną rolę wsparcia psychologicznego w procesie leczenia otyłości.

Ponadto w ramach programu zostanie przeprowadzona analiza zachowań żywieniowych, wprowadzane prawidłowe zachowania żywieniowe oraz dobierane odpowiednie diety. Dodatkowo w ramach spotkań z specjalistą aktywności fizycznej ustalany będzie optymalny wysiłek fizyczny (zgodnie z masą ciała i możliwościami dziecka) oraz grafik zwiększania intensywności i ilości wysiłku.

Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego z 2015 r. 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.

Warto podkreślić, że w programach z zakresu nadwagi i otyłości rekomendowana jest konieczność udziału interdyscyplinarnego zespołu specjalistów (m.in. World Health Organization, WHO 2010). Rekomendacje wskazują, że najlepszą formą profilaktyki otyłości są skoordynowane interwencje łączące zarówno porady dietetyczne, jak i aktywność fizyczną. Zgodnie z zaleceniami (NICE 2006) programy dotyczące osiągania 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. Przedmiotowy program uwzględni powyższe elementy.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja programu zostały zaplanowane w projekcie, jednakże wymagają one dopracowania.

Ocena zgłaszalności do programu będzie monitorowana w trakcie trwania programu oraz po jego zakończeniu na podstawie list uczestnictwa. Realizator programu zobowiązany będzie do składania raz w miesiącu sprawozdania z realizacji programu. Zaproponowane w tym zakresie wskaźniki pomiarowe są poprawne.

Natomiast ocena jakości świadczeń w programie wymaga uzupełnienia. W ramach analizy jakości świadczeń należy przeprowadzić wystandaryzowane ankiety satysfakcji wśród uczestników programu.

Ocena efektywności programu oparta będzie na ocenie poziomu frekwencji, liczbie wykrytych nieprawidłowości w populacji dzieci z klas I, liczbie dzieci, u których podjęto dalsze leczenie, liczbie dzieci, u których obniżono wskaźnik BMI, a także zmianie w poziomie wiedzy uczestników oraz zdobytych umiejętności w praktyce. Jednakże w projekcie nie zaplanowano monitorowania wskaźnika BMI w trakcie oraz po zakończeniu realizacji programu, co należy uwzględnić, aby prawidłowo ocenić efektywność programu. Warto zaznaczyć, że rekomendacje kliniczne zalecają wyliczenie BMI w momencie kwalifikacji do programu, na zakończenie oraz po 6 miesiącach i po 1 roku od zakończenia programu. Należy także zauważyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu. Należy ją przeprowadzić za pomocą odpowiednio dobranych wskaźników, o czym wspomniano w niniejszej opinii, w części dotyczącej celów i mierników efektywności.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis poszczególnych etapów programu.

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

W projekcie zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnej z uwzględnieniem poszczególnych uczestników programu – dzieci, rodziców/opiekunów prawnych i nauczycieli.

Zakończenie udziału w programie będzie możliwe na każdym jego etapie na podstawie pisemnej rezygnacji rodzica/opiekuna prawnego dziecka.

Całkowity koszt programu oszacowano na ok. 187 588 zł (ok. 63 840 zł w 2018 r., ok. 62 708 zł w 2019 r. oraz ok. 61 040 zł 2020 r.) W projekcie określono koszty jednostkowe z uwzględnieniem poszczególnych interwencji. Koszt uczestnictwa w I etapie programu oszacowano na 12 zł i obejmuje on koszt badania przesiewowego w kierunku otyłości i nadwagi (5 zł) oraz koszt działań informacyjno-edukacyjnych (7 zł). Z kolei średni koszt jednostkowy udziału jednego dziecka, u którego stwierdzono nadwagę lub otyłość w II etapie programu oszacowano na 500 zł. W ramach tej kwoty będą realizowane konsultacje specjalistyczne indywidualne i grupowe z lekarzem, psychologiem, dietetykiem oraz specjalistą aktywności fizycznej. Należy zauważyć, że nie uwzględniono kosztów zaplanowanych badań lekarskich wykluczających przeciwwskazania do wdrożenia planu zdrowotnego, co należy uzupełnić. W kosztorysie należy także wskazać kwotę przeznaczoną na przeprowadzenie monitorowania i ewaluacji programu.

Program ma być finansowany z budżetu miasta Będzin.

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.

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 ≥ 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 wewnątrzwydzielnicze. 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.

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).

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.

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).

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 pediatryczna. 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 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 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.24.2018 „Program profilaktyki otyłości i nadwagi wśród uczniów klas I szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie Miasta Będzina na lata 2018-2020” realizowany przez: miasto Będzin, Warszawa, marzec 2018 r. oraz Aneksu „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny”, z kwietnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 73/2018 z dnia 3 kwietnia 2018 roku o projekcie programu „Program profilaktyki otyłości i nadwagi wśród uczniów klas I szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie Miasta Będzina na lata 2018-2020”.