



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 122/2019 z dnia 23 sierpnia 2019r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program redukcji otyłości u osób dorosłych w województwie
kujawsko-pomorskim”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program redukcji otyłości u osób dorosłych w województwie kujawsko-pomorskim”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Działania mające na celu prewencję nadwagi i otyłości u dorosłych 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 jego realizacja była jak najwyższej jakości.

Zaproponowane w projekcie cele programowe wymagają doprecyzowania. Poprawy wymaga także kwestia dotycząca mierników efektywności.

Populacja docelowa została prawidłowo zdefiniowana.

Zaplanowane interwencje (działania edukacyjne, porady dietetyczne, zajęcia ruchowe, wsparcie psychologiczne) stanowią w założeniu kompleksowy program i są zgodne z wytycznymi klinicznymi w przedmiotowym zakresie. Należy jednak doprecyzować nieścisłości dotyczące liczby zaplanowanych konsultacji dietetycznych. Dodatkowo nie określono w jaki sposób i na podstawie jakich parametrów osoby będą kierowane do konkretnej grupy ćwiczeniowej, co należy uzupełnić.

Monitorowanie i ewaluacja programu zostały zaplanowane w projekcie, jednak w zakresie oceny efektywności programu wymagają uzupełnienia, zgodnie z uwagami poniżej.

Budżet należy uzupełnić w zakresie oszacowania kosztów przypadających na poszczególne lata realizacji programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości wśród osób dorosłych. Budżet programu wynosi 39 103 412 zł, a okres realizacji to lata 2020-2022.

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 2019 r. poz. 1373 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: „przeciwdziałanie występowaniu otyłości”, a także pośrednio „zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu” oraz „zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu cukrzycy”, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

W ramach opisu problemu zdrowotnego przedstawiono główne przyczyny występowania nadwagi i otyłości, a także powikłania związane z nadmierną masą ciała. Podkreślono również, że nadwaga oraz otyłość sprzyjają występowaniu chorób układu sercowo-naczyniowego oraz cukrzycy. Przedstawiono sytuację epidemiologiczną odnosząc się do danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), danych GUS, wyników badania WOBASZ I i II oraz Eurostatu. Nie odniesiono się do map potrzeb zdrowotnych (MPZ).

Zgodnie z informacjami zawartymi w MPZ w zakresie chorób metabolicznych, w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 0,93 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako otyłość, co stanowiło 9,70% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które zakwalifikowano do grupy choroby metaboliczne.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zmniejszenie otyłości u 50% uczestników programu objętych działaniami terapeutycznymi w okresie 12 miesięcy”. Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

W projekcie przedstawiono także 3 cele szczegółowe:

- (1) „50% uczestników programu w okresie 1 roku zwiększy wiedzę dotyczącą problemu jakim jest nadwaga i otyłość”;
- (2) „50% uczestników programu w okresie 1 roku poprawi jakość swojego życia”;
- (3) „50% uczestników programu zmieni swoje zachowania na prozdrowotne”.

Cele szczegółowe zostały sformułowane nieprawidłowo, w postaci hipotez. Należy podkreślić, że zwiększenie wiedzy dotyczącej problemu nadwagi i otyłości jest możliwe. Jednak w projekcie nie przedstawiono narzędzi, którymi możliwe byłoby zmierzenie stopnia uzyskanego efektu. W kontekście celu dotyczącego jakości życia również nie przedstawiono narzędzia pomiarowego. Cel 3 jest trudno mierzalny, ze względu na potencjalny wpływ innych czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę zachowań na prozdrowotne.

W projekcie określono 4 mierniki efektywności wraz z ich wartościami docelowymi. Wszystkie przedstawione mierniki odnoszą się do celów programu, jednak w kontekście pierwszego miernika nie wskazano, które wskaźniki związane z otyłością będą brane pod uwagę. Ze względu na brak narzędzi dot. pomiaru wiedzy (np. pre-test i post-test) oraz jakości życia, możliwość zastosowania drugiego i trzeciego miernika będzie ograniczona.

Populacja docelowa

Populację docelową stanowią aktywni zawodowo mieszkańcy województwa kujawsko-pomorskiego w wieku 20-64 lat, u których zdiagnozowano otyłość III stopnia. Zgodnie z treścią programu województwo zamieszkuje 1 318 685 osób w wieku adresatów programu, co pozostaje w zgodzie z danymi GUS.

Odsetek populacji kwalifikującej się do udziału w programie oszacowano na ok. 2%, co stanowi ok. 26 374 osób. Działania edukacyjne obejmą wszystkie osoby z populacji docelowej, natomiast w działaniach terapeutycznych uczestniczyć będzie 5 275 osób (20% populacji docelowej) W projekcie nie wskazano uzasadnienia dla przyjętego odsetka, co należy uzupełnić.

Kryterium kwalifikacji do programu będzie zamieszkiwanie na terenie województwa kujawsko-pomorskiego, wiek 20-64 lat, wskaźnik masy ciała (BMI – Body Mass Index) większy niż 40 kg/m² lub obwód talii u kobiety >88 cm, natomiast u mężczyzny >102 cm. Ponadto o uczestnictwie w programie będzie decydowała kolejność zgłoszeń. Określono także kryteria wykluczenia z udziału z programu.

Odnalezione wytyczne, które zalecają interwencje w kierunku zmniejszenia nadwagi/otyłości u osób dorosłych nie odnoszą się bezpośrednio do wieku populacji docelowej, a przede wszystkim do wartości BMI oraz obwodu talii. Wartości BMI i obwodu talii wskazane w projekcie znajdują odzwierciedlenie w wytycznych klinicznych (KLRP/PTMR/PTBO 2018, USPSTF 2018, NICE 2016, PTDiets 2015, EASO 2015, AHA/ACC/TOS 2013, NHMRC 2013, SIGN 2010, NCCPC/NICE 2006).

Interwencja

W ramach programu zaplanowano działania edukacyjne, konsultacje dietetyczne (porady indywidualne i grupowe), program zwiększenia aktywności fizycznej oraz wsparcie psychologiczne (terapia poznawczo-behawioralna).

Kwalifikacja do programu będzie obejmować 3 wizyty lekarskie, w tym 2 pierwsze będą przeprowadzone przez lekarza POZ:

- I wizyta - pomiar ciśnienia tętniczego krwi, masy ciała, obwodu talii, obliczenie BMI, pobranie krwi na badania (morfologia; lipidogram; kwas moczowy; glukoza; TSH; OGTT – u osób, u których wynik badania glukozy jest nieprawidłowy);
- II wizyta – obejmowała będzie ocenę badań biochemicznych krwi, wywiad dotyczący czynników socjodemograficznych, stanu zdrowia, historii żywienia i aktywności fizycznej, wywiad rodzinny w kierunku nadwagi, otyłości i chorób współistniejących;
- III wizyta (odbędzie się w przypadku, gdy nie zostaną stwierdzone żadne nieprawidłowości w 2 poprzednich wizytach) – obejmowała będzie wykonanie badania EKG. U pacjentów, u których lekarz stwierdzi wskazania przeprowadzony zostanie test wysiłkowy. Kwalifikacja do programu przeprowadzona zostanie przez lekarza kardiologa.

Zgodnie z rekomendacjami w ustalaniu założeń dietoterapii, 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 oraz ciśnienia tętniczego krwi (KLRP/PTMR/PTBO 2018, PTDiets 2015). U niektórych pacjentów niezbędne mogą być także wyniki badań dotyczących gospodarki hormonalnej np. oznaczenie TSH (KLRP/PTMR/PTBO 2018, PTDiets 2015) oraz morfologia krwi (PTDiets 2015). Ponadto przed wdrożeniem regularnych treningów powinno się przeprowadzić kwalifikację lekarską (przez kardiologa), obejmującą wykonanie spoczynkowego badania elektrokardiograficznego (EKG), testu wysiłkowego i pełnej oceny sprawności fizycznej u pacjentów z brakiem aktywności fizycznej w przeszłości, rozpoznanymi chorobami układu krążenia, dużym ryzykiem chorób układu krążenia, rozpoznaną cukrzycą (KLRP/PTMR/PTBO 2018).

W projekcie zaplanowano prowadzenie edukacji bezpośredniej i pośredniej. Edukacja bezpośrednia będzie realizowana poprzez rozmowę ze specjalistą (lekarzem, pielęgniarką, psychologiem, dietetykiem, fizjoterapeutą). Edukacja pośrednia będzie oparta o ulotki i filmy edukacyjne. Dodatkowo zaplanowano zamieszczenie materiałów edukacyjnych na stronach internetowych, w lokalnych mediach (spoty telewizyjne).

Zgodnie z zaleceniami NICE 2015 należy informować osoby z nadwagą i otyłością, że nawet niewielka zmiana w diecie, aktywności fizycznej może przynieść wymierne korzyści zdrowotne, np. zredukować ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2, nadciśnienia, udaru. Ponadto wytyczne NCCPC/NICE 2006 oraz VA/DoD 2006 sugerują, że pacjenci i ich rodziny/opiekunowie powinni być edukowani w zakresie: etiologii nadwagi i otyłości, możliwości leczenia, rokowań, długości i częstotliwości leczenia, oraz różnicy pomiędzy utratą wagi i utrzymywaniem zmniejszonej masy ciała (NICE 2015, NCCPC/NICE 2006, VA/DoD 2006).

W kolejnym etapie zaplanowano zarówno konsultacje dietetyczne indywidualne, jak i grupowe. Za prowadzenie konsultacji będzie odpowiedzialny dietetyk z 5-letnim doświadczeniem zawodowym. Należy jednak wskazać, że istnieją rozbieżności dotyczące liczby prowadzonych porad. W części programu odnoszącej się do interwencji wskazano, że będzie prowadzonych 6 wizyt indywidualnych i 6 grupowych w ciągu pierwszych 6 miesięcy terapii oraz kolejne 6 w ciągu kolejnych miesięcy. Natomiast w części dot. kosztów określono, że prowadzonych będzie 9 porad indywidualnych i 9 spotkań grupowych. Powyższe wymaga ujednoczenia.

Odnalezione wytyczne podkreślają, że celna strategia leczenia dietetycznego zakłada częste, indywidualne kontakty z pacjentem, w czasie nie krótszym niż 6 miesięcy (PTD 2015, AHA/ACC/TOS 2013). Przy czym wg zaleceń PTD 2015 optymalna liczba spotkań (indywidualnych/ grupowych/ niebezpośrednich) powinna wynosić przynajmniej 12 w ciągu pierwszych 6 miesięcy, oraz przynajmniej 6 w ciągu kolejnych 6 miesięcy leczenia, a spotkania kontrolne nie powinny być rzadsze niż raz w miesiącu. Należy zaznaczyć, że w rekomendacjach zwraca się także uwagę na konieczność uwzględniania samokontroli pacjenta w programach obejmujących interwencje mające na celu spadek masy ciała (NHMRC 2013).

W projekcie założono stworzenie 12-15-osobowych grup ćwiczeniowych, które będą realizowały program ćwiczeń o wyższej i niższej intensywności, w zależności od wydolności fizycznej uczestników. Nie określono jednak sposobu i parametrów, które będą decydowały o przydziale do konkretnej grupy ćwiczeniowej. Powyższe wymaga uzupełnienia.

Uczestnikom będą przekazywane również informacje dotyczące możliwości wykonywania ćwiczeń w warunkach domowych, tak aby aktywność fizyczna wykonywana była 5 razy w tygodniu, również po zakończeniu programu.

Zgodnie z wytycznymi wszystkie osoby z nadmierną masą ciała należy zachęcać do regularnych ćwiczeń fizycznych (NICE 2016, PTD 2015, EASO 2015, AHA/ACC/TOS 2013, NHMRC 2013). Jeśli nie występują przeciwwskazania, zaleca się od 150 do 420 minut lub więcej aktywności fizycznej w ciągu tygodnia (PTD 2015, EASO 2015, NHMRC 2013). Rekomendowane typy aktywności fizycznej obejmują: aktywności zintegrowane w codziennym życiu takie jak energiczny chód, ogrodnictwo, jazda na rowerze, nadzorowane programy ćwiczeń, ćwiczenia aerobowe połączone z ćwiczeniami oporowymi, inne aktywności np. pływanie, wchodzenie po schodach (NICE 2016).

W ramach programu prowadzona będzie również terapia poznawczo-behawioralna. Zaplanowano 6 spotkań godzinnych (dwa edukacyjne i cztery terapeutyczne) dla 6-8 osobowych grup.

Zgodnie z rekomendacjami interwencje behawioralne powinny obejmować założenie jasno określonych celów dietetycznych i dotyczących aktywności fizycznej (NICE 2016, PTDiety 2015, EASO 2015). W zaleceniach wskazuje się również, że należy uświadamiać osoby z nadwagą i otyłością o korzyściach płynących z redukcji masy ciała i wprowadzaniu zasad zdrowego stylu życia (NHMRC 2013, AHA/ACC/TOS 2013).

Zaplanowane interwencje (działania edukacyjne, porady dietetyczne, zajęcia ruchowe, wsparcie psychologiczne) stanowią w założeniu kompleksowy program. Podejście takie pozostaje w zgodzie z większością odnalezionych wytycznych, które zalecają łączenie strategii zmian stylu życia, tj. zwiększenia aktywności fizycznej, poprawy nawyków żywieniowych, jakości diety oraz redukcji przyjętej energii (NICE 2016, PTDiety 2015, EASO 2015, NHMRC 2013, AHA/ACC/TOS 2013). Ponadto rekomendacje wskazują na konieczność udziału wielodyscyplinarnego zespołu specjalistów w tego typu programach (CTFPHC 2015, EASO 2015, NICE 2015, IDF 2005), co zostało uwzględnione w ocenianym programie. Powszechnie zalecane jest również indywidualne podejście do pacjenta (NICE 2016, PTDiety 2015, EASO 2015, NHMRC 2013), co także zostało uwzględnione w projekcie programu.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja programu zostały zaplanowane w projekcie, niemniej jednak elementy programu wymagają uzupełnienia.

Ocena zgłaszalności została zaplanowana poprawnie.

W ramach oceny jakości świadczeń zaplanowano przeprowadzenie ankiety satysfakcji wśród uczestników programu. Osoby biorące udział w programie będą również miały możliwość zgłaszania pisemnych uwag., co jest prawidłowym działaniem.

Ewaluacja programu ma rozpocząć się po zakończeniu jego realizacji i będzie uwzględniała porównanie stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności. Zaplanowane wskaźniki ewaluacyjne mogą okazać się niewystarczające do przeprowadzenia kompleksowej oceny efektywności programu.

Warto podkreślić, iż rekomendacje dotyczące monitorowania i ewaluacji w zakresie przedmiotowego problemu zdrowotnego, wskazują, iż ten element programu powinien obejmować pomiary wagi, procentowe zmiany wagi, procent uczestników, u których zanotowano, co najmniej 3%, 5% spadek wagi, procent uczestników, którzy ukończyli program, wiek, płeć oraz status socjoekonomiczny (NICE 2016).

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Przedstawiono informacje nt. personelu, wyposażenia i warunków lokalowych względem realizatora. Zaplanowano także przeprowadzenie kampanii informacyjnej nt. programu.

W projekcie odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie, rezygnacja z uczestnictwa będzie możliwa na każdym etapie programu. Osoby z wykrytymi podczas realizacji programu nieprawidłowościami zostaną skierowane do lekarza POZ w celu dalszej opieki. U osób, u których nie uda się uzyskać redukcji masy ciała rozważona zostanie możliwość zastosowania leczenia uzdrowiskowego, a w szczególnych przypadkach leczenia operacyjnego (poza programem).

Koszt całkowity realizacji programu oszacowano na 39 103 412 zł. Koszty jednostkowe podzielono na koszt kwalifikacji do programu (2 931 000 zł), koszt leczenia dietetycznego (4 768 600 zł), koszt programu zwiększenia aktywności fizycznej (24 561 456 zł), koszt wsparcia psychologicznego (2 848 500 zł). W projekcie nie przedstawiono budżetu przypadającego na poszczególne lata trwania programu.

Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

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 z budżetu Państwa nie jest dostępny kompleksowy, interdyscyplinarny system leczenia nadwagi/otyłości u osób dorosłych.

Zaplanowane w projekcie badania diagnostyczne są dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych.

Ocena technologii medycznej

W toku przeprowadzonego wyszukiwania odnaleziono wytyczne następujących towarzystw naukowych i instytucji: ACC – American College of Cardiology; AHA – American Heart Association; CTFPHC – Canadian Task Force on Preventive Health Care; EASO – European Association for the Study of Obesity; ICSI – Institute for Clinical Systems Improvement; NAPNP – National Association of Paediatric Nurse Practitioners; NHMRC – National Health and Medical Research Council; NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence; OCDPS – Obesity Committee within The Danish Paediatric Society; PFP – Polskie Forum Prewencji; PTDiēt – Polskie Towarzystwo Dietetyczne; SIGN – Scottish Intercollegiate Guidelines Network; TOS – The Obesity Society; USPSTF – United States Preventive Service Task Force, ACE – American College of Endocrinology; PTDiēt – Polskie Towarzystwo Dietetyczne; CPSTF – Community Preventive Services Task Force.

Najważniejsze wnioski z odnalezionych wytycznych klinicznych dotyczą następujących kwestii:

- Pomiar BMI jest podstawowym narzędziem przesiewowym w kierunku nadwagi i otyłości (KLRP/PTMR/PTBO 2018, USPSTF 2018, NICE 2016, PTDiēt 2015, EASO 2015, NHMRC 2013, ICSI 2013, AHA/ACC/TOS 2013, SIGN 2010, NCCPC/NICE 2006).
- Nadwagę definiuje się jako BMI 25-29,9 natomiast otyłość ≥ 30 kg/m² (NICE 2016, AHA/ACC/TOS 2013).
- Leczenie osób dorosłych z rozpoznaną nadmierną masą ciała powinno być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta (NICE 2016, PTDiēt 2015, EASO 2015, NHMRC 2013).
- W ustalaniu założeń dietoterapii, 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 oraz ciśnienia tętniczego krwi (KLRP/PTMR/PTBO 2018, PTDiēt 2015). U niektórych pacjentów niezbędne mogą być także wyniki badań dotyczących gospodarki hormonalnej np. oznaczenie TSH (KLRP/PTMR/PTBO 2018, PTDiēt 2015) oraz morfologia krwi (PTDiēt 2015).
- Przed wdrożeniem regularnych treningów powinno się przeprowadzić kwalifikację lekarską (przez kardiologa), obejmującą wykonanie spoczynkowego badania elektrokardiograficznego (EKG), testu wysiłkowego i pełnej oceny sprawności fizycznej u pacjentów z brakiem aktywności fizycznej w przeszłości, rozpoznanymi chorobami układu krążenia, dużym ryzykiem chorób układu krążenia, rozpoznaną cukrzycą (KLRP/PTMR/PTBO 2018).
- Interwencje mające na celu redukcję masy ciała powinny być kompleksowe i powinny obejmować wprowadzenie odpowiedniej diety, aktywności fizycznej oraz zmian behawioralnych (NICE 2016, PTDiēt 2015, EASO 2015, NHMRC 2013, AHA/ACC/TOS 2013, USPSTF 2012).
- Kompleksowa opieka nad osobą otyłą powinna być prowadzona wyłącznie przez multidyscyplinarny zespół składający się co najmniej z dietetyka, psychologa oraz instruktora aktywności fizycznej (NICE 2016, PTDiēt 2015, EASO 2015, NHMRC 2013).
- Interwencje psychologiczne mogą wpłynąć na skuteczność programów mających na celu redukcję wagi (EASO 2015, NHMRC 2013).
- Programy obejmujące interwencje mające na celu spadek wagi, powinny uwzględniać samokontrolę pacjenta (cotygodniowy pomiar wagi) (NHMRC 2013).
- Interwencje behawioralne powinny obejmować założenie sobie jasno określonych celów dietetycznych i dot. aktywności fizycznej (NICE 2016, PTDiēt 2015, EASO 2015).
- Średni zalecany czas aktywności fizycznej to ok. 300 minut tygodniowo w przypadku wysiłku o średnim natężeniu lub 150 minut tygodniowo w przypadku zwiększonego wysiłku fizycznego

(PTDiet 2015, EASO 2015, NHMRC 2013, AHA/ACC/TOS 2013). NICE rekomenduje natomiast 60-90 minut dziennego wysiłku fizycznego (NICE 2016).

- U wszystkich pacjentów z nadmierną masą ciała należy przeprowadzić szczegółowy wywiad obejmujący co najmniej informacje dotyczące czynników socio-demograficznych, stanu zdrowia, historii żywienia i aktywności fizycznej (PTDiet 2015, EASO 2015).
- Należy uświadamiać osoby z nadwagą i otyłością o korzyściach płynących z redukcji masy ciała i wprowadzaniu zasad zdrowego stylu życia (NHMRC 2013, AHA/ACC/TOS 2013).
- W ustalaniu założeń dietoterapii, szczególnie u pacjentów powikłanych, 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 (PTDiet 2015).

Wnioski z przeprowadzonej analizy skuteczności klinicznej/bezpieczeństwa:

- Najbardziej skuteczne są multikomponentowe interwencje obejmujące dietę w połączeniu z aktywnością fizyczną. Interwencje złożone z większej ilości komponentów są bardziej efektywne niż te mniej złożone (Loveman 2011, Dombrowski 2010, Brown 2009, Lombard 2009, Lemmens 2008, Curioni 2005).
- Terapia behawioralna w połączeniu z dietą i ćwiczeniami w porównaniu z dietą i ćwiczeniami samodzielnie skutkowała większą redukcją wagi (Shaw 2005).
- Dieta z ćwiczeniami lub/z terapią behawioralną wykazała znaczącą redukcję nadciśnienia i zmniejszenie ryzyka zespołu metabolicznego oraz cukrzycy w porównaniu do grupy kontrolnej. Interwencje polegające na zmianie stylu życia także doprowadziły do znaczącej poprawy wagi, redukcji nadciśnienia, zmniejszenia ryzyka zespołu metabolicznego oraz cukrzycy (Brown 2009).
- Utratę wagi obserwowaną po 2-3 latach skutkowała znaczącą pozytywną zmianą w profilu lipidowym, w tym cholesterolu (obniżenie o 1,3% na 1 utracony kg masy ciała) oraz trójglicerydy (obniżenie o 1,6% na 1 utracony kg masy ciała) (Aucott 2011).
- Interwencje behawioralno-motywacyjne zwiększają pewność siebie beneficjentów, pragnienie kontroli wagi, lepszą samoocenę oraz zwiększoną satysfakcję z własnego wyglądu (Poobalan 2010).
- W jednym z przeglądów wskazuje się na kilka negatywnych skutków prewencyjnych programów przeciwko otyłości – niedowagę, anoreksję, niewłaściwą percepcję własnej wagi oraz obniżoną pewność siebie (Flodmark 2006).
- Nieliczne dostępne dane na temat efektywności kosztowej wskazują na potencjalną efektywność kosztową programów profilaktyki otyłości (Loveman 2011).

Zgodnie z uwagami ekspertów klinicznych:

- Programy dotyczące edukacji z zakresu zdrowego odżywiania oraz profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości powinny być realizowane przez jst ze względu na bliski kontakt z pacjentami oraz znajomość potrzeb społeczności lokalnej.
- Programy profilaktyki powinny obejmować zarówno populację zdrową (profilaktyka pierwotna), jak i populację cierpiącą na nadwagę i otyłość (populacja wtórna).
- Jedną z głównych metod leczenia nadwagi i otyłości jest odpowiednia dieta i zwiększona aktywność fizyczna.

- W programach powinny być uwzględnione psychologiczne metody oddziaływania, m. in. pomoc w przezwyciężaniu barier stojących na drodze do zmiany, pomoc w precyzowaniu własnych celów zdrowotnych. Programy powinny być projektowane przy współudziale psychologów zdrowia.

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 2019 r., poz. 1373, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.93.2019 „Program redukcji otyłości u osób dorosłych w województwie kujawsko-pomorskim” realizowany przez: Województwo kujawsko-pomorskie, Warszawa, sierpień 2019 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny”, z kwietnia 2016. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 265/2019 z dnia 19 sierpnia 2019 roku o projekcie programu „Program redukcji otyłości u osób dorosłych w województwie kujawsko-pomorskim”.