



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 9/2024 z dnia 8 lutego 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program profilaktyki otyłości wśród dorosłej populacji mieszkańców
województwa lubelskiego na lata 2023-2028”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki otyłości wśród dorosłej populacji mieszkańców województwa lubelskiego na lata 2023-2028”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Zaplanowane interwencje obejmują działania edukacyjne, badania przesiewowe i konsultacje ze specjalistami oraz określono je zgodnie z wytycznymi, co wzięto pod uwagę przy wydaniu pozytywnej opinii.

Nadwaga i otyłość są jednymi z głównych czynników ryzyka rozwinięcia się chorób przewlekłych oraz wpływają na funkcjonowanie fizyczne, psychiczne i społeczne człowieka. Osoba z otyłością może mieć zaniżoną samoocenę, czuć się odosobniona czy stygmatyzowana przez otoczenie.

Opiniowany dokument zawiera uchybienia, które rzutują na jego jakość, więc ich skorygowanie jest niezbędne, aby program został pozytywnie oceniony i aby można było zrealizować go z zachowaniem wysokiej jakości. W związku z tym należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności uzupełnić uzasadnienie dla wskazanych wartości docelowych w celu głównym oraz celach szczegółowych. Dodatkowo cele szczegółowe oraz mierniki efektywności wymagają doprecyzowania i poprawy. Należy również oszacować koszty monitorowania i ewaluacji projektu.

Należy mieć także na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powieślały u danego pacjenta świadczeń finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Wymienione w programie badania diagnostyczne (oznaczanie glikemii na czczo, doustny test obciążenia glukozą, oraz badanie hemoglobiny glikowanej) znajdują się bowiem w wykazie świadczeń gwarantowanych. W celu uniknięcia ww. ryzyka, planowane i podejmowane działania eliminujące ww. ryzyko powinny być należycie opisane w projekcie.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący nadwagi i otyłości wśród dorosłej populacji województwa lubelskiego ze stwierdzoną nadwagą (ok. 500 osób rocznie co stanowi 0,03% populacji województwa). Całkowity koszt programu oszacowano na 1 000 000 zł (200 000 zł rocznie), zaś okres realizacji obejmuje lata 2023-2028.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 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

Oceniany projekt programu dotyczy istotnego problemu zdrowotnego jakim są choroby cywilizacyjne. W dokumencie szczególną uwagę zwrócono na jednostki chorobowe takie jak nadwaga i otyłość. W treści projektu programu przedstawiono definicję nadwagi i otyłości, sposoby rozpoznania oraz wskaźniki pozwalające określić stopień i typ otyłości. Następnie odniesiono się do czynników sprzyjających nadwadze i otyłości oraz powikłań związanych z tymi schorzeniami.

W treści projektu przedstawiono światowe, ogólnopolskie oraz regionalne dane epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym. Przystawiono m.in. dane pochodzące z badania zrealizowanego przez Europejski Urząd Statystyczny (Eurostat), które wykazało, że w 2019 r. 52,7% dorosłej populacji UE miało nadwagę, natomiast wśród tych osób 17% chorowało na otyłość.

W projekcie powołując się na dane GUS wskazano również, że w 2019 r. w województwie lubelskim „odsetek osób otyłych w wieku powyżej 15 roku życia wynosi 20,3% i jest jednym z najwyższych w kraju, natomiast odsetek osób z nadwagą wynosi 37,3%. Należy przyjąć, że ok. 57,6% mieszkańców województwa ma problemy z nadmierną masą ciała”.

Zgodnie z informacjami zawartymi w Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 w przypadku województwa lubelskiego „analiza struktury problemów zdrowotnych wg wskaźnika DALY wykazała, że największy, 84% udział w sumarycznej wartości wskaźnika przypadają chorobom niezakaźnym (...)”. Ponadto województwo lubelskie w 2019 r. znalazło się na szóstym miejscu wśród wszystkich województw pod względem wpływu ryzyka żywieniowego na DALY (4,0/100 tys. ludności) oraz na trzecim miejscu (6 110 osób) wśród wszystkich województw pod względem liczby osób objętych programem z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „*zmniejszenie masy ciała średnio o 5% w stosunku do masy wyjściowej wśród dorosłej populacji województwa lubelskiego ze stwierdzoną nadwagą, poprzez przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej wśród uczestników programu w latach 2023-2028*”. Należy podkreślić, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie określony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Cel główny został sformułowany prawidłowo. Nie wskazano uzasadnienia dla podanej wartości docelowej, co należy uzupełnić.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) „*zmniejszenie BMI lub obwodu talii u 80% uczestników w każdym roku trwania programu*”,
- (2) „*zwiększenie poziomu wiedzy i świadomości u co najmniej 80% uczestników programu w zakresie nadwagi i otyłości, w tym systemu prawidłowego żywienia, aktywnych form spędzania wolnego czasu oraz ich wpływu na zdrowie poprzez ukierunkowaną edukację i działania prozdrowotne w każdym roku trwania programu*”,
- (3) „*wzrost samooceny i motywacji u 80% uczestników programu w zakresie ograniczenia nadwagi*”,
- (4) „*wzrost regularnej aktywności fizycznej wśród uczestników programu w trakcie jego realizacji*”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego.

Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej.

Przedstawione założenia w większości wydają się możliwe do realizacji za pomocą zaplanowanych w projekcie działań. Należy jednak zaznaczyć, że cele szczegółowe 1-3 składają się z dwóch odrębnych założeń (tj. zmniejszenie BMI lub obwodu talii (cel 1), zwiększenie poziomu wiedzy i świadomości (cel 2), wzrost samooceny i motywacji (cel 3)), a także nie zawierają uzasadnienia dla podanych wartości docelowych, co należy uzupełnić.

W projekcie programu zaplanowano pomiar wzrostu wiedzy uczestników PPZ za pomocą przeprowadzania pre- i post-testów, co jest działaniem zasadnym. Wnioskodawca nie oszacował jednak poziomu zdawalności testu, a więc nie jest jasne, jaki jego wynik będzie uznawany za istotną poprawę poziomu wiedzy uczestnika programu. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy (np. min. 75% poprawnych odpowiedzi). Przedstawione w celu szczegółowym nr 2 założenie dot. poprawy świadomości jest w istocie niemierzalne.

W przypadku celu szczegółowego nr 3 należy zaznaczyć, że zarówno zmiany w zakresie motywacji jak i samooceny uczestników PPZ powinny zostać zmierzone dwukrotnie (w formie pre- i post-testu) za pomocą narzędzi służących do pomiaru tych zmiennych (np. do pomiaru samooceny przy wykorzystaniu skali SES Rosenberga). Cel szczegółowy nr 4 dot. wzrostu regularnej aktywności fizycznej, nie zawiera podanej wartości docelowej, nie jest zatem jasne jaka zmiana w obszarze aktywności fizycznej uznana zostanie za satysfakcjonującą.

W projekcie programu określono następujące mierniki efektywności:

- (1) „liczba uczestników programu przebadanych w zakresie nadwagi”,
- (2) „liczba uczestników programu objętych usługami zdrowotnymi”,
- (3) „liczba uczestników programu, u których nastąpiło obniżenie masy o co najmniej 5% w wyniku realizacji działań programu”,
- (4) „liczba uczestników programu, u których nastąpiło zmniejszenie obwodu talii w wyniku realizacji działań programu”,
- (5) „liczba osób, u których nastąpiła poprawa wyników badań (badań laboratoryjnych, tętno spoczynkowe)”,
- (6) „liczba osób, u których nastąpiła poprawa wydolności (pomiar pre/post na cykloergometrze)”,
- (7) „liczba uczestników programu, u których nastąpiło zwiększenie poziomu wiedzy i świadomości w zakresie nadwagi i otyłości, w tym systemu prawidłowego żywienia oraz aktywnych form spędzania wolnego czasu oraz ich wpływu na zdrowie poprzez ukierunkowaną edukację i działania prozdrowotne”,
- (8) „liczba uczestników programu, u których zwiększył się poziom samooceny i motywacji w zakresie ograniczenia nadwagi”,
- (9) „liczba uczestników programu, które podjęły regularną aktywność fizyczną w trakcie realizacji programu”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, a ich wartości powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej oraz po zakończeniu realizacji.

Element projektu dotyczący mierników efektywności wymaga korekty. Wskaźniki nr 1 i 2 nie spełniają funkcji mierników efektywności, natomiast mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania. Miernik nr 3 odnosi się do celu głównego. Wskaźniki nr 4, 5, 6, 7, 8 nie odnoszą się do celów programu, natomiast mogą zostać wykorzystane podczas procesu ewaluacji. Miernik nr 9 odnosi się do celu szczegółowego nr 4.

Populacja docelowa

Populację docelową programu będą stanowić mieszkańcy województwa lubelskiego w wieku 18-74 lat, u których stwierdzono nadwagę (wskaźnik BMI 25,0-29,9 kg/m²). Podkreślono, że zgodnie z danymi GUS w 2022 r. województwo lubelskie zamieszkiwało 2 030 509 mieszkańców, w tym 983 161 mężczyzn i 1 047 348 kobiet.

W projekcie wskazano, że programem zostanie objętych 100 osób rocznie (500 w przeciągu trwania całego programu). Podkreślono jednocześnie, że względu na ograniczenia budżetowe i pilotażowy charakter zadania, dokładna liczba osób objętych wsparciem przewidzianymi w ramach programu będzie uwarunkowana od możliwości finansowych samorządu.

Kryteriami włączenia do programu są: zamieszkiwanie na terenie województwa lubelskiego, wiek 18-74 lata oraz stwierdzona nadwaga na podstawie wskaźnika BMI w przedziale 25,0-29,9 kg/m².

Kryteria wyłączenia stanowią: wiek nieobjęty programem; brak zamieszkania na terenie województwa lubelskiego; ciężkie, nie poddające się leczeniu nadciśnienie tętnicze; ciężka niewydolność krążenia; niedoczynność lub nadczynność tarczycy niewyrównana; choroba/zespół Cushinga; zaburzenia psychiatryczne; ciężka niewydolność wątroby; ciężka niewydolność nerek; przewlekła sterydoterapia doustna; ostre stany chorobowe związane z narządami ruchu; choroba onkologiczna w trakcie leczenia; glikemia przygodna, na czczo powyżej 300 mg/dl.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano kampanię informacyjno-edukacyjną, kwalifikację do programu (wstępne badanie pielęgniarstwa oraz konsultację lekarską), badania laboratoryjne, konsultacje dietetyczne, konsultacje psychologiczne, wsparcie w zakresie aktywności fizycznej, a także końcowe badanie pielęgniarstwa i konsultację lekarską wraz z oceną wyników badań kończące udział w programie.

Kwalifikacja osób do programu – badanie pielęgniarstwa

Kwalifikacje do programu polityki zdrowotnej przeprowadzi pielęgniarka. Podczas badania wydane zostanie skierowanie na badania laboratoryjne oraz wypełniony będzie test wiedzy przez uczestników. Ponadto wykonane będą: pomiar ciśnienia tętniczego krwi; pomiar częstości akcji serca; pomiary na analizatorze składu ciała (posiadający certyfikat medyczny i spełniający normy wymagane do wykorzystywania urządzenia w jednostkach medycznych); pomiary masy ciała, wzrostu i obwodów tj. pasa i bioder; obliczenie wskaźników BMI i WHR; obliczenie podstawowej przemiany materii; pomiar wydolności na cykloergometrze posiadającym certyfikat medyczny i spełniającego normy wymagane do wykorzystywania urządzenia w jednostkach medycznych. Należy mieć na względzie, aby zlecone badania laboratoryjne nie powielały się z tymi, które są dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych. Pacjenci otrzymają również „Dzienniczek samokontroli” w którym będzie należało zapisywać spożywane posiłki. Podczas konsultacji pielęgniarstwa uczestnik zostanie także umówiony na wizytę do lekarza.

Kwalifikacja osób do programu – konsultacja lekarska

W trakcie wizyty kwalifikującej lekarz przeprowadzi badanie podmiotowe i przedmiotowe, a także oceni wyniki badań laboratoryjnych i pomiarów pielęgniarских oraz w przypadku braku przeciwwskazań zakwalifikuje pacjenta do programu. Podkreślono także, że lekarz kwalifikujący do udziału w programie może poprosić pacjenta o dostarczenie zaświadczenia od lekarza pierwszego kontaktu o braku przeciwwskazań do udziału w programie.

Konsultacje dietetyczne

W ramach projektu programu zaplanowano 5 spotkań z dietetykiem: 1 spotkanie grupowe edukacyjne trwające 60 min. oraz 4 spotkania indywidualne mające na celu ustalenie i korektę jadłospisu.

W ramach spotkań grupowych edukacyjnych przekazane zostaną ogólne informacje dotyczące diety. Podkreślono, że pierwsze spotkanie indywidualne z dietetykiem obejmie zebranie wywiadu dotyczącego diety oraz zapoznanie się z wynikami badań i pomiarów, a także ustalenie celów leczenia otyłości.

Konsultacje psychologiczne

W ramach projektu programu zaplanowano 3 spotkania z psychologiem: 1 spotkanie grupowe psychoedukacyjne (w oparciu o strategię poznawczo-behawioralną), trwające 60 min. oraz 2 spotkania indywidualne.

Podkreślono, że spotkania indywidualne z psychologiem przeznaczone zostaną w szczególności osobom zmagającym się z depresją, niską samooceną, zaburzeniami odżywiania, zaburzeniami lękowymi, zaburzeniami osobowości, zaburzeniami adaptacyjnymi wywołanymi kryzysem życiowym lub traumą. Wskazano, że poruszana tematyka uzależniona będzie od indywidualnych potrzeb uczestników, obejmie zaburzenia odżywiania oraz wsparcie motywacyjne.

Wsparcie w zakresie aktywności fizycznej

W dokumencie wskazano, że w ramach wsparcia dotyczącego aktywności fizycznej przeprowadzone zostanie spotkanie grupowe z fizjoterapeutą, trwające 90 min. W treści programu przewidziano refundację zajęć sportowych, w wysokości 100 zł miesięcznie przez 4 miesiące (8 treningów 60-cio minutowych miesięcznie). Zaznaczono także, że każdy z uczestników programu zobowiązany będzie do potwierdzania aktywności w „Dzienniczku samokontroli”.

Końcowe badanie pielęgniarские

Pacjent zostanie umówiony na końcowe badanie pielęgniarские w ostatnim tygodniu trwania programu lub w tygodniu po jego zakończeniu, w dogodnym, wybranym przez niego terminie. Zostaną wówczas wykonane między innymi powtórne pomiary składu ciała oraz zostanie uzupełniony końcowy test wiedzy i ankieta satysfakcji. Uczestnik zostanie również umówiony na końcową konsultację lekarską.

Końcowa konsultacja lekarska

W treści projektu programu zaznaczono, że lekarz w trakcie wizyty przeprowadzi badanie podmiotowe i przedmiotowe, a także oceni wyniki badań i pomiarów oraz dokona porównania parametrów wyjściowych i końcowych uzyskanych przez uczestnika programu. Analiza rezultatów udziału w programie zostanie przedstawiona pacjentowi. Podkreślono także, że wizyta ta ma na celu porównanie stanu zdrowia pacjenta w zakresie wyników badań biochemicznych i ogólnej kondycji fizycznej, a także poddanie ocenie wpływu interwencji zrealizowanych w programie na zdrowie uczestnika.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja natomiast jest analizą danych uzyskanych w programie, realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu obejmie: „*analizę liczby uczestników programu, którzy zostali zakwalifikowani do etapu usług zdrowotnych, tj. przeszły kwalifikacyjną konsultację lekarską*”; „*liczby uczestników programu, którzy nie zostali objęci działaniami programu z powodów zdrowotnych lub innych powodów*” oraz „*liczby uczestników programu, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego trwania z podaniem przyczyn*”. Wskazano także, że ocena zgłaszalności będzie monitorowana również na podstawie list uczestnictwa weryfikujących realizację działań na każdym etapie programu.

W ramach oceny jakości świadczeń realizowanych w ramach programu zaplanowano przeprowadzenie ankiety satysfakcji uczestników. Zaznaczono, że możliwe będzie pisemne zgłaszanie uwag przez uczestników. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie budzi wątpliwości.

Ewaluacja ma rozpocząć się po zakończeniu realizacji programu, gdzie skuteczność zostanie oceniona na podstawie obserwacji oraz gromadzonych danych. Należy jednak zaznaczyć, że w tej części projektu nie przedstawiono żadnych wskaźników mających zastosowanie w procesie ewaluacji. W punkcie dotyczącym mierników efektywności zaplanowano jednak wskaźniki, które mogą zostać wykorzystane w procesie ewaluacji, np. „*liczba uczestników programu, u których nastąpiło zmniejszenie obwodu talii w wyniku realizacji działań programu*”.

Ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

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

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury otwartego konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

Akcja informacyjno-edukacyjna prowadzona będzie za pomocą zróżnicowanych kanałów komunikacyjnych w celu dotarcia do szerokiego grona odbiorców. Wykorzystane zostaną różne narzędzia komunikacji takie jak ulotki, plakaty, Internet, ogłoszenia w lokalnych mediach, na terenie placówki realizującej program, w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, zaproszenia do miejsc pracy, a także informowanie o programie podczas szkoleń i konferencji.

Całkowity budżet programu oszacowano na 1 000 000 zł (200 000 zł rocznie).

Należy jednak zaznaczyć, że budżet programu został zaplanowany na lata 2024-2028, co nie znajduje odzwierciedlenia zarówno w tytule jak i w zakresie zaplanowanych działań. Powyższa kwestia wymaga ujednolicenia.

Program ma zostać sfinansowany z budżetu Samorządu Województwa Lubelskiego.

W projekcie nie zostały przedstawione koszty monitorowania i ewaluacji, co należy uzupełnić.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Według WHO nadwaga i otyłość są definiowane jako nieprawidłowa lub nadmierna akumulacja tłuszczu, która stanowi zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Jest to przewlekła choroba metaboliczna wynikająca z zaburzeń homeostazy energii. Otyłość występuje u osób dorosłych, u których wskaźnik BMI jest równy lub przekracza 30 kg/m².

Nadwaga i otyłość są głównymi czynnikami ryzyka dla wielu chorób przewlekłych i według ekspertów niosą za sobą szereg negatywnych konsekwencji dla funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego otyłego człowieka. Otyłość ma wpływ na samoocenę pacjenta, odczuwanie poczucia winy i bezradności, depresji, nadużywania alkoholu, leków lub narkotyków.

Alternatywne świadczenia

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

Ocena technologii medycznej

Najważniejsze wnioski z odnalezionych wytycznych klinicznych

- 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 (PTDiēt 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 socjo-demograficznych, stanu zdrowia, historii żywienia i aktywności fizycznej (PTDiēt 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).

Dieta

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

Zalecenia dietetyczne powinny obejmować: spożywanie 5 posiłków dziennie, spożywanie odpowiedniego śniadania, unikanie podjadania między posiłkami, unikanie produktów wysokoenergetycznych i o niskiej wartości odżywczej (słodzone lub energetyzujące napoje, soki owocowe, produkty typu fast food, wysokoenergetyczne przekąski), zwiększenie spożycia owoców, warzyw i produktów bogatych w błonnik, spożywanie mniejszych porcji.

Oczekiwane efekty

Rekomenduje się wyliczenie odchylenia standardowego BMI w celu oszacowania utraty wagi. Zmniejszenie odchylenia standardowego BMI (BMI-SDS) jest najlepszym wskaźnikiem wielkości utraty wagi, biorąc pod uwagę wiek i płeć pacjenta. Zmniejszenie $>0,5$, ale nawet $>0,25$ (zgodnie z redukcją BMI 1 kg/m^2 lub stabilną wagą przez ponad 1 rok u rosnącego dziecka) wiąże się z poprawą składu ciała i zmniejszeniem ryzyka sercowo-metabolicznego (na podstawie 1 badania obserwacyjnego) (ISPED, ISP 2018).

Inne wskaźniki behawioralne (związane z dietą, stylem życia, sprawnością fizyczną lub jakością życia) mogą być brane pod uwagę, jeśli nie występuje istotne zmniejszenie BMI-SDS (ISPED, ISP 2018).

Zgodnie z wytycznymi KLRP/PTMR/PTBO 2018, u pacjentów z rozpoznaniem nadwagi lub otyłości i cukrzycy typu 2 powinno się zastosować leczenie zmieniające styl życia, którego celem jest zmniejszenie masy ciała o 5-15% (albo o tyle, ile to konieczne do zmniejszenia odsetka HbA1c). Leczenie to powinno polegać na zastosowaniu diety o obniżonej energetyczności i zwiększeniu aktywności fizycznej. Utrata masy ciała o 5-15% w ciągu 6 miesięcy jest realistyczna i przynosi udowodnione korzyści zdrowotne (EASO 2015). Ww. redukcja masy ciała zmniejsza ryzyko rozwoju powikłań otyłości lub polepsza ich przebieg, a także redukuje ryzyko sercowo-naczyniowe (KLRP/PTMR/PTBO 2018, EASO 2015). Utrata masy ciała $\geq 20\%$ może być celem w przypadku występowania większej nadwagi (BMI $\geq 35 \text{ kg/m}^2$) (EASO 2015). Po osiągnięciu celów związanych z utratą wagi, kluczowe jest zapobieganie ponownemu przybraniu na wadze, co wymaga utrzymania zachowań żywieniowych oraz zachowań związanych z aktywnością fizyczną, a także samokontroli.

Z tego względu rekomenduje się zapewnienie wsparcia wszystkim pacjentom, którzy osiągnęli swoje cele związane z utratą masy ciała (VA/DoD 2020).

Podsumowanie opinii ekspertów

Programy dotyczące edukacji z zakresu zdrowego odżywiania oraz profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości powinny być realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego 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.

ZASTĘPCA PREZESA

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT. 431.95.2023 „Program profilaktyki otyłości wśród dorosłej populacji mieszkańców województwa lubelskiego na lata 2023-2028” realizowany przez: Województwo Lubelskie oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 13/2024 z dnia 5 lutego 2024 roku o projekcie programu „Program profilaktyki otyłości wśród dorosłej populacji mieszkańców województwa lubelskiego na lata 2023-2028”.