



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 62/2017 z dnia 17 marca 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Zapobieganie
nadwadze i otyłości wśród mieszkańców województwa
małopolskiego”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Zapobieganie nadwadze i otyłości wśród mieszkańców województwa małopolskiego” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej obejmuje istotny z punktu widzenia chorób cywilizacyjnych problem zdrowotny. W dużej części stanowić on może uzupełnienie świadczeń gwarantowanych. Należy jednak zaznaczyć, że niektóre elementy programu wymagają doprecyzowania lub poprawy.

W projekcie brakuje uzasadnienia dla wybranego regionu, w którym realizowany ma być program. Cel główny powinien zostać przeformułowany, gdyż w obecnym kształcie jest niemożliwy do osiągnięcia. Mierniki efektywności należy uzupełnić o mierniki umożliwiające ocenę poziomu wiedzy na temat odżywiania.

W zakresie populacji docelowej należy doprecyzować liczbę potencjalnych uczestników. Warto także rozważyć zawężenie populacji docelowej jedynie do osób otyłych, gdyż może to pozwolić na objęcie programem większej liczby osób z grupy najbardziej narażonej na choroby wynikające z nieprawidłowej masy ciała.

Zaplanowane interwencje są zgodne z rekomendacjami i wytycznymi. Sugeruje się jednak modyfikacje części kwalifikującej do programu ze względu na szeroki katalog możliwych do wykonania badań. Zasadne jest włączanie do programu uczestników, którzy posiadają zaświadczenie o braku przeciwwskazań do wykonywania ćwiczeń i wdrożenia diety. Innym rozwiązaniem jest ustalenie optymalnego zakresu badań jakie powinny zostać wykonane u każdego uczestnika. Działania takie pozwolą na ujednoczenie ścieżki postępowania u każdego uczestnika oraz zaoszczędzenie części środków, które przeznaczyć można na zasadniczą część programu. Działania z zakresu redukcji masy ciała nie budzą zastrzeżeń i zostały opisane poprawnie.

Monitorowanie i ewaluację zaplanowano prawidłowo.

Budżet wymaga doprecyzowania pod kątem poszczególnych składowych, które nie zostały wymienione w pozostałych częściach projektu. Ponadto nie wszystkie koszty powinny być przedstawione w przeliczeniu na jednego uczestnika, co szczegółowo opisano w dalszej części opinii.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu nadwagi i otyłości. Budżet programu wynosi 240 000 PLN, zaś okres jego realizacji to rok 2017: I etap pilotażu programu obejmujący subregion podhalański; II etap programu obejmujący pozostałe subregiony



województwa małopolskiego kontynuowany będzie w kolejnych latach, począwszy od roku 2018 według możliwości dysponowania wolnymi środkami finansowymi w budżecie województwa

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 zawarte w rozporządzeniu MZ z dn. 21 sierpnia 2009 r. ws. priorytetów zdrowotnych (Dz.U.2009 nr 137 poz.1126), mianowicie: „zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu” oraz „przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy”. Opiniowany projekt programu ma charakter pilotażowy obejmujący w pierwszej kolejności subregion podhalański (tj. powiat suski, tatrzański i nowotarski). Problem zdrowotny został opisany poprawnie.

Opisano również dane epidemiologiczne na podstawie danych z Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w odniesieniu do kodów ICD 10. Przytaczane dane epidemiologiczne wskazują, że największa liczba osób z otyłością oraz z cukrzycą była w regionie krakowski obszar metropolitalny, z kolei najmniejsza w regionie podhalańskim. Przytaczane dane nie zostały zestawione z ogólną liczbą mieszkańców poszczególnych regionów.

Projekt nie zawiera pełnego uzasadnienia, dlatego zdecydowano się objąć programem akurat subregion podhalański. Zauważono jedynie, że z uwagi na realizację I etapu czyli pilotażu programu, wzięto pod uwagę subregion podhalański obejmujący zasięgiem 3 powiaty: suski, nowotarski i tatrzański. Ewentualna realizacja programu w latach kolejnych pozwoli na objęcie docelowo mieszkańców całego województwa. Opisane powyżej kwestie wymagają uzupełnienia.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest poprawa stanu zdrowia mieszkańców subregionu podhalańskiego poprzez redukcję masy ciała u osób z nadwagą i otyłością, a przez to zapobieganie chorobom przewlekłym. Sformułowany cel ma charakter bardzo ogólny i wymaga przeformułowania. W rocznym horyzoncie czasowym możliwa jest redukcja masy ciała u osób z nadwagą i otyłością, jednak niemożliwe do zaobserwowania będzie czy redukcja masy ciała istotnie wpłynęła na poprawę stanu zdrowia. Ponadto działania programu skierowane są do niewielkiego odsetka całej populacji – z związku z czym cel powinien być ograniczony jedynie do populacji włączonej do programu. Dodatkowo w projekcie wskazano 5 celów szczegółowych. Cele te są mierzalne oraz osiągalne i korelują z głównym założeniem.

Mierniki efektywności zostały dobrane w sposób prawidłowy. Brakuje jedynie mierników odnoszących się do zmiany poziomu wiedzy na temat odżywiania wśród uczestników programu.

Populacja docelowa

Działania programu skierowane są do osób w wieku 18 – 60 r.ż. w przypadku kobiet oraz 18-55 r. ż w przypadku mężczyzn. W różnych miejscach projektu pojawiają się odmienne dane dotyczące populacji jaka zostanie włączona do program (150 osób vs. 120 osób w I etapie). Na podstawie budżetu nie można jednoznacznie określić ile osób faktycznie będzie poddane działaniom programu. Kwestia ta wymaga zatem doprecyzowania.

Biorąc pod uwagę dostępne dane GUS za 2015 rok odnoszące się jedynie do osób w wieku 20 - 59 (brak danych dla pojedynczych roczników) łączna liczba osób z 3 powiatów, jakie będą objęte działaniami programu wynosiła w 2015 roku 195 700 osób (96 804 kobiet oraz 98 896 mężczyzn), zaś nadwaga (BMI od 25 do 29,99) występowała u 48,9% mężczyzn oraz u 29,1% kobiet. Przeprowadzając bardzo ogólne obliczenia w oparciu o ww. dane zauważyć należy, że problem nadwagi i otyłości dotyczyć może ok. 10 8052 osób. Zakładając, że działaniami programu objętych zostanie ok. 120 osób

– stanowić to będzie jedynie ok. 0,111% osób możliwych do włączenia. Wdrożenie działań w tak niewielkim odsetku populacji nie pozwoli na osiągnięcie efektu zdrowotnego zauważalnego w skali społeczności subregionu podhalańskiego. Tym samym efekt populacyjny nie zostanie osiągnięty a na programie będą mogli skorzystać wyłącznie pojedynczy uczestnicy, którzy w sposób kompleksowy poddani zostaną działaniom programu. Zauważyć jednak należy, że opiniowany projekt ma charakter pilotażowy.

Ze względu na rozbieżności w zakresie wieku ww. oszacowania charakteryzuje ograniczeniami i mogą nie odpowiadać w pełni rzeczywistej sytuacji w regionie. Ponadto w projekcie wykluczono z udziału osoby ze wskaźnikiem BMI > 45 – a dostępne dane GUS w przypadku otyłości dotyczyły wskaźnika BMI > 30 bez żadnego górnego ograniczenia. Warto ponownie przeanalizować kryteria włączenia do programu i rozważyć skierowanie działań do populacji z najwyższym wskaźnikiem BMI. Zauważyć należy, że osoby z wskaźnikiem BMI w przedziale 25-30 kg/m² (bez dodatkowych czynników ryzyka) mogą być skutecznie i bezpiecznie leczone za pomocą terapii behawioralnej. Natomiast wśród pacjentów z BMI powyżej 30, powinno się stosować intensywne, multikomponentowe interwencje behawioralne.

Interwencja

W projekcie zaplanowano szeroko rozbudowaną część kwalifikująca do udziału w programie, w ramach której planuje się przeprowadzenie trzech wizyt:

- I wizyta: pomiar ciśnienia krwi, masy ciała, obwodu talii, obliczeniem BMI morfologia, lipidogram, kwas moczowy, glukoza na czczo, TSH; u osób, u których wynik badania glukozy na czczo jest nieprawidłowy - dodatkowo OGTT;
- II wizyta: ocena badań biochemicznych krwi i w przypadku, gdy nie zostaną stwierdzone żadne nieprawidłowości pacjenci skierowani zostaną na III wizytę;
- III wizyta: próba wysiłkowa i ostateczna kwalifikacja do programu przeprowadzona przez lekarza kardiologa.

Zaplanowane postępowanie w zakresie wizyty I i II zgodne jest z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Dietetycznego, według których, w ustalaniu założeń do terapii, 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 ciśnienia tętniczego krwi. U niektórych pacjentów niezbędne mogą być także wyniki badań dotyczących gospodarki hormonalnej oraz morfologia krwi (PTDiet 2015).

Należy wskazać, że w toku wyszukiwania nie odnaleziono wytycznych odnoszących się do rutynowego wykonywania próby wysiłkowej dla wszystkich pacjentów, którzy mają być poddani terapii ruchem. Zgodnie z odnalezionymi dokumentami przed wdrożeniem regularnych treningów powinno się przeprowadzić kwalifikację składającą się z EKG spoczynkowego, 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. Bezwzględne przeciwwskazania do leczenia ruchem stanowią: niewyrównana niewydolność krążenia, niestabilna choroba wieńcowa, niewydolność oddechowa. Z kolei ostrożnie, pod nadzorem medycznym i rehabilitacyjnym, należy zalecać aktywność ruchową u pacjentów z BMI > 40. U osób w starszym wieku i(lub) obciążonych czynnikami ryzyka chorób sercowo naczyniowych. wskazana jest większa ostrożność (należy wykonać pełny zestaw badań diagnostycznych, włącznie z testem wysiłkowym, na podstawie którego indywidualnie można określić zakres aktywności fizycznej). Obligatoryjne wykonywanie testu wysiłkowego jest nieodłącznym elementem rehabilitacji kardiologicznej u osób po incydentach sercowo-naczyniowych.

Biorąc powyższe pod uwagę należy zauważyć, że przeprowadzenie próby wysiłkowej nie musi być przeprowadzone u wszystkich pacjentów i wydaje się, że to lekarz na podstawie przeprowadzonego wywiadu powinien decydować o jej wykonaniu lub niewykonaniu. Wspomnieć także należy, że u

niektórych grup sugeruje się również wykonanie badania EKG, natomiast w projekcie nie odniesiono się do tego badania.

Wydaje się także, iż w związku z dosyć dużą rozbieżnością i niejednorodnością badań jakie należy wykonać w ramach kwalifikacji wstępnej do programu sugeruje się wprowadzenie rozwiązania, w którym, pacjent zgłaszać się będzie z zaświadczeniem umożliwiającym udział w programie lub też określenie zestawu niezbędnych badań jakie powinien posiadać każdy uczestnik programu. Zmiany te spowodowałyby relatywnie dużą oszczędność środków finansowych i możliwe byłoby objęcie działaniami programu większej liczby osób w części multikomponentowej. Ponadto warto zauważyć, że wskazane w projekcie badania są dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych, zatem wprowadzenie ww. rozwiązań pozwoliłoby na uniknięcie podwójnego finansowania świadczeń.

Zasadnicza część projektu dotyczy przeprowadzenia wśród uczestników interwencji multikomponentowej, na którą składać się będą elementy: dietetyczny, aktywności fizycznej i psychologiczny. Zaplanowane interwencje skonstruowane zostały w sposób prawidłowy i zgodny z wytycznymi.

We wszystkich z odnalezionych rekomendacjach zaleca się, aby osobom z otyłością proponować długookresowe interwencje, prowadzone przez wykwalifikowanych specjalistów – multidyscyplinary zespół. W skład zespołu powinni wchodzić specjaliści z różnych dziedzin, w tym: lekarz, dietetyk, pielęgniarka, psycholog, fizjoterapeuta, specjalista aktywności fizycznej, zatem zespół specjalistów w ramach programu został dobrany zgodnie z rekomendacjami.

Należy zaznaczyć, że w przypadku interwencji mających na celu redukcję masy ciała zwraca się uwagę na konieczność wprowadzenia kompleksowych działań obejmujących oprócz odpowiedniej diety również wprowadzenie aktywności fizycznych oraz zmian behawioralnych.

Monitorowanie i ewaluacja

W opiniowanym projekcie uwzględniono jego monitorowanie i ewaluację. Zarówno ocena zgłaszalności, jakości oraz efektywności programu zostały przygotowane w sposób prawidłowy. Ma to szczególne znaczenie biorąc pod uwagę pilotażowy charakter programu.

Warunki realizacji

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

Projekt zawiera opis poszczególnych etapów programu, sposoby kwalifikacji uczestników, realizacji działań i zakończenia udziału w programie.

W projekcie nie wskazano na czym polegać ma funkcjonowanie dietetycznego punktu konsultacyjnego, kto będzie go prowadził, jakie będą niezbędne kompetencje i liczba osób w nim pracujących oraz jakie działania będą w ramach punktu przeprowadzane. Ponadto w treści pojawia się informacja, że Zlecający wykonanie programu polityki zdrowotnej dopuszcza możliwość sfinansowania kosztów: wyposażenia celem realizacji części fizjoterapeutycznej, działań informacyjno-edukacyjnych oraz funkcjonowania dietetycznego punktu konsultacyjnego. Brakuje szczegółowych informacji jak kwota na tą część ma być przeznaczona oraz co w ramach tej pozycji ma być dokładnie sfinansowane.

W projekcie przedstawione zostały potencjalne koszty jednostkowe. Na program zaplanowano łącznie 240 000 zł. Przedstawione koszty jednostkowe oraz sposób przedstawienie budżetu budzą wątpliwości. Część z kosztów powinna zostać przedstawiona zbiorczo, nie zaś w formie kosztu na 1 uczestnika (m.in. koszty nagród, funkcjonowania dietetycznego punktu konsultacyjnego). Jednocześnie, w związku z rozbieżnościami w oszacowaniach populacji i możliwymi zmianami w zakresie grupy docelowej programu, budżet powinien zostać ponownie zweryfikowany.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Według definicji WHO nadwaga i otyłość są definiowane jako nieprawidłowa lub nadmierna akumulacja tłuszczu, która stanowi zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Jest to przewlekła choroba metaboliczna wynikająca z zaburzeń homeostazy energii. Wskaźnik BMI jest równy lub przekracza 30 kg/m². Otyłość jest jedną z najważniejszych przewlekłych chorób niezakaźnych, która przybrała charakter epidemii.

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

Alternatywne świadczenia

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

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

Ocena technologii medycznej

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zgodnie z rekomendacjami multikomponentowe programy:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.43.2017 „Zapobieganie nadwadze i otyłości wśród mieszkańców województwa małopolskiego” realizowany przez: województwo małopolskie, marzec 2017 r. oraz aneksu do raportów szczegółowych: „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny”, kwiecień 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 69/2017 z dnia 13 marca 2017 roku o projekcie programu „Zapobieganie nadwadze i otyłości wśród mieszkańców województwa małopolskiego”