



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 162/2017 z dnia 28 lipca 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas I-V
szkoły podstawowej w Gminie Kobylnica na lata 2018-2020”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas I-V szkoły podstawowej w Gminie Kobylnica na lata 2018-2020”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Z punktu widzenia chorób cywilizacyjnych przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej obejmuje istotny problem zdrowotny i może stanowić uzupełnienie dostępnych obecnie świadczeń gwarantowanych. W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości proszę rozważyć uwzględnienie poniższych uwag.

Cele programowe powinny być tworzone zgodnie z zasadą SMART. Oczekiwane efekty i mierniki efektywności pozwolą zweryfikować skutki programu w przyszłości.

Populacja docelowa została określona poprawnie. Działania zaplanowane w projekcie są zgodne z wytycznymi klinicznymi.

Monitorowanie i ewaluacja w większości zostały opracowane prawidłowo. Warto rozważyć rozszerzenie zakresu monitorowania biorąc pod uwagę międzynarodowe rekomendacje.

Budżet wymaga doprecyzowania i weryfikacji, szczególnie pod kątem rozbieżności, które wystąpiły w oszacowaniu kosztów jednostkowych zaplanowanych interwencji.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu nadwagi i otyłości. Budżet programu wynosi 99 224 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 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

Program wpisuje się w priorytety zdrowotne zawarte w rozporządzeniu MZ z dn. 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126), mianowicie: 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. Zakres programu jest zgodny z celem Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2016-2020 („poprawa sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa oraz aktywności fizycznej społeczeństwa”), a także priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa pomorskiego („zmniejszenie współczynnika zachorowalności, chorobowości i umieralności z powodu chorób cywilizacyjnych oraz społecznych skutków chorób”). Problem zdrowotny został opisany poprawnie.

W projekcie odniesiono się do danych epidemiologicznych. Wskazano, że nadwaga i otyłość były problemem dotyczącym około 19% populacji dzieci w wieku szkolnym z terenu województwa pomorskiego (dane wg Instytutu Żywności i Żywienia).

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych, w 2014 roku w województwie pomorskim, odnotowano 227 hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako otyłość. Stanowi to około 4,20% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych do grupy chorób metabolicznych. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 50,56%, co stanowi 9. wartość wśród województw w Polsce.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest profilaktyka oraz wczesne wykrywanie nadwagi i otyłości wśród dzieci klas I-V szkół podstawowych, zamieszkałych w gminie Kobylnica. Cel główny wydaje się być istotny, jednak jest on mało konkretny i powinien zostać przeformułowany. Ponadto sformułowano także 4 cele szczegółowe. Należy zwrócić uwagę, aby cele programowe były tworzone zgodnie z zasadą SMART, według której cel powinien być m.in. szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

W projekcie określono oczekiwane efekty, które wydają się adekwatne do założonych celów.

Mierniki efektywności zostały prawidłowo dobrane do celów programu. Co istotne, wartości mierników powinny być określane przed i po realizacji programu. W projekcie zaznaczono, że ich ocena będzie się opierała na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu, co uznać należy za zasadne.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do około 2 264 dzieci z roczników 2007-2013. Akcja edukacyjna skierowana będzie natomiast do 100% populacji dzieci w danej grupie wiekowej, a także rodziców/opiekunów prawnych dzieci (około 4 528 osób). Liczba dzieci urodzonych na terenie gminy Kobylnica w latach 2007-2013 na podstawie danych GUS wynosi 818 osób. Należy zaznaczyć, że z treści projektu programu wynika, iż niektóre dzieci poddane przesiewowi w pierwszym roku realizacji programu będą mu podlegały również w latach kolejnych (roczniki poddane badaniu przesiewowemu w ramach programu: jednokrotnie – 2007, 2013 (285 dzieci); dwukrotnie – 2008, 2012 (608 dzieci) i trzykrotnie – 2009, 2010, 2011 (1371 dzieci).

W odnalezionych rekomendacjach podkreśla się fakt, że wszystkie interwencje skierowane do dzieci powinny być prowadzone z udziałem rodziców, a w zmianie stylu życia powinna uczestniczyć cała rodzina (m.in. National Collaborating Centre for Primary Care/ National Institute for Health and Clinical Excellence, NCCPC/NICE 2006). Ponadto, programy polityki zdrowotnej dotyczące nadwagi i otyłości powinny być prowadzone począwszy od dzieci przedszkolnych i szkolnych. Zatem można uznać, że założenia programu pozostają w zgodzie z aktualnymi wytycznymi.

W projekcie wskazano kryteria kwalifikacyjne tj. zameldowanie na terenie gminy (lub dokument potwierdzający fakt pozostawania mieszkańcem gminy), rok urodzenia dziecka (lata od 2007 do 2013) oraz wyrażenie pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie. Jednakże nie określono bardzo istotnego kryterium opartego o BMI, na podstawie którego będzie odbywać się przejście do kolejnego etapu programu. Projekt powinien zostać uzupełniony w tym zakresie. Nie odniesiono się także do kryteriów wyłączenia z programu. Niejasna pozostaje sytuacja dzieci i młodzieży objętych już specjalistyczną opieką lekarską w ramach NFZ. Powyższe kwestie warto doprecyzować.

Interwencja

W ramach programu przewidziano przeprowadzenie następujących interwencji:

- Badanie przesiewowe całej populacji dzieci klas I-V Gminy Kobylnica w oparciu o badania antropometryczne (sprecyzowano, że badania będą wykonywane wśród dzieci z klas I, II i IV);
- Cykl 5 porad psychodietetycznych (realizowany w placówkach POZ lub gabinetach dietetycznych);
- Pomiar antropometryczne w trakcie trwania programu (przeznaczone dla dzieci włączonych do drugiego etapu) – wykonywane przez psychodietetyka w trakcie porady dietetycznej;
- Pomiar uczestników objętych interwencją dietetyczną: pół roku po zakończeniu programu oraz rok po zakończeniu) – wykonywany przez higienistkę szkolną/pielęgniarkę środowiskową;
- Edukacja żywieniowa:
 - cykl wykładów/szkoleń rodziców/opiekunów prawnych z zakresu edukacji żywieniowej oraz aktywności fizycznej (raz na 3 miesiące; 90-minutowe wykłady dla grup liczących ok. 60 osób; realizowane w szkołach z terenu gminy);
 - cykl wykładów/szkoleń całej populacji dzieci z zakresu edukacji żywieniowej oraz aktywności fizycznej (raz na 2 miesiące; charakter warsztatowy; realizowane w ramach godziny wychowawczej lub dodatkowych zajęć pozalekcyjnych);
 - akcja informacyjna realizowana przy wykorzystaniu ulotek, plakatów (wybrane podmioty lecznicze, szkoły podstawowe i Urząd Gminy Kobylnica) oraz stron internetowych (wybrane jednostki);

Zgodnie z treścią projektu przewidziano przeprowadzenie pomiarów antropometrycznych, w tym BMI. Badania te realizowane będą w szkołach na terenie gminy, a za ich prowadzenie odpowiedzialne będą pielęgniarki środowiskowe/higienistki szkolne. Należy pamiętać, że badania w szkołach powinny odbywać się z zachowaniem prawa do intymności. Dzieci i młodzież powinni być badani na osobności w gabinetach pielęgniarskich. Kwestia ta została uwzględniona w treści projektu.

W ocenianym projekcie planuje się wyliczenie BMI na samym początku, po 6 miesiącach od zakończenia oraz po 1. roku od zakończenia programu. Jest to podejście prawidłowe i zgodne z zaleceniami. Badania w kierunku otyłości są działaniami zgodnymi z rekomendacjami. Sposób ich zaplanowania w projekcie nie budzi zastrzeżeń.

Dodatkowo zaznaczono, że dzieci, u których wykryto zaburzenia oraz choroby wymagające dalszego leczenia (wtórne nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gruczołów hormonalnych, cukrzyca), zostaną w trybie pilnym skierowane przez realizatora do dalszej opieki specjalistycznej poza programem. Nie wiadomo jednak na jakiej podstawie ww. choroby i zaburzenia będą stwierdzane. Ponadto wskazano, że do dalszych interwencji zakwalifikowane zostaną dzieci i młodzież z wykrytymi zaburzeniami masy ciała. Nie podano jednak konkretnych wartości BMI, na podstawie której określana będzie nadwaga i otyłość. Powyższe kwestie wymagają sprecyzowania.

Zgodnie z harmonogramem dla dzieci wyłonionych w pierwszym etapie programu, a także ich rodziców/opiekunów prawnych, przewidziano cykl 5 porad dietetycznych. Działania te będą realizowane w placówkach POZ lub w gabinetach dietetycznych. Zaznaczono, że szacowana populacja wynosi 19% całej populacji.

Przewidziano także prowadzenie edukacji żywieniowej, która będzie prowadzona przez lekarzy lub specjalistów dietetyki, psychodietetyki, zdrowia publicznego lub promocji zdrowia. Działania te będą skierowane zarówno do całej populacji dzieci, jak i ich rodziców/opiekunów prawnych. Określono zakres, formę i częstotliwość spotkań odnośnie tych działań. Należy zaznaczyć, że aktywne angażowanie rodziców w zmianę stylu życia dzieci jest postępowaniem zgodnym z rekomendacjami.

Warto podkreślić, że oceniany projekt programu uzupełnia zakres świadczeń gwarantowanych.

Za wartość dodaną programu uznać można zapewnienie wybranej populacji adresatów dostępu do bezpłatnych porad psychodietetycznych oraz działań edukacyjnych skierowanych zarówno do dzieci, jak i ich rodziców/opiekunów prawnych.

Należy zaznaczyć, że rekomendacje podkreślają konieczność udziału w programach z zakresu nadwagi i otyłości wielodyscyplinarnego zespołu specjalistów. Zadaniem ww. zespołu powinna być regularna ocena i aktualizacja programu. Zgodnie z zaleceniami (NICE 2006) programy dotyczące osiągnięcia i utrzymywania prawidłowej masy ciała powinny być interwencjami multikomponentowymi i łączyć strategię zmiany stylu życia, zwiększenia aktywności fizycznej, poprawy nawyków żywieniowych, jakości diety oraz redukcji przyjętej energii.

Można zatem uznać, że przedmiotowy program proponuje kompleksowe działania, poparte rekomendacjami, według których najlepszą formą profilaktyki otyłości są skoordynowane interwencje łączące zarówno problemy dietetyczne jak i aktywność fizyczną.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja programu w większości zostały zaplanowane poprawie. Warto jednak uwzględnić w ramach tych elementów wytyczne National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).

Zgodnie z zaleceniami (NICE 2013), w zakresie monitorowania programów profilaktycznych dotyczących otyłości dzieci, powinno uwzględnić się następujące dane: liczbę zrekrutowanych uczestników, procent uczestników jaki ukończył program, procent dzieci będących pod obserwacją w ciągu 6 m-cy i 1 roku od zakończenia programu, monitorowanie wskaźników BMI u wszystkich włączonych do programu, na zakończenie programu, po 6 miesiącach od zakończenia i po 1 roku od zakończenia programu. Zaleca się również monitorowanie innych mierzalnych punktów końcowych odzwierciedlających cele programu i odnoszących się do czynników mogących wspierać lub przyczynić się do zmniejszenia wskaźnika BMI. Mogłyby one obejmować poprawę diety i aktywności fizycznej, redukcję siedzącego trybu życia, a także poprawę samooceny.

Ze względu na specyfikę programu zasadnym wydaje się także monitorowanie przyczyn braku uczestnictwa pojedynczych osób w celu diagnozowania istniejących barier. Aspekty psychologiczne są jedną z głównych zauważalnych konsekwencji nadwagi i otyłości wśród dzieci, i dorosłych. Stygmatyzacja tych pacjentów przyjmuje często formę dyskryminacji. Dyskryminacja młodych ludzi cierpiących na otyłość może prowadzić do negatywnej samooceny, izolacji społecznej, depresji oraz zaburzeń odżywiania. Zjawiska te mogą ograniczać pozytywny wpływ programów prewencyjnych wśród dzieci i młodzieży. Zapobieganie dyskryminacji chorych może poprawić wyniki programów profilaktycznych oraz terapeutycznych, jak również zapobiec przyrostom masy ciała.

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 treści projektu wskazano, że pierwszym etapem realizacji programu będzie przeprowadzenie akcji informacyjnej (forma: plakaty, ulotki). Warto wziąć pod uwagę, że ważną rolę w rozpowszechnianiu informacji o możliwości uczestniczenia zarówno w przewidzianych badaniach przesiewowych, jak i dalszych interwencjach powinni odgrywać dyrektorzy szkół.

W projekcie oszacowano koszt całkowity programu na kwotę 99 224 zł. Określono także koszty jednostkowe w odniesieniu do planowanych interwencji. Należy jednak podkreślić, że metodologia oszacowania kosztów całkowitych w podziale na poszczególne lata realizacji programu (2018, 2019, 2020) budzi wątpliwość. Pojawiły się także rozbieżności w oszacowaniu kosztów jednostkowych. Na przykład wątpliwość budzi zasadność ustalenia w przypadku uczniów z klas III i V kosztu interwencji na poziomie 5 zł. W kosztach jednostkowych w ww. grupie wskazano jedynie na koszt edukacji zdrowotnej – 2 zł. Podobne rozbieżności występują również w przypadku wyliczenia kosztu

interwencji skierowanych do dzieci z nadwagą i otyłością. W powyższej grupie w przypadku dzieci z klas I, II oraz IV koszt jednostkowy oszacowany został na 217 zł (2 zł – jednostkowy koszt uczestnictwa w edukacji, 15 zł – koszt 3 zaplanowanych pomiarów antropometrycznych, 200 zł – koszt 5 porad psychodietetycznych). Przy wyliczeniu kosztów całkowitych posłużono się jednak kwotą 207 zł. Dla uczniów klasy III oraz V koszt jednostkowy oszacowano na 212 zł (2 zł – jednostkowy koszt uczestnictwa w edukacji, 10 zł – koszt 2 zaplanowanych pomiarów antropometrycznych, 200 zł – koszt 5 porad psychodietetycznych). Przy wyliczeniu kosztów całkowitych uwzględniono natomiast kwotę w wysokości 205 zł. Powyższe nieścisłości wymagają weryfikacji.

Ponadto z treści projektu programu wynika, że zakłada się jego częściowe finansowanie ze środków NFZ w wysokości maksymalnie 40%, co pozostaje w zgodzie z obowiązującymi przepisami. Jednak należy zweryfikować budżet programu po otrzymaniu decyzji o wysokości/braku dofinansowania z NFZ.

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 utralają się i mają wpływ na rozwój otyłości w społeczeństwie, która z kolei przyczynia się do problemów społecznych

Alternatywne świadczenia

W ramach świadczeń gwarantowanych udzielanych w środowisku nauczania i wychowania (przez pielęgniarkę szkolną lub higienistkę), przeprowadza się test do wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego wraz z pomiarami: wysokości i masy ciała, w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI), na następującym etapie edukacji:

- Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne (bądź w klasie I szkoły podstawowej w wyniku niewykonania badania we wcześniejszym terminie)
- Klasa III szkoły podstawowej
- Klasa V szkoły podstawowej
- Klasa I gimnazjum
- Klasa I szkoły ponadgimnazjalnej
- Ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19. roku życia.

Ocena technologii medycznej

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

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

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

Zaleca się także przeprowadzić wywiad rodzinny w kierunku nadwagi, otyłości i chorób towarzyszących. Czynniki, które zwiększają prawdopodobieństwo otyłości dziecięcej i/lub chorób współtowarzyszących powinny być oceniane co najmniej raz w roku. Po rozmowie z dzieckiem i rodzicami, zaleca się ocenę chorób współistniejących i możliwych przyczyn nadwagi lub otyłości u dziecka. Przykładowe badania np.: pomiar ciśnienia krwi, profil lipidowy na czczo, insulina na czczo, glukoza na czczo i test obciążenia glukozą, funkcje wątrobowe i 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.

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/wsparcie prowadzoną przez wykwalifikowany multidyscyplinarny zespół – dietetyk, specjalista aktywności fizycznej, specjalista promocji zdrowia (np. psycholog sportowy), psycholog kliniczny, psychiatra, pediatra, pielęgniarka pediatryczna. Najbardziej skuteczne są multikomponentowe interwencje obejmujące aktywność fizyczną, zmianę nawyków żywieniowych i interwencje behawioralne/wsparcie psychologiczne. Powinny one obejmować kilka sesji trwających od kilku tygodni do kilku miesięcy.

Zgodnie z rekomendacjami multikomponentowe programy:

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

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

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

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

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

Badanie w kierunku cukrzycy należy przeprowadzić raz w ciągu 3 lat u każdej osoby powyżej 45. roku życia. UPSTF rekomenduje skrining 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.441.146.2017 „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas I-V szkoły podstawowej w Gminie Kobylnica na lata 2018-2020” realizowany przez: gminę Kobylnica, Warszawa, lipiec 2017, 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 189/2017 z dnia 17 lipca 2017 roku o projekcie programu „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas I-V szkoły podstawowej w gminie Kobylnica na lata 2018-2020”.