



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 225/2017 z dnia 29 sierpnia 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny program
przeciwdziałania nadwadze, otyłości i cukrzycy w województwie
śląskim na lata 2017-2020”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Regionalny program przeciwdziałania nadwadze, otyłości i cukrzycy w województwie śląskim na lata 2017-2020” 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.

Cel główny powinien zostać przeformułowany, gdyż w obecnym kształcie jest trudny do zmierzenia. Mierniki efektywności warto doprecyzować, zgodnie ze wskazanymi w dalszej części opinii uwagami.

W zakresie populacji docelowej należy wyjaśnić rozbieżności pomiędzy danymi projektowymi a danymi GUS.

Zaplanowane interwencje są zgodne z rekomendacjami i wytycznymi. Należy jednak zwrócić uwagę na niektóre elementy:

- Sugeruje się dodatnie w ramach kwalifikacji do badań w kierunku cukrzycy przeprowadzenia kwestionariusza oceny ryzyka występowania choroby.
- Istotne jest dostosowanie dietoterapii do potrzeb i stanu zdrowia uczestników. Zaplanowane w projekcie szkolenia oraz porady dietetyczne mogą okazać się niewystarczające.
- Należy uwzględnić w ramach dietoterapii prowadzenie szerokiego wywiadu lekarskiego z uwzględnieniem zarówno oceny stanu zdrowia jak również kwestii socjo-demograficznych.
- Projekt warto uzupełnić o komponenty: psychologiczny i aktywności fizycznej, które stanowią elementy kluczowe w zakresie programów mających na celu redukcję masy ciała i są rekomendowane w wytycznych klinicznych.
- W zakresie zaplanowanych szkoleń istotne jest aby skierowane były do wszystkich osób z nadwagą i otyłością, bez względu na występowanie u nich cukrzycy. Jest to ważne z punktu widzenia możliwości zapobiegania cukrzycy, u osób z ryzykiem jej wystąpienia.
- Należy także podać informacje szczegółowe co do planowanych spotkań informacyjno – edukacyjnych.

Monitorowanie zaplanowano prawidłowo. Ewaluację warto uzupełnić o wskaźniki jakościowe.



Budżet wymaga aktualizacji, po sprawdzeniu oszacowań dot. uczestników programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu nadwagi i otyłości. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 14 141 556 PLN, zaś okres realizacji to lata 2017-2020.

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

Oceniany projekt programu odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest występowanie nadwagi, otyłości oraz cukrzycy w populacji osób dorosłych. Należy zaznaczyć, że zakres projektu programu jest zgodny z celem Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2016-20204 („poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa”).

Ponadto, oceniany program wpisuje się w działania zaplanowane do realizacji w ramach RPO WSL: Oś Priorytetowa VIII – Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy (priorytet inwestycyjny 8vi – Aktywne i zdrowe starzenie się); Działanie 8.3 – Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy; Poddziałanie 8.3.2 – Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej.

W projekcie w sposób szczegółowy przedstawiono regionalną sytuację epidemiologiczną dot. problemu cukrzycy oraz nadwagi i otyłości. Zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych w zakresie cukrzycy dla województwa śląskiego zapadalność w roku 2014 wyniosła 143,7 tysięcy przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 378,2. W województwie śląskim zapadalność wyniosła 19,4 tysięcy.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „poprawa stanu zdrowia mieszkańców województwa śląskiego będących w wieku aktywności zawodowej, poprzez wykonanie badań profilaktycznych z zakresu zapobiegania nadwadze, otyłości i cukrzycy połączone z działaniami informacyjno-edukacyjnymi zwiększającymi świadomość tych osób do 2020 roku”. Cel główny charakteryzuje się dużym poziomem ogólności, co z kolei może pociągnąć za sobą trudności w zmierzeniu stopnia jego realizacji. Ponadto, w treści projektu programu przedstawiono 4 cele szczegółowe, stanowiące uzupełnienie głównego założenia. Należy zwrócić uwagę, aby cele programowe były tworzone zgodnie z zasadą SMART, według której cel główny powinien być m.in. szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

W treści projektu programu odniesiono się do mierników efektywności, które wymagają doprecyzowania. W omawianym zagadnieniu istotne jest aby mierniki odnosiły się do poszczególnych zaburzeń jakie zostały wykryte oraz uwzględniały wartości BMI i WHR. Również przedstawiony wskaźnik dotyczący „liczby mieszkańców województwa śląskiego, u których stwierdzono nieprawidłowości związane z zagrożeniem cukrzycą” wymaga sprecyzowania oraz uzupełnienia (np. odniesienie do odsetka osób z prawidłowym wynikiem glikemii na czczo, odsetka osób, które uzyskały wynik nieprawidłowy, odsetka osób z podejrzeniem cukrzycy). W zakresie edukacji zdrowotnej mierniki powinny dotyczyć rezultatów, a nie podjętych wysiłków. Liczbowe określenie uczestników szkoleń nie wskaże w sposób dokładny jak zmienił się stan zdrowia osób objętych działaniami realizowanymi w ramach programu. W odniesieniu do przewidzianych działań edukacyjnych miernikiem efektywności może być np. poziom stanu wiedzy uczestników przed i po programie.

Populacja docelowa

W treści projektu wskazano, że populację docelową w projekcie stanowią:

- być osoby w wieku od 18 do 40 r.ż. – w zakresie działań z zakresu nadwagi i otyłości;
- osoby w wieku od 35 do 64 r.ż. – w zakresie badań profilaktycznych w kierunku cukrzycy.

Działania programowe skierowane zostaną do ww. osób:

- będących mieszkańcami województwa śląskiego,
- w wieku aktywności zawodowej,
- nie posiadających w dotychczasowym wywiadzie rozpoznanej nadwagi, otyłości czy też cukrzycy,
- nie uczestniczących w ciągu ostatnich trzech lat w programach profilaktycznych mających na celu zdiagnozowanie/wykluczenie występowania nadwagi, otyłości lub cukrzycy.

W treści projektu programu wskazano, że na terenie województwa śląskiego mieszka 1 499 026 osób w wieku 18-40 lat oraz 1 977 729 osób w wieku od 35 do 64 lat. Dane te różnią się od danych GUS, zgodnie z którymi (stan na rok 2016) na terenie województwa śląskiego mieszka ok. 1 665 171 osób w przedziale wiekowym 35-64 lata oraz ok. 1 470 477 osób w przedziale wiekowym 18-40 lat. Należy zatem wyjaśnić powyższe rozbieżności.

Założono, że z działań skierowanych do pierwszej grupy odbiorców (nadwaga, otyłość) skorzysta 15% (ok. 225 000 osób) populacji ze wskazanego przedziału wiekowego. Do drugiego etapu natomiast ma zostać skierowanych 90 000 osób.

Interwencje z zakresu cukrzycy zostaną natomiast skierowane do ok. 25% populacji docelowej. Zgodnie z założeniami w projekcie działaniami tymi powinna zostać objęta populacja licząca 494 432 osoby. Wynika to z faktu, że oprócz wskazanych wyżej ograniczeń wzięto pod uwagę odsetek osób, które już mają zdiagnozowaną cukrzycę.

Zgodnie z danymi pozyskanymi z GUS – mając na uwadze procentowe ograniczenia wskazane przez wnioskodawcę – działania z zakresu nadwagi i otyłości powinny być skierowane do 220 572 osób, natomiast interwencje z zakresu cukrzycy – do 416 293 osób. Warto zatem odnieść się do wskazanych rozbieżności.

Interwencja

W ramach programu przewidziano przeprowadzenie następujących interwencji:

- działania mające na celu zdiagnozowanie nadwagi lub otyłości (pomiar masy ciała, wzrostu oraz obwodu talii);
- działania mające na celu zdiagnozowanie cukrzycy lub stanu przedcukrzycowego (badanie poziomu glukozy we krwi);
- szkolenia oraz konsultacje dietetyczne;
- działania informacyjno-edukacyjne (przygotowanie broszur, prowadzenie spotkań informacyjno-edukacyjnych);

Zaplanowane w ramach etapu pierwszego badania nie budzą zastrzeżeń. Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami pomiary masy ciała, wzrostu i obwodu talii powinny stanowić integralną część badania fizykalnego odnotowywanego w dokumentacji medycznej każdego dorosłego pacjenta. Ponadto, wytyczne/rekomendacje wskazują pomiar BMI jako podstawowe narzędzie przesiewowe w kierunku nadwagi i otyłości. Dodatkowo, u osób powyżej 18 r.ż. badanie przesiewowe w kierunku otyłości powinno obejmować również pomiar obwodu talii.

W projekcie wskazano kryteria kwalifikacji do kolejnych etapów programu dla osób poddanych diagnostyce w kierunku nadwagi. Podkreślono, że zakwalifikowanie pacjenta do dalszego etapu programu będzie uzależnione zarówno od wyników przeprowadzonego pomiaru obwodu talii, jak

i uzyskanego BMI. Gdy jeden z ww. wyników przekroczy normę dana osoba skierowana zostanie do dalszego etapu programu – szkolenia dietetycznego.

Zakończenie udziału w programie będzie następowało, gdy dana osoba uzyska BMI <25 kg/m² oraz gdy obwód talii w przypadku kobiet będzie mniejszy niż 88 cm, a w przypadku mężczyzn – mniejszy niż 102 cm. Zakwalifikowanie do dalszego etapu będzie następowało gdy wskaźnik BMI będzie ≥25 kg/m² lub gdy obwód talii w przypadku kobiet wyniesie ≥88 cm, natomiast w przypadku mężczyzn ≥102 cm.

Mając na uwadze odnalezione rekomendacje, wskaźnik BMI wynoszący ≥25 kg/m² świadczy o występującej u danej osoby nadwadze. Rekomendacje zaznaczają również, że obwód talii powyżej 88 cm u kobiet i 102 cm u mężczyzn jest bardzo ważnym wskaźnikiem zwiększającym ryzyko niezależnie od BMI.

Etap drugi projektu programu będzie obejmował procedury diagnostyczne dla cukrzycy. Działania te skierowane będą do osób w przedziale wiekowym 35-64 lata, a ich celem będzie zdiagnozowanie cukrzycy lub stanu przedcukrzycowego. Uczestnicy programu zostaną poddani badaniu poziomu glukozy w osoczu krwi żyłnej (krew pobierana będzie na czczo – po co najmniej 8 godzinach od ostatniego posiłku). Jeśli u badanych w tej części uczestników zdiagnozowana zostanie także nadwaga lub otyłość, osoby te kierowane będą na szkolenia dietetyczne. Zaznaczono, że każdy uczestnik, którego wynik badania osiągnął 100 mg/dl lub więcej otrzyma broszury informacyjne odnoszące się do zagadnień aktywności fizycznej, diety oraz problematyki cukrzycy.

Według odnalezionych wytycznych/rekomendacji, badanie przesiewowe w kierunku cukrzycy typu 2 należy przeprowadzać za pomocą oznaczania glikemii w osoczu krwi żyłnej – na czczo (FPG, fasting plasma glucose) lub doustnego testu obciążenia 75 g glukozy (tj OGTT). Wynik ≤99 mg/dl (5,5 mmol/l) będzie skutkowało zakończeniem udziału w programie. Wnioskodawca zaznacza, że wynik mieszczący się w przedziale 100-125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l) będzie podstawą do podejrzenia nieprawidłowej glikemii na czczo. Osoby te kierowane będą do poradni POZ z zaleceniem wykonania testu tolerancji glukozy. Wynik ≥126 mg/dl (7 mmol/l) będzie skutkowało skierowaniem danej osoby z podejrzeniem cukrzycy do poradni POZ oraz zaleceniem ponownego oznaczenia glikemii na czczo. Biorąc po uwagę odnalezione wytyczne działania te należy uznać za poprawne.

Należy również zaznaczyć, że w rekomendacjach/wytycznych w przedmiotowym zakresie podkreśla się konieczność identyfikacji odpowiedniej grupy osób kwalifikujących się do skryningu, poprzez przeprowadzenie oceny ryzyka (oceny występowania czynników ryzyka lub zastosowania narzędzi do oceny ryzyka cukrzycy). Sugeruje się zastosowanie w tym celu wystandaryzowanego kwestionariusza FINDRISC. Warto element ten uwzględnić w projekcie programu.

W projekcie zaplanowano także szkolenia dietetyczne, które będą skierowane wyłącznie do osób, w przypadku których oprócz cukrzycy zdiagnozowano także nadwagę/otyłość, co budzi wątpliwość. Wydaje się zasadne aby osoby bez zdiagnozowanej cukrzycy ale z nadwagą/otyłością również mogły brać udział w szkoleniach.

Szkolenia dietetyczne – należące do trzeciego etapu realizacji programu – będą miały formę grupową (określono liczebność grup – 20 osób). Każdej osobie zakwalifikowanej do tego etapu będą przysługiwały 2 godziny zajęć prowadzonych przez dietetyka i fizjoterapeutę. Wśród zakresu tematycznego planowanych szkoleń wskazano konsekwencje zdrowotne nadwagi i otyłości, zasady zdrowego odżywiania oraz rolę aktywności fizycznej.

Należy zaznaczyć, że edukacja w zakresie zdrowego stylu życia zgodna jest z rekomendacjami/wytycznymi. Optymalna strategia leczenia dietetycznego zakłada częste, indywidualne kontakty z pacjentem, w czasie nie krótszym niż 6 miesięcy. W praktyce poradnictwo dietetyczne może być realizowane w postaci spotkań indywidualnych, spotkań grupowych, spotkań z wykorzystaniem technik audiowizualnych (telemedycyna) oraz ich kombinacji. Mając na uwadze powyższe, liczba godzin wskazana w projekcie może okazać się niewystarczająca.

Projekt zakłada także indywidualne konsultacje dietetyczne, które obejmować będą pomiar składu masy ciała, ustalenie diety oraz dobór aktywności fizycznej. Wykorzystana w tym celu zostanie metoda impedancji bioelektrycznej, co jest zgodne z wytycznymi.

Każdemu uczestnikowi omawianego etapu programu przysługiwać będzie jedna godzina konsultacja. Należy zaznaczyć, że największą skuteczność w redukcji i utrzymaniu masy ciała u osób dorosłych uzyskuje się w przypadku poradnictwa indywidualnego. Optymalna liczba spotkań (indywidualnych/ grupowych/ niebezpośrednich) powinna wynosić przynajmniej 12 w ciągu pierwszych 6 miesięcy, oraz przynajmniej 6 w ciągu kolejnych 6 miesięcy leczenia. Dietoterapia otyłości powinna trwać nie krócej niż 3 miesiące, a spotkania kontrolne nie powinny być rzadsze niż raz w miesiącu. Czas trwania wizyt w ramach poradnictwa dietetycznego powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta. Zatem zaplanowana pojedyncza wizyta może okazać się niewystarczająca.

Ponadto zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Dietetycznego (2015), w ustalaniu założeń dietoterapii, niezbędna jest ocena stanu zdrowia, w tym badanie: wartości wskaźników przemiany lipidowej, gospodarki węglowodanowej, 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. W projekcie nie odniesiono się do powyższej kwestii.

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. Sugeruje się uzupełnienie działań o powyższy zakres.

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. Warto tą kwestię uwzględnić w projekcie.

W części poświęconej działaniom informacyjno-edukacyjnym wskazano, że każdy uczestnik programu, który zgłosi się na badanie profilaktyczne otrzyma broszurę o charakterze informacyjno-edukacyjnym (zakres tematyczny: zagrożenia związane z nadwagą, otyłością, cukrzycą, wskazówki dot. diety oraz aktywności fizycznej). Wskazano również, że w każdym powiecie województwa zorganizowane zostanie spotkanie informujące o zagrożeniach związanych z nadwagą i otyłością oraz cukrzycą, a także promujące zdrowy styl życia, skierowane do osób z grup docelowych. W zakresie tych działań nie precyzuje się długości trwania oraz częstotliwości planowanych spotkań informacyjno-edukacyjnych, sposobu ich przeprowadzania, ani też kwestii tego ile osób ma w nich uczestniczyć.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie zaplanowano jego monitorowanie i ewaluację. Monitorowanie programu zostało zaplanowane poprawnie i uwzględnia zarówno ocenę zgłaszalności jak i jakości udzielanych świadczeń. Ze względu na specyfikę programu zasadnym wydaje się także monitorowanie przyczyn braku uczestnictwa, w celu diagnozowania istniejących barier.

Do oceny efektywności programu posłużą wskaźniki zbieżne z przedstawionymi miernikami efektywności. Wskaźniki te mają bardziej charakter ilościowy niż jakościowy. Warto zatem w ramach ewaluacji uwzględnić również takie wskaźniki, które pozwolą na określenie wpływu podjętych działań na zdrowie obywateli. Istotne jest w tym zakresie porównanie sytuacji epidemiologicznej sprzed programu do sytuacji po przeprowadzonych działaniach w zakresie zapadalności na omawiane choroby.

Należy również zaznaczyć, że zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami (NICE 2015) ewaluacja programów dot. cukrzycy powinna być oparta na uzyskanych przez beneficjentów punktach końcowych, co 12 miesięcy lub częściej. Podstawowe wskaźniki powinny obejmować: liczebność populacji całkowitej, poziom frekwencji, zmiany w intensywności aktywności fizycznej (od

umiarkowanej do intensywnej) mierzone co tydzień, zmiany w diecie (szczególnie ilości spożywanego tłuszczu i błonnika), zmiany wagi, obwodu talii, BMI, zmiany poziomu glukozy na czczo lub HbA1c.

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 programu przedstawiono koszty jednostkowe, koszty całkowite, źródła finansowania, a także argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne. Koszt całkowity realizacji programu oszacowano na 14 141 556 zł. Przedstawiony budżet należy zaktualizować po przeprowadzeniu weryfikacji oszacowań populacji.

Projekt współfinansowany będzie z Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności.

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 wyliczenia 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 HbA_{1c}, 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 częściej narażonej na cukrzycę; u których w poprzednim badaniu stwierdzono stan przedcukrzycowy; u kobiet z przebytą cukrzycą ciążową; u kobiet, które urodziły dziecko o masie ciała > 4 kg; z nadciśnieniem tętniczym (\geq 140/90 mm Hg); z dyslipidemią [stężenie cholesterolu frakcji HDL < 40 mg/dl (< 1,0 mmol/l) i/lub triglicerydów > 150 mg/dl (>1,7 mmol/l)]; u kobiet z zespołem policystycznych jajników; z chorobą układu sercowo-naczyniowego.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.222.2017 „Regionalny program przeciwdziałania nadwadze, otyłości i cukrzycy w województwie śląskim na lata 2017-2020” realizowany przez: Województwo Śląskie, Warszawa, sierpień 2017 oraz Aneksów „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny” z kwietnia 2016 oraz „Programy z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy – wspólne podstawy oceny” z kwietnia 2016. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 265/2017 z dnia 28 sierpnia 2017 roku o projekcie programu „Regionalny program przeciwdziałania nadwadze, otyłości i cukrzycy w województwie śląskim na lata 2017-2020”