



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 102/2016 z dnia 3 czerwca 2016 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program
zapobiegający chorobom cywilizacyjnym w aspekcie nadwagi,
otyłości i cukrzycy wśród mieszkańców województwa opolskiego”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program zapobiegający chorobom cywilizacyjnym w aspekcie nadwagi, otyłości i cukrzycy wśród mieszkańców województwa opolskiego”.

Uzasadnienie

Przedmiotowy projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy bardzo ważnych problemów zdrowotnych, jakimi są nadwaga, otyłość i cukrzyca.

Przedstawiony projekt programu został przygotowany z należytą starannością i w zgodzie z rekomendacjami i wytycznymi. Spełnia on wymogi dobrze przygotowanego programu oraz może stanowić wzorcowy program z zakresu zapobiegania nadwadze i otyłości.

Cele programowe są zgodne z zasadą SMART. Mierniki efektywności odpowiadają celom i umożliwią ocenę stopnia ich realizacji.

Populacja docelowa została określona poprawnie. Wskazano także kryteria kwalifikacji do poszczególnych etapów programu, które są zgodne z rekomendacjami.

W ramach interwencji zaplanowano zarówno działania edukacyjne, jak ich działania multikomponentowe, które mają na celu redukcję wagi u osób z nadwagą i otyłością. Przedstawione informacje pozostają w zgodzie z wytycznymi.

Monitorowanie i ewaluacja programu zostały opisane poprawnie.

Przedstawiony budżet nie budzi zastrzeżeń.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący zapobieganiu chorobom cywilizacyjnym. Okres realizacji programu to 2016-2022. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 22 605 353 zł. Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

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



Projekt programu odnosi się do ważnego problemu zdrowotnego oraz realizuje następujące priorytety zdrowotne: zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu, 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 kształtujących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia.

Zapobieganie i leczenie nadwagi i otyłości jest obecnie według WHO priorytetem, co pokazuje, że kwestia związku odżywiania i otyłości ze stanem zdrowia jest niepodważalna.

W projekcie opisano sytuację epidemiologiczną dot. otyłości i cukrzycy w poszczególnych województwach, a także w powiatach woj. opolskiego. Jak wynika z przedstawionych danych w 2013 roku województwo opolskie zajmowało 4 miejsce w Polsce pod względem liczby dzieci posiadających nadmierną masę ciała.

Wyniki badania OLAF z 2010 roku, dotyczące występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci, wskazują, że problem ten dotyczy 16,3% populacji dziecięcej w Polsce. Na podstawie ogólnopolskich badań obejmującym reprezentowaną próbę dorosłych Polaków w wieku 18-94 lat, prowadzonych w latach 2000-2005 (Household Food Consumption and Anthropometric Survey, IŻŻ 2000, NATPOL 2002, WOBASZ 2003-2005) oceniono, że nadmierna masa ciała występowała u 57-62% mężczyzn i ok. 48-49% kobiet, a otyłość odpowiednio 16-21% i 19-22%. W roku 2011 ponownie przeprowadzono badanie w ramach programu NATPOL, w którym wykazano iż odsetek osób z nadwagą w przedziale 18–34 lata wzrósł z 21,5% w 2002 roku do 25,7% w 2011 roku.

Również dane WHO wskazują na duże rozpowszechnienie problemu nadwagi i otyłości w populacji polskiej.

Według danych Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (IDF, International Diabetes Federation) w Polsce w 2010 roku na cukrzycę choruje ok. 9,3% – tj. ok. 2,67 mln osób. Standaryzowany współczynnik chorobowości (Comparative prevalence) dla 2010 roku oraz prognozowana wartość na 2030 rok wynoszą odpowiednio 7,6% i 9,0%.

Według danych NFZ w 2011 leczonych farmakologicznie, czyli otrzymujących insulinę lub leki doustne było 1 994 994 osób. Oznacza, to że w 2013r., liczba pacjentów z cukrzycą wynosiła ponad 2 mln, gdyż wyniki badania NATPOL wskazują, że roczny przyrost chorych na cukrzycę wynosi 2,5%. W 2013 roku leczonych z powodu cukrzycy było zatem ok. 2,1 mln Polaków. Około 10-12% tej liczby tj. 230 tys. osób było leczonych niefarmakologicznie czyli dietą i wysiłkiem fizycznym, co łącznie daje 2,33 mln osób z rozpoznaną cukrzycą w naszym kraju. Biorąc dodatkowo pod uwagę, że obecnie jedna z trzech osób z cukrzycą nie jest świadoma swojej choroby (do niedawna o cukrzycy nie wiedziała połowa chorych), można aktualną liczbę osób z cukrzycą w Polsce szacować nawet na 3,5 mln. Częstkowe dane epidemiologiczne wskazują także, że najsilniejszym czynnikiem ryzyka wystąpienia cukrzycy jest wiek – u co czwartej powyżej 60 r.ż. stwierdza się cukrzycę.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest poprawa do 2020 roku stanu zdrowia mieszkańców Opolszczyzny, poprzez przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej oraz wdrożenie działań zapobiegających nadwadze, otyłości i cukrzycy. Dodatkowo określono 7 celów szczegółowych programu, które są uzupełnieniem głównego założenia. Cel główny spełnia kryteria dobrze sformułowanego celu głównego – SMART. Jest on konkretny i dobrze zdefiniowany, możliwy do monitorowania i mierzenia, osiągalny, istotny a także zawiera ostateczny termin jego osiągnięcia (jest zaplanowany w czasie). Termin realizacji celu stanowi warunek skutecznego monitorowania jego realizacji.

Oczekiwane efekty są adekwatne do przedstawionych celów i możliwe do osiągnięcia w ramach programu.

Mierniki efektywności są prawidłowo dobrane do celów programu, są także zgodne z rekomendacjami NICE dot. monitorowania w zakresie programów dot. nadwagi i otyłości.

Populacja docelowa

Populację programu stanowią dzieci i młodzież w wieku 6-18 lat oraz dorośli w wieku 45-65 lat z woj. opolskiego.

Preferencyjnie z programu będą mogły skorzystać osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. Jest to zgodne z rekomendacjami NICE, które przed realizacją przedmiotowych programów, zalecają zdefiniowanie grup dzieci z ubogich rodzin.

W zakresie działań informacyjno-edukacyjnych populację stanowią wszyscy mieszkańcy woj. opolskiego. W programie, w ramach działań edukacyjnych, mają uczestniczyć opiekunowie dzieci będących beneficjentami programu. Jest to podejście zgodne z rekomendacjami.

W odnalezionych rekomendacjach zaleca się pomiar BMI u dzieci w wieku 2-18 lat, przynajmniej raz w roku oraz w przypadku wszystkich dorosłych – pomiar BMI i obwodu talii. We wszystkich odnalezionych rekomendacjach podkreśla się fakt, że wszystkie interwencje skierowane do dzieci powinny być prowadzone z udziałem rodziców, a także w zmianie stylu życia powinna uczestniczyć cała rodzina. Programy dotyczące nadwagi i otyłości powinny być prowadzone począwszy od dzieci przedszkolnych i szkolnych.

W ramach programu określono także kryteria kwalifikacji do poszczególnych etapów i zaplanowanych w nich interwencji. Przedstawione kryteria pozostają zgodne z rekomendacjami i wytycznymi.

Interwencja

W ramach programu przewidziano 2 etapy, które zakładają wykonanie różnych interwencji.

I etap programu – przesiewowy – skierowany jest do całej populacji docelowej i zakłada przeprowadzenie badań i wywiadu rodzinnego, na podstawie których nastąpi kwalifikacja do kolejnych etapów. Dla osób z prawidłową masą ciała przewidziano działania edukacyjne w zakresie prawidłowego żywienia i promowania aktywności fizycznej.

Do II etapu zostaną zakwalifikowane osoby z nieprawidłową masą ciała. Etap ten obejmować będzie multidyscyplinarną interwencję, w skład której będą wchodziły 3 komponenty: dietetyczny, aktywności fizycznej oraz interwencji behawioralnych mających na celu zmianę zachowań żywieniowych uczestnika.

We wszystkich z odnalezionych rekomendacjach zaleca się, aby osobom z otyłością proponować długookresowe interwencje, prowadzone przez wykwalifikowanych specjalistów – multidyscyplinarny zespół. W skład zespołu powinni wchodzić specjaliści z różnych dziedzin, w tym: lekarz, dietetyk, pielęgniarka, psycholog, fizjoterapeuta, specjalista aktywności fizycznej. Najskuteczniejsze są multikomponentowe programy, które powinny łączyć komponenty dietetyczne, aktywności fizycznej oraz interwencji behawioralnych, mające na celu zmianę w zachowaniu pacjenta. Zatem zaplanowane działania są zgodne z rekomendacjami.

Rekomendowane typy aktywności fizycznej obejmują: aktywności zintegrowane w codziennym życiu takie jak energiczny chód, ogrodnictwo, jazda na rowerze, nadzorowane programy ćwiczeń, ćwiczenia aerobowe połączone z ćwiczeniami oporowymi, inne aktywności np. pływanie, wchodzenie po schodach. Zatem proponowane w programie zajęcia ogólnousprawniające na basenie, na sali gimnastycznej, na świeżym powietrzu i ćwiczenia oporowe, są zgodne z przedstawionymi rekomendacjami.

Komponent dietetyczny będzie realizowany m.in. poprzez warsztaty (np. w formie wspólnego gotowania, które odbędzie się z zaangażowaniem całych rodzin). Zastosowane będą również indywidualne, grupowe lub z wykorzystaniem technik audiowizualnych konsultacje z dietetykiem, których głównym zadaniem będzie dobranie strategii dietetycznej. Do zadań dietetyka będzie należało dobranie właściwej diety do indywidualnych predyspozycji uczestnika i stanu jego zdrowia oraz ocena efektów jej stosowania, poprzez kontrolę sposobu żywienia. Celom tym będzie służył przekazany pacjentowi dziennik zdrowia, w którym będzie on notował rodzaj i ilość spożywanych produktów oraz zmiany w planie diety. Osobom dorosłym będą proponowane diety o obniżonej kaloryczności w odniesieniu do indywidualnie ustalonego zapotrzebowania (dzienny deficyt

kaloryczny powinien wynosić od 500 do 800 kcal). Dietoterapia otyłości powinna trwać nie krócej niż 3 miesiące, a spotkania kontrolne nie powinny być rzadsze niż raz w miesiącu. Są to działania rekomendowane przez Polskie Towarzystwo Dietetyki w 2015 r.

W ramach komponentu psychologicznego zaplanowano prowadzenie psychologicznych terapii behawioralno-poznawczych, konsultacji psychologicznych. Działania te będą miały na celu dokonanie zmiany w prowadzeniu dotychczasowego trybu życia oraz umacnianie motywacji do działania. W terapii dzieci do udziału w warsztacie terapeutycznym mogą również zostać zaproszeni pozostali członkowie rodziny. Celem wspólnego warsztatu będzie omówienie postaw rodzicielskich/rodzinych wzmacniających motywację dziecka.

Należy zaznaczyć, że przedmiotowy projekt programu zawiera niezbędne elementy dobrze zaplanowanego multikomponetowego programu w zakresie walki z nadwagą i otyłością. Przedstawione w projekcie interwencje i sposób ich organizacji jest zgodny z odnalezionymi rekomendacjami i wytycznymi.

Monitorowanie i ewaluacja

Program zostanie poddany ewaluacji na zasadach określonych w wytycznych horyzontalnych w obszarze zdrowia. W wytycznych tych monitorowanie oraz ewaluacja obejmują ocenę zgłaszalności, ocenę jakości świadczeń oraz efektywności danego programu. System monitorowania i ewaluacji ocenianego programu będzie oparty na sprawozdawczości w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, danych realizatora programu oraz danych statystycznych ogólnodostępnych.

Monitorowanie i ewaluacja programu zostały opisane prawidłowo i są zgodne z rekomendacjami NICE z 2013 r., które mówią, że w zakresie monitorowania programów profilaktycznych dot. otyłości, powinno uwzględnić się następujące dane: liczbę wyrekrutowanych uczestników, procent uczestników jaki ukończył program, procent osób 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.

Warunki realizacji

Projekt zawiera szczegółowo opisane części składowe, etapy i działania organizacyjne. Podmioty realizujące program zostaną wybrane w drodze konkursowej. Opisano kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu.

W projekcie programu wskazano sposób powiązania zaplanowanych interwencji ze świadczeniami realizowanymi w ramach NFZ. Wskazano także sposób zakończenia udziału w programie.

Oceniany program realizowany będzie wieloetapowo i na kilku płaszczyznach, stąd też uczestnik zostanie objęty jego działaniami średnio przez okres około 2 lat. Eksperti ocenili, że jest to wystarczający czas do osiągnięcia redukcji wagi i zmiany nawyków żywieniowych. Każdy uczestnik będzie miał założony dziennik zdrowia. W ramach programu planuje się kontrolę pacjentów 2 tygodnie w okresie 3 miesięcznym i w przypadku indywidualnego dla każdego pacjenta planu programu (2 tygodnie po jego rozpoczęciu) umożliwi ona jego ewentualną modyfikację. Jeżeli po 3 miesiącach interwencji, zmianie stylu życia, nie nastąpi spadek masy ciała (mniej niż 1%) lub nie zostanie zaobserwowane zmniejszenie obwodu talii uczestnik zostanie skierowany na pogłębioną diagnostykę w celu zbadania obecności chorób współtowarzyszących, w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków NFZ. Z osobami, które omijają poszczególne sesje, zostanie nawiązany kontakt w celu ustalenia przyczyn ich nieobecności i przywrócenia ich zaangażowania w działania. Jest to podejście w pełni zgodne z rekomendacjami.

W ramach programu zostanie powołana Rada, która będzie m.in. opracowywać wzory indywidualnego programu uczestnika, dziennika zdrowia (w którym będą zapisywane zachowania żywieniowe, informacje z zakresu aktywności fizycznej, informacje o udzielonym wsparciu behawioralnych, w tym dane gromadzone w ramach monitoringu postępu prowadzonej interwencji), pełnić nadzór merytoryczny nad realizowanymi w projekcie działaniami. NICE rekomenduje regularną

weryfikację i aktualizację programu przez multidyscyplinarny zespół, zatem działania dot. koordynacji w ramach ocenianego programu są zgodne z rekomendacjami.

Po zakończeniu interwencji pacjenci zostaną zmonitorowani po 6 i 12 miesiącach (w tym obliczenie BMI). Na zakończenie udziału w programie, dla każdego uczestnika przewidziano wizytę podsumowującą, która oceni efekty interwencji oraz wskaże dalsze kierunki postępowania prozdrowotnego. NICE w 2013 r. zarekomendował aby pomiary BMI i BMI zależnego od wieku i płci, były wykonywane przy rekrutacji do programu, na zakończenie programu, 6 miesięcy po zakończeniu i 1 rok po zakończeniu programu. Zatem działania w ramach programu w tym zakresie, pozostają w zgodzie z rekomendacjami.

W projekcie przedstawiono koszt całkowity programu oraz koszty jednostkowe poszczególnych interwencji. Nie przedstawiono jednak zryczałtowanego kosztu na 1 uczestnika programu w ramach II etapu, jednak koszt ten mógłby być trudny do oszacowania, ponieważ każda osoba będzie miała indywidualnie dobrane interwencje.

Program będzie finansowany ze środków i na zasadach określonych dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020.

Na jego realizację przeznaczono środki Europejskiego Funduszu Społecznego, w wysokości 4 500 000 euro (85%). Pozostałe 15% będzie finansowane ze środków budżetu państwa (maks. 9,5%) oraz wkładu własnego beneficjenta (min. 5,5%).

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

Obecnie w ramach świadczeń gwarantowanych brak jest kompleksowych działań ukierunkowanych na zapobieganie i zmniejszanie nadwagi i otyłości.

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/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.

Obecnie (2016 r.) PTD nie zaleca stosowania oznaczenia hemoglobiny glikowanej (HbA1c) do diagnostyki cukrzycy, ze względu na brak wystarczającej kontroli jakości metod laboratoryjnych w Polsce oraz nieustaloną wartość decyzyjną (odcięcia) HbA1c w rozpoznaniu cukrzycy dla polskiej populacji.

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.441.98.2016 „Program zapobiegający chorobom cywilizacyjnym w aspekcie nadwagi, otyłości i cukrzycy wśród mieszkańców województwa opolskiego” realizowany przez: Województwo opolskie, Warszawa, maj 2016, Aneksów do raportów szczegółowych: „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny”, kwiecień 2016, „Programy zdrowotne z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy – wspólne podstawy oceny”, kwiecień 2016 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 167/2016 z dnia 30 maja 2016 roku o projekcie programu „Program zapobiegający chorobom cywilizacyjnym w aspekcie nadwagi, otyłości i cukrzycy wśród mieszkańców województwa opolskiego”