



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 295/2017 z dnia 27 października 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Odważ się na
zdrowie – program metaboliczny dla mieszkańców Wielkopolski”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Odważ się na zdrowie – program metaboliczny dla mieszkańców Wielkopolski” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej obejmuje istotny z punktu widzenia chorób cywilizacyjnych problem zdrowotny. W dużej części stanowi 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 opracowano poprawnie.

Dobór populacji docelowej nie budzą zastrzeżeń. Należy jednak wskazać postawy założenia dotyczącego odsetka uczestników kwalifikujących się do interwencji multikomponentowych.

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

- Wskazanie osób odpowiedzialnych za prowadzenie wywiadów dot. stanu zdrowia z uczestnikami.
- Dostosowania dietoterapii do wytycznych PTDiety oraz wskazania, czy komponent aktywności fizycznej będzie realizowany zgodnie z tymi rekomendacjami.
- Należy także podać informacje szczegółowe co do planowanych spotkań informacyjno – edukacyjnych.

Monitorowanie warto uzupełnić o wskaźniki z zakresu zgłaszalności do programu. Ewaluację zaplanowano poprawnie.

W zakresie budżetu należy zwrócić uwagę na zawyżone koszty prowadzenia badań w trakcie kwalifikacji do programu. Zredukowanie kosztu tych badań pozwoli na uwolnienie środków, które przeznaczyć można na pozostałe interwencje w programie.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu nadwagi i otyłości. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 10 000 000 PLN, zaś okres realizacji to 3 lata.

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 2016-2024 („poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa”).

W projekcie w sposób szczegółowy przedstawiono regionalną sytuację epidemiologiczną dot. problemu cukrzycy oraz nadwagi i otyłości. Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w 2014 r. w województwie wielkopolskim odnotowano 967 hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako otyłość, co stanowiło 13,04% rozpoznań zakwalifikowanych jako choroby metaboliczne. Liczba hospitalizacji z powodu otyłości na 100 tys. mieszkańców wynosiła 34,34 i była to 10. wartość wśród województw.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „poprawa stanu zdrowia mieszkańców Wielkopolski poprzez przeprowadzenie interwencji edukacyjno-zdrowotnej oraz wdrożenie działań zapobiegających nadwadze i otyłości”. 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 poprawnie odniesiono się do mierników efektywności. W omawianym zagadnieniu istotne jest aby mierniki odnosiły się do poszczególnych zaburzeń jakie zostały wykryte oraz uwzględniały wartości BMI i WHR. Istotne jest także aby wskaźniki określane były przed i po przeprowadzeniu danych interwencji, gdyż dopiero zanotowana zmiana świadczy o osiągnięciu danego efektu zdrowotnego.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią osoby w wieku produkcyjnym niemobilnym (a więc zgodnie z definicją GUS kobiety w wieku 45-59 lat oraz mężczyźni w wieku 45-64 lat) cierpiące na nadwagę lub otyłość. Zgodnie z treścią projektu, w 2016 roku województwo wielkopolskie zamieszkiwało w sumie 3 481 625 osób, z czego osoby w wieku produkcyjnym niemobilnym stanowiło 768 101 osób (333 952 kobiety w wieku 45-59 lat oraz 434 149 mężczyzn w wieku 45-64 lata). W projekcie założono, że na nadwagę i otyłość w województwie cierpi ok. 50% mieszkańców, w związku z czym wskazano, że populację docelową programu stanowić będzie ok. 384 050 osób. Szacunki te nie budzą zastrzeżeń.

W projekcie założono, że do badań przesiewowych przystąpi ok. 20% ww. populacji (czyli ok. 76 810 osób). Natomiast wsparciem multidyscyplinarnym objętych ma zostać 6 098 osób. Nie odniesiono się jednak do przyczyn, dla których ma zamiar objąć programem taką, a nie inną populację. Warto przy tym mieć na uwadze, że objęcie takiego odsetka może nie przełożyć się na widoczne w populacji docelowej efekty zdrowotne.

W projekcie opisano kryteria kwalifikacji do programu, jak również do etapu interwencji multikomponentowych.

Interwencja

Wśród osób uczestników programu na wstępnym etapie programu, przeprowadzone mają zostać pomiary masy, wzrostu, obwodu talii oraz ciśnienia tętniczego. Ponadto przeprowadzony ma zostać wywiad środowiskowo-rodzinny. Na podstawie pomiarów antropometrycznych, weryfikowane ma być występowanie wśród uczestników nadwagi lub otyłości, które zdefiniowano jako BMI między 25-

29,9 kg/m² w przypadku nadwagi oraz > 30 kg/m² w przypadku otyłości. Wskazane w projekcie wartości BMI zgodne są z rekomendacjami w przedmiotowym zakresie.

Wartości obwodu talii (WHR) jakie kwalifikować mają do udziału w programie określono natomiast jako >80 cm w przypadku kobiet oraz > 94 cm w przypadku mężczyzn. Wartości te w rekomendacjach wskazywane są jako podstawy do zdiagnozowania otyłości brzusznej.

Wywiad przeprowadzany z uczestnikiem obejmować ma stan zdrowia, historię żywienia i aktywności fizycznej oraz historię chorób w rodzinie. Należy wskazać, że w projekcie nie uściślono, kto przeprowadzać będzie wywiady z pacjentami, ani też jak ich wyniki wpływać będą na dalsze losy uczestników w programie, co należy uzupełnić. Niemniej jednak należy zaznaczyć, że w rekomendacjach wskazuje się, iż 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.

W projekcie wskazano, że do multikomponentowego wsparcia, kwalifikowane będą jedynie osoby ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością „najbardziej narażone na rozwój powiązanych z nimi chorób cywilizacyjnych” – kwestia ta nie została jednak sprecyzowana. Szczegółowe kryteria kwalifikacji opracowane mają zostać dopiero przez powołaną w ramach programu Radę. Należy podkreślić, że zasady kwalifikowania uczestników do poszczególnych etapów programu powinny zostać ustalone przed rozpoczęciem jego realizacji. Każdy uczestnik natomiast powinien zostać poinformowany o zasadach udzielania świadczeń w programie. Tym samym należy dokonać stosownych zmian zgodnie z powyższymi sugestiami.

Interwencje zaplanowane w ramach programu, obejmować mają komponent aktywności fizycznej, komponent dietetyczny, oraz interwencje behawioralne (psychologiczne). Zgodnie z treścią projektu, wsparcie będzie miało charakter długoterminowy, a uczestnicy będą poddawani interwencjom mającym na celu redukcję masy ciała przez okres 6 miesięcy. Należy zaznaczyć, że interwencje multikomponentowe zaplanowane do realizacji w ramach programu, zgodne są zarówno z opiniami ekspertów klinicznych jak i z rekomendacjami z przedmiotowego zakresu, w których podkreśla się, że działania mające na celu redukcję masy ciała powinny być kompleksowe i powinny obejmować wprowadzenie odpowiedniej diety, aktywności fizycznej oraz zmian behawioralnych. W projekcie wskazano osoby odpowiedzialne za prowadzenie poszczególnych interwencji (poza wywiadem dot. stanu zdrowia), co nie budzi zastrzeżeń.

W zakresie komponentu aktywności fizycznej realizowane będą m.in. zajęcia ogólnorozwojowe (w tym m.in. na basenie, w sali ćwiczeń, w plenerze), zajęcia aerobowe oraz zajęcia anaerobowe (jako ćwiczenia wspomagające). Z treści projektu nie wynika jednoznacznie jaki zakres oraz częstotliwość i czas trwania zajęć będzie realizowany wśród uczestników programu. W projekcie powołano się na rekomendacje PTDiety jednak nie wskazano, czy w realizacji programu zostaną one uwzględnione, co warto doprecyzować.

W projekcie wskazano także, że formy aktywności fizycznej dostosowane zostaną do preferencji i możliwości uczestników, co zgodne jest z rekomendacjami, w których wskazuje się, że leczenie osób dorosłych z rozpoznaną nadmierną masą ciała powinno być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta. Ponadto uczestnicy zobowiązani będą do przedstawienia zaświadczenia o braku przeciwwskazań do wykonywania ćwiczeń.

Komponent dietetyczny realizowany ma być w ramach zajęć indywidualnych oraz opcjonalnie w formie zajęć grupowych. Zastosowane mają być także „techniki audiowizualne”, nie sprecyzowano jednak tej kwestii. W ramach konsultacji dietetycznych, układane mają być spersonalizowane diety, dostosowane do potrzeb uczestników, celem redukcji masy ciała, a także monitorowany ma być przebieg leczenia i jego efekty. Określono także zagadnienia które powinny zostać uwzględnione w ramach poszczególnych konsultacji dietetycznych. Uczestnicy otrzymywać będą dzienniczki, w których notować mają rodzaje i ilości spożywanych pokarmów oraz zmiany w planie diety. Należy wskazać, że również w rekomendacjach zwraca się uwagę na konieczność uwzględniania samokontroli pacjenta w programach obejmujących interwencje mające na celu spadek wagi. W treści projektu przytoczono zalecenia PTDiety, w których wskazuje się zasady terapii. Należy jednak

zaznaczyć, że założenia projektu w zakresie liczby wizyty odbiegają od wskazanych rekomendacji. Warto zatem doprecyzować program w tym zakresie.

W treści projektu podano, że jeżeli po 3 miesiącach interwencji nie nastąpi spadek masy ciała lub nie zaobserwuje się zmniejszenia obwodu talii, uczestnik skierowany zostanie na pogłębioną diagnostykę w celu zbadania obecności chorób współistniejących, w ramach świadczeń NFZ. Należy zauważyć, że zgodnie z wcześniej opisanymi założeniami, wsparcie dietetyczne obejmować ma okres 3 miesięcy, w czasie których odbyć ma się 2-9 spotkań z dietetykiem, z czego obowiązkowe będą 2 spotkania.

Zgodnie z treścią projektu, w zależności od indywidualnych potrzeb uczestnicy będą mieli możliwość skorzystania z konsultacji psychologicznej oraz będą mogli zostać objęci terapią behawioralno-poznawczą lub terapią grupową. Ich zakres obejmować ma samokontrolę, ustalanie celów, sposobów radzenia sobie z problemami oraz motywowanie do działania. W projekcie opisano zasady realizacji tej interwencji. Działanie to zgodne jest z rekomendacjami.

Projekt zakłada także przeprowadzenie, skierowanej do wszystkich mieszkańców, kampanii informacyjno-edukacyjnej, w ramach której planuje się utworzenie strony internetowej, zorganizowanie spotkania edukacyjnego oraz dystrybucję materiałów edukacyjnych. Działanie to warto doprecyzować w zakresie prowadzonych warsztatów, czasu ich trwania liczby zapraszanych osób i zakresu tematycznego.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie zaplanowano jego monitorowanie i ewaluację, jednak wymagają one doprecyzowania. Zasadne jest, aby w ramach zgłaszalności do programu odniesiono się również do liczby osób, które wzięły udział w działaniach z zakresu aktywności fizycznej i które skorzystały z porad psychologicznych. Ponadto warto również przygotować wskaźnik odnoszący się do osób, które zgłosiły się do programu lecz nie zostały do niego zakwalifikowane oraz osób, które zrezygnowały z udziału, wraz ze wskazaniem przyczyn takiego stanu rzeczy. Ocena jakości udzielanych świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

Ewaluacja programu polegać będzie na porównaniu wskaźników w zakresie masy ciała, wskaźnika BMI oraz obwodu talii wśród uczestników na początku oraz na zakończenie udziału w programie. Ponadto wnioskodawca wskazuje, że o skuteczności działań oprócz obniżenia powyższych wartości wśród uczestników, będzie również świadczyć wzrost aktywności fizycznej i wiedzy nt. zdrowego stylu życia. W treści projektu zaznaczono, że realizator będzie zobligowany do szczegółowego podsumowania wyników przeprowadzonych interwencji z uwzględnieniem kontroli uczestników po 3 miesiącach od zakończenia udziału w multikomponentowym wsparciu. Założenia odnośnie ewaluacji wpisują się w wytyczne NICE 2013.

Warunki realizacji

Projekt programu uwzględni wybór realizatora w ramach konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Opisano także kompetencje realizatora. Do zadań realizatora należeć będzie m.in. powołanie Rady, która odpowiadać będzie za merytoryczną jakość realizowanych działań oraz zapewnienie ich realizacji zgodnie z procedurami medycznymi. Dokładny skład Rady jak również zakres jej obowiązków określony ma zostać przez realizatora. Warto jednak w projekcie doprecyzować jakie są założenia co do funkcjonowania wspomnianej Rady.

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

Koszt całkowity programu wynieść ma 10 000 000 zł. W projekcie wskazano koszty poszczególnych etapów programu. Należy jednak kosztorys programu uzupełnić o kosztów poszczególnych interwencji przewidzianych do realizacji w ramach działań informacyjnoedukacyjnych.

W zakresie badań kwalifikujących (BMI, ciśnienie tętnicze) do programu zaplanowany koszt jednostkowy jest dość wysoki w stosunku do zakresu czynności koniecznych do wykonania (pomiar wagi i wzrostu oraz obliczenie wg wzoru). W sumie, przy założeniu uczestnictwa w badaniach 76 810 osób, koszt ww. badań wynieść ma 1 536 200 zł. Warto zatem zredukować te koszty i uwolnione

środki przeznaczyć na interwencje multikomponentowe. W celu zmniejszenia kosztów warto rozważyć wykonywanie takich pomiarów przez samych uczestników i dostarczenie wyników np. w formie ankiety. Wyliczenia BMI mogą się również odbyć w oparciu o dostępne online kalkulatory BMI.

Projekt zakłada finansowanie z Europejskiego Funduszu Społecznego.

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.

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 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, psychiatrę, pediatrę, pielęgniarkę pediatryczną. 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).

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.441.296.2017 „Odważ się na zdrowie – program metaboliczny dla mieszkańców Wielkopolski” realizowany przez: Województwo wielkopolskie, Warszawa, październik 2017 oraz Aneksu „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny” z kwietnia 2016. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 342/2017 z dnia 23 październik 2017 roku o projekcie programu „Odważ się na zdrowie – program metaboliczny dla mieszkańców Wielkopolski”