

Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 239/2018 z dnia 17 grudnia 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci
w wieku przedszkolnym w województwie śląskim na lata
2019-2022” realizowanego przez: województwo śląskie

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym w województwie śląskim na lata 2019-2022” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Zaplanowane w projekcie działania, mające na celu prewencję nadwagi i otyłości u dzieci, są zgodne z rekomendacjami klinicznymi w przedmiotowym zakresie. Zatem przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej, dzięki swoim założeniom, może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych, szczególnie w zakresie działań edukacyjnych. Jednakże niektóre elementy programu należy dopracować zgodnie z poniższymi uwagami, aby jego realizacja była jak najwyższej jakości.

Wskazane w projekcie cele programowe należy przekonstruować zgodnie z zasadą SMART. Uszczegółowienia wymaga również kwestia dotycząca mierników efektywności, które powinny korespondować z przedstawionymi celami, a także umożliwić ocenę skutków programu.

Zaproponowana populacja docelowa wymaga doprecyzowania w zakresie jej liczebności. Interwencje wskazane w programie są zgodne z wytycznymi. Niemniej jednak zaplanowane badania diagnostyczne stanowią świadczenia gwarantowane, zatem istnieje ryzyko ich podwójnego finansowania. Powyższa kwestia powinna znaleźć odzwierciedlenie w kryteriach kwalifikacji do programu.

Monitorowanie i ewaluacja zostały zaplanowane w projekcie, jednakże elementy te należy uzupełnić zgodnie z uwagami w dalszej części opinii.

Przedstawiony budżet wymaga weryfikacji w odniesieniu do liczebności populacji docelowej programu. Ponadto w kosztorysie należałoby uwzględnić koszty związane z monitorowaniem i ewaluacją programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości. Budżet programu wynosi 5 516 280 zł, zaś okres jego realizacji to lata 2019-2022.

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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.) 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

Problem zdrowotny opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej wpisuje się w priorytet zdrowotny zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 469): „przeciwdziałanie występowaniu otyłości”. Ponadto zakres programu wpisuje się w jeden z celów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 – „poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia społeczeństwa oraz aktywności fizycznej społeczeństwa”.

W projekcie przedstawiono opis problemu zdrowotnego oraz sytuację epidemiologiczną w skali światowej, krajowej oraz regionalnej. Jednak nie odniesiono się do map potrzeb zdrowotnych (MPZ) w przedmiotowym zakresie.

Zgodnie z MPZ, w 2014 r. w województwie śląskim sprawozdano 200 hospitalizacji dzieci z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako otyłość (w skali kraju – 3,5 tys. hospitalizacji). Wskaźnik hospitalizacji wyniósł 20,1/100 tys. dzieci (w skali kraju – 49,0/100 tys.). Przy czym, liczba hospitalizacji nie odzwierciedla rzeczywistej epidemiologii otyłości u dzieci, ponieważ większość pacjentów z tymi schorzeniami jest leczona w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej lub przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zwiększenie świadomości w zakresie prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej wśród dzieci w wieku 5-6 lat uczestniczących w wychowaniu przedszkolnym oraz wiedzy dotyczącej występowania dziecięcej nadwagi i otyłości wśród rodziców i opiekunów przedszkolnych do 2022 roku”. Należy zaznaczyć, że założenie główne powinno być wyraźnie zdefiniowane i precyzyjnie wytyczone (w odniesieniu do planowanego czasu), a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

W projekcie sformułowano także 4 cele szczegółowe:

- „zwiększenie wykrywalności nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku 5-6 lat uczestniczących w wychowaniu przedszkolnym do 2022”,
- „rozwój postaw prozdrowotnych oraz rozwijanie prawidłowych nawyków żywieniowych wśród dzieci w wieku 5-6 lat uczestniczących w wychowaniu przedszkolnym do 2022”,
- „zwiększenie wiedzy personelu przedszkoli na temat zasad i sposobów kształtowania postaw prozdrowotnych oraz nawyków żywieniowych wśród dzieci w wieku 5-6 lat uczestniczących w wychowaniu przedszkolnym do 2022 roku”,
- „zwiększenie wiedzy rodziców na temat zasad i sposobów kształtowania postaw prozdrowotnych oraz nawyków żywieniowych wśród dzieci w wieku 5-6 lat uczestniczących w wychowaniu przedszkolnym do 2022 roku”.

Należy wskazać, że drugi cel szczegółowy stanowi działanie, a nie oczekiwany i docelowy stan, który powinno się osiągnąć w ramach realizacji programu. Ponadto w trakcie definiowania celów niezbędne jest określenie konkretnych wartości, które będzie można zmierzyć po zakończeniu programu.

Biorąc powyższe pod uwagę, wskazane cele programowe wymagają doprecyzowania zgodnie z regułą SMART, według której cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie.

Zaproponowano 11 mierników efektywności, które korespondują z celami programowymi. W projekcie nie wskazano wartości docelowej wskaźnika dotyczącego liczby dzieci ze zdiagnozowaną nadwagą lub otyłością uczestniczących w programie, argumentując, iż dotyczy on przypadków niezdiagnozowanych. Z kolei w odniesieniu do pozostałych mierników założono wzrost ich wartości o min. 40% w stosunku do wartości bazowej, jednak nie sprecyzowano na jakiej podstawie przyjęto ww. wzrost wartości wskaźników. Powyższe kwestie wymagają uzupełnienia.

Należy pamiętać, że mierniki efektywności są to wskaźniki, które umożliwiają obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów. Mierniki powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie wyrażone w odpowiednich jednostkach miary. Ponadto warto podkreślić, aby dane zbierane były przed i po realizacji danych działań, gdyż dopiero zanotowana zmiana świadczy o wielkości uzyskanego efektu.

W przypadku programów w zakresie zapobiegania nadwagi i otyłości u dzieci istotne jest, aby mierniki efektywności odnosiły się m.in. pomiaru BMI, analizy liczby rodziców/opiekunów, u których zwiększył się poziom wiedzy na temat zasad prawidłowego żywienia oraz analizy liczby rodzin, które wprowadziły zasady prawidłowego żywienia, a także zwiększyły swoją aktywność fizyczną.

Populacja docelowa

Populację docelową stanowią dzieci w wieku 5-6 lat, objęte wychowaniem przedszkolnym na terenie woj. śląskiego, a w zakresie edukacji również ich rodzice/opiekunowie prawni i opiekunowie przedszkolni.

Liczebność populacji kwalifikującej się do udziału w programie oszacowano na podstawie danych GUS z 2016 r. na 79 628 osób, tj. 86,41% wszystkich dzieci w ww. grupie wiekowej zamieszkałych województwo śląskie. Przyjęto, że w programie będzie mogło wziąć udział 10% dzieci z populacji docelowej (tj. 7 960 dzieci). W zakresie działań edukacyjnych przewiduje się objęcie programem takiej samej liczby rodziców jak i dzieci. W przypadku opiekunów wychowania przedszkolnego interwencja ma objąć maksymalnie dwóch opiekunów na grupę, w których znajdują się dzieci biorące udział w programie.

Podstawowymi kryteriami włączenia do programu będą: miejsce zameldowania/zamieszkania dziecka na terenie woj. śląskiego, wiek 5-6 lat oraz pisemna zgoda rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie. W przypadku rodziców/opiekunów prawnych dzieci kwalifikacja będzie polegać na wyrażeniu zgody na dwukrotne wypełnienie ankiet oraz uczestnictwo wraz z opiekunami grup przedszkolnych w cyklu szkoleń. W treści projektu nie wskazano kryteriów wykluczenia z programu. Powyższe wymaga uzupełnienia z uwagi na ryzyko powielenia świadczeń gwarantowanych w zakresie przeprowadzenia badań bilansowych.

Interwencja

Opiniowany projekt zakłada przeprowadzenie szkoleń edukacyjnych (z zakresu dietetycznego, promocji aktywności fizycznej oraz behawioralnego) oraz badań antropometrycznych (pomiar wysokości ciała, pomiar masy ciała, analiza składu masy ciała).

Edukacja realizowana będzie poprzez szkolenia z zakresu zasad zdrowego żywienia, promocji aktywności fizycznej oraz nauk behawioralnych odnoszących się do zmiany nawyków żywieniowych. Programy szkoleniowe zostaną opracowane na podstawie wyników ankiet wypełnionych przez rodziców/opiekunów prawnych oraz wyników badań antropometrycznych dzieci. Jednak do projektu nie załączono wzoru formularza ankiety, zatem nie była możliwa weryfikacja ich treści. W projekcie wskazano liczbę i czas trwania oraz liczebność grup edukacyjnych. Natomiast w projekcie nie zaplanowano pomiaru wiedzy uczestników programu po zakończeniu cyklu szkoleń, co wymaga uzupełnienia.

Zgodnie z rekomendacjami najlepszą formą profilaktyki otyłości dzieci i młodzieży są skoordynowane interwencje łączące zarówno problemy dietetyczne, edukację zdrowotną oraz aktywność fizyczną (USPTF 2017, NICE 2006, WHO 2010). Rekomendacje wskazują również na konieczność udziału

w programach z zakresu nadwagi i otyłości wielodyscyplinarnego zespołu specjalistów (NICE 2015, CTFPHC 2015, EASO 2015). W przesłanym projekcie programu uwzględniono powyższe kwestie.

Należy zaznaczyć, że w odnalezionych wytycznych, zaleca się aby rodzice byli aktywnie zaangażowani w zmianę stylu życia dziecka (USPSTF 2017, NICE 2015, NHMRC 2013, ICSI 2013, SIGN 2010, NAPNP 2006). Również w dowodach naukowych wskazuje się, że interwencje z udziałem rodziców/nauczycieli są efektywne (Summerbell 2009, Seo 2010, Van Cauwenberghe 2010, Wofford 2008, Wilson 2003). Środowisko domowe dzieci ma znaczny wpływ na wagę dzieci, na nawyki żywieniowe, aktywność fizyczną i modele zachowań (Kropski 2008).

Zgodnie z zapisami projektu dzieci zostaną dwukrotnie poddane badaniom antropometrycznym (na początku i na zakończenie roku szkolnego), obejmującym pomiar wysokości ciała, pomiar masy ciała oraz analizę składu masy ciała. Wskazane badania będą realizowane w placówce przedszkolnej przez wykwalifikowany personel (tj.: pielęgniarkę, dietetyka, rehabilitanta/fizjoterapeutę), w obecności rodziców/opiekunów prawnych dzieci lub personelu przedszkola.

Odnalezione wytyczne zalecają wyliczanie BMI u dzieci i młodzieży w wieku 2-18 lat (ICSI 2013, NHMRC 2013). Natomiast zaktualizowane rekomendacje USPSTF 2017 wskazują na wykonywanie badania przesiewowego w kierunku otyłości u dzieci i młodzieży w wieku ≥ 6 r.ż.

Zgodnie z rekomendacjami pomiar BMI jest podstawowym narzędziem przesiewowym w kierunku nadwagi i otyłości (KLRP/PTMR/PTBO 2017, USPSTF 2017, NICE 2016, OCDPS 2015, PTDiets 2015, EASO 2015, NHMRC 2013, ICSI 2013, AHA/ACC/TOS 2013, SIGN 2010, ECP 2008, PFP 2008, NAPNP 2006, NCCPC/NICE 2006). W przypadku dzieci i młodzieży BMI mierzy się przy pomocy siatek centylowych (NICE 2015, OCDPS 2015, NHMRC 2013, SIGN 2010, PFP 2008, NAPNP 2006).

Zgodnie z wytycznymi (NICE 2013) osobom zakwalifikowanym do programu powinno się wyliczyć BMI w momencie kwalifikacji do programu, na zakończenie, po 6 miesiącach i po 1 roku od zakończenia programu.

W rekomendacjach oprócz pomiarów antropometrycznych, zaleca się dodatkowo, indywidualnie dobrane badania laboratoryjne, w tym m.in.: poziom glukozy, insuliny, profil lipidowy, kwas moczowy (OCDPS 2015, PTDiets 2015). Powyższe warto uwzględnić w programie.

Należy zaznaczyć, iż pomiary antropometryczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania i są wykonywane jako badania przesiewowe w trakcie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w klasie I szkoły podstawowej w wyniku niewykonania badania w terminie), a więc wśród populacji docelowej. Zatem należy zwrócić uwagę, aby interwencja nie była podwójnie finansowana u danego pacjenta.

Podsumowując, interwencje zaplanowane w projekcie znajdują odzwierciedlenie w aktualnych wytycznych. Aczkolwiek niektóre kwestie dotyczące m.in. analizy pomiaru wiedzy uczestników programu po zakończeniu cyklu szkoleń oraz ryzyka podwójnego finansowania świadczeń wymagają korekty.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja programu zostały zaplanowane w projekcie, niemniej jednak elementy programu wymagają uzupełnienia.

Wskaźniki zaproponowane w ramach oceny zgłaszalności są poprawne. Jednakże dodatkowo należy także monitorować m.in.: liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie, liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów).

Ocena jakości świadczeń zostanie przeprowadzona w oparciu o wyniki ankiety satysfakcji. Przy czym do projektu nie załączono wzoru formularza, zatem nie była możliwa weryfikacja treści kwestionariusza.

Ewaluacja programu będzie opierać się na ocenie mierników efektywności programu. Zaznaczono, że rzeczywistą efektywność realizacji programu ocenić będzie można dopiero w perspektywie wieloletniej, w oparciu o dane statystyczne dotyczące odsetka osób z nadwagą i otyłością w województwie. W treści projektu zaznaczono, że badanie antropometryczne dzieci oraz badanie ankietowe rodziców będą odbywać się na początku i na zakończenie roku szkolnego (wrzesień i czerwiec), w celu określenia zachodzących zmian po przeprowadzonej interwencji. Należy pamiętać, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu.

Warto podkreślić, iż rekomendacje dotyczące monitorowania i ewaluacji w zakresie przedmiotowego problemu zdrowotnego, wskazują iż ten element programu powinien obejmować pomiary wagi, procentowe zmiany wagi, procent uczestników, u których zanotowano co najmniej 3%, 5% spadek wagi, procent uczestników, którzy ukończyli program, wiek, płeć oraz status socjoekonomiczny (NICE 2016), co częściowo zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Odniesiono się do wymagań w zakresie personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. W ramach programu zostanie przeprowadzona akcja informacyjno-rekrutacyjna z wykorzystaniem dostępnych środków przekazu.

Zakończenie w programie będzie możliwe na każdym jego etapie. Wskazano ścieżkę postępowania z pacjentem po zakończeniu realizacji programu. Rodzicom dzieci ze stwierdzoną nadmierną masą ciała oraz odnotowanym brakiem postępów w jej ograniczaniu w trakcie realizacji programu, zostanie przekazana informacja o konieczności skorzystania z poradni specjalistycznej w ramach NFZ.

W projekcie programu oszacowano koszty całkowite wynoszące 5 516 280 zł. Koszt jednostkowy udziału jednego dziecka (wraz z rodzicem/ opiekunem prawnym i personelem przedszkola) przez jeden rok szkolny w programie ma wynieść ok. 630 zł i obejmuje koszty badań antropometrycznych oraz działań edukacyjnych. Jednakże w kosztorysie pojawiają się sprzeczne zapisy dotyczące liczebności populacji docelowej programu. Koszt całkowity programu oszacowano zakładając, że liczba dzieci biorących udział w programie wyniesie 7 960 osób. Natomiast z zapisów projektu dotyczących podziału kosztów na poszczególne lata realizacji wynika, że w programie weźmie udział łącznie 7 170 dzieci. Powyższa kwestia wymaga doprecyzowania. Ponadto w budżecie należałoby uwzględnić koszty związane z monitorowaniem i ewaluacją programu.

Program ma być współfinansowany ze środków 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 Polsce od 2006 roku realizowany jest ogólnopolski Program edukacyjno-informacyjny „Trzymaj formę” współorganizowany jest przez Główny Inspektorat Sanitarny (GIS) oraz Polską Federację Producentów Żywności Związek Pracodawców (PFPZZP) w ramach realizacji strategii WHO dotyczącej diety, aktywności fizycznej i zdrowia.

Celem programu "Trzymaj formę!" jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety, w oparciu o odpowiedzialność indywidualną i wolny wybór jednostki.

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

Ocena technologii medycznej

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

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

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

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

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).

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 ciśnienia tętniczego 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.

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).

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 pediatria. 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,
- powinny definiować 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 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.208.2018 „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym w województwie śląskim na lata 2019-2022” realizowany przez: województwo śląskie, Warszawa, grudzień 2018, Aneksu do raportów szczegółowych: „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny” z kwietnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 328/2018 z dnia 17 grudnia 2018 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym w województwie śląskim na lata 2019-2022”.