



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 1/2019 z 2 stycznia 2019
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
otyłości i nadciśnienia tętniczego u dzieci w wieku szkolnym”
realizowany przez Miasto Kraków**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki otyłości i nadciśnienia tętniczego u dzieci w wieku szkolnym” realizowany przez Miasto Kraków pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Działania mające na celu prewencję otyłości i nadciśnienia tętniczego u dzieci są rekomendowane, a przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Należy jednak dopracować niektóre elementy programu, aby jego realizacja była jak najwyższej jakości.

Zaproponowane w projekcie cele programowe wymagają doprecyzowania zgodnie z zasadą SMART, według której cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Poprawy wymaga również kwestia dotycząca niektórych mierników efektywności, które powinny umożliwić ocenę skutków programu.

Zaproponowana populacja docelowa wymaga doprecyzowania w zakresie jej liczebności. Interwencje wskazane w projekcie programu wymagają uzupełnienia w zakresie szczegółowego opisu zaplanowanych konsultacji dietetycznych, psychologicznych i aktywności fizycznej. Dodatkowo wątpliwości budzi zaplanowana w projekcie diagnostyka laboratoryjna, która nie została opisana precyzyjnie oraz nie uzasadniono potrzeby jej realizacji w projekcie (mając na uwadze cele projektu). Zaleca się zatem rezygnację z tej części projektu i przeznaczenie uwolnionych środków na pozostałe działania projektowe.

Monitorowanie i ewaluacja zostały zaplanowane poprawnie.

Budżet nie budzi większych wątpliwości. Jednakże w kosztorysie należałoby uwzględnić koszty związane z monitorowaniem i ewaluacją programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania otyłości i nadciśnienia tętniczego. Całkowity budżet programu wynosi 10 538 720 zł, zaś okres jego realizacji to lata 2019-2021.

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 2017 r. poz. 1938 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 priorytety zdrowotne zgodne z §1 ust. 7 i 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2009 r. Nr 137 poz. 1126): „przeciwdziałanie nadwadze i 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 ogólnoświatowe oraz europejskie informacje odnoszące się do występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Z kolei na podstawie wyników badań przeprowadzonych przez Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie, w programie wykazano, że w Polsce otyłość dot. ok. 16% dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Dodatkowo przytoczono wyniki badań Kliniki Endokrynologii Dzieci i Młodzieży Katedry Pediatrii UJ, zgodnie z którymi wśród 170 nastolatków z otyłością prostą z terenu Małopolski rozpoznano nadciśnienie tętnicze u 55,8% dzieci.

Zgodnie z podsumowaniem map potrzeb zdrowotnych dla województwa małopolskiego, w 2014 r. w województwie małopolskim sprawozdano 100 hospitalizacji dzieci z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako otyłość (3,5 tys. hospitalizacji w skali kraju). Wskaźnik hospitalizacji wyniósł 19/100 tys. dzieci (49,0/100 tys. w skali kraju). Należy jednak zaznaczyć, że 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 „poprawa stanu zdrowia dzieci w Krakowie poprzez przeprowadzenie kompleksowej interwencji polegającej na wychwyceniu w populacji uczniów szkół podstawowych Krakowa grupy dzieci z nadwagą, otyłością z lub bez nadciśnienia i objęcie ich kompleksowym programem edukacyjno-zdrowotnym”.

W projekcie przedstawiono 5 celów szczegółowych stanowiących uzupełnienie celu głównego:

- zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości z lub bez nadciśnienia u dzieci w wieku szkolnym w Krakowie;
- redukcja masy ciała i ciśnienia tętniczego u dzieci objętych programem interwencyjnym;
- wczesne wykrycie dzieci z chorobami cywilizacyjnymi – nadwagą, otyłością z lub bez nadciśnienia oraz zaburzeniami lipidowymi wymagające leczenia nefarmakologicznego lub farmakologicznego, planowo zgodne z programem lub w trybie pilnym w ramach NFZ;
- podniesienie świadomości zdrowotnej dzieci, rodziców i nauczycieli uczestniczących w programie dotyczącym chorób cywilizacyjnych;
- wprowadzenie prawidłowych nawyków zdrowego stylu życia, diety i aktywności fizycznej, warunkujących harmonijny rozwój dzieci i młodzieży oraz utrwalenie ich po zakończeniu programu;

Wskazane cele programowe wymagają przeformułowania zgodnie z regułą SMART, według której cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Należy określić m. in. wartości do których powinno się dążyć w ramach programu, czas w którym poszczególne cele mają zostać zrealizowane.

W projekcie przedstawiono 5 mierników efektywności:

- wyłoniona liczba dzieci z nadwagą otyłością z lub bez nadciśnieniem zgodnie z centylem masy ciała, wzrostu i wyliczeniem BMI oraz wartością centylową ciśnienia tętniczego krwi w 1,2 i 3 roku programu oraz roku po zakończeniu programu u wybranej grupy uczniów;
- zmiana zachowań zdrowotnych rodziców i dzieci (badanie ankietowe);
- wdrażanie leczenia u dzieci z wykrytymi schorzeniami;
- liczba dzieci i rodziców z ugruntowaną wiedzą na temat zdrowego stylu życia;
- poziom satysfakcji dzieci, rodziców i nauczycieli z przeprowadzonego programu (badanie ankietowe).

Nie wszystkie z tych mierników korespondują z celami programowymi. Ostatni miernik nie odnosi się do celów szczegółowych, natomiast miernik drugi i trzeci został sformułowany w sposób nieprawidłowy. Ponadto w trakcie definiowania mierników niezbędne jest określenie konkretnych wartości, które będzie można zmierzyć po zakończeniu programu.

Zgodnie z definicją, mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Ponadto należy pamiętać, aby wartości wskaźników określane były przed i po realizacji programu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią będą dzieci w wieku 7-8 lat i 13-14 lat, uczęszczające do szkół podstawowych w Krakowie. W projekcie uwzględniono łączną liczbę uczniów, która kwalifikować się będzie do programu i wyniesie ok. 38 500 osób. Natomiast zgodnie z danymi GUS w Krakowie, w latach 2011-2013 urodziło się 22 178 dzieci (odpowiednio w latach 2019-2021 rozpoczną edukację w klasach II szkół podstawowych), a w latach 2005-2007 – 19 862 dzieci (odpowiednio w latach 2019-2021 rozpoczną edukację w klasach VIII szkół podstawowych). W projekcie programu błędnie wskazano, że populacja dzieci w wieku 13-14 lat to uczniowie klas VII szkoły podstawowej, ponieważ to również uczniowie klasy VIII. W projekcie założono, że w pierwszym etapie programu weźmie udział 70-80% uczniów. Natomiast w odniesieniu do liczebności uczestników części interwencyjnej programu zostały zamieszczone rozbieżne dane (18% vs. 60%) co wymaga wyjaśnienia.

Podstawowym kryterium włączenia dzieci do pierwszego etapu programu będzie wiek i wyrażenie pisemnej zgody na badanie przesiewowe przez rodziców/opiekunów prawnych. Natomiast do kolejnego etapu kwalifikowane będą dzieci z nieprawidłową wagą (nadwaga lub otyłość) z lub bez nadciśnienia tętniczego. Z programu zostaną wyłączone „dzieci z zaburzeniami metaboliczno-endokrynnymi z lub bez nadciśnienia tętniczego, objęte już opieką poradni specjalistycznych w ramach NFZ”.

Interwencja

W opiniowanym projekcie przewidziano następujące interwencje:

- badania przesiewowe (pomiar wagi, wzrostu, ciśnienia tętniczego, ocena BMI),
- badania laboratoryjne w kierunku najczęstszych chorób metabolicznych (profil lipidowy, glukoza, doustny test obciążenia glukozą, hormony tarczycy (TSH, FT4), parametry funkcji wątroby i nerek),
- konsultacje lekarskie,
- konsultacje z dietetykiem, psychologiem, specjalistą aktywności fizycznej.

Projekt programu zakłada przeprowadzenie kampanii edukacyjno-informacyjnej na każdym etapie poprzez media lokalne, prasę, radio, TV, Internet, Organy Samorządu Terytorialnego, placówki szkolne, media społecznościowe oraz organizacje społeczne zajmujące się chorobami cywilizacyjnymi.

Pierwszy etap programu będzie polegał na przeprowadzeniu badań przesiewowych (pomiar wagi, wzrostu, ciśnienia krwi oraz ocena BMI) przez pielęgniarki/higienistki szkolne. Wśród rodziców i dzieci zostaną także przeprowadzone badania ankietowe dotyczące „stylu życia, zachowań zdrowotnych oraz czynników ryzyka i obciążeń rodzinnych”. Ponadto rodzicom przekazane zostaną informacje o stanie zdrowia dzieci i proponowanym dalszym postępowaniu prozdrowotnym, a także materiały promujące prawidłowy, prozdrowotny tryb życia.

Pozyskane wyniki obowiązkowego bilansu ucznia klasy III szkoły podstawowej, wykonywanego w ramach świadczeń gwarantowanych, będą stanowiły podstawę do określenia dalszego trybu postępowania wobec dzieci objętych programem. Kwalifikacja odbywać się będzie na podstawie wyliczonego wskaźnika BMI. Określono, że wartość wskaźnika pomiędzy 90-97 centylem oznaczać będzie nadwagę, a powyżej 97 centyla – otyłość.

Należy podkreślić, że wykorzystanie wskaźnika BMI jako narzędzia przesiewowego w kierunku nadwagi i otyłości jest powszechnie zalecane. 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 u dzieci 2-5 lat; nadwagę, jako >85 centyla BMI i otyłość >97 centyla BMI u dzieci i młodzieży 5-19 lat. Natomiast nie rekomenduje się stosowania pomiaru obwodu talii u dzieci i młodzieży (NICE 2015, CTFPHC 2015).

Dzieci z nadwagą, otyłością z lub bez nadciśnienia tętniczego będą kierowane na badania krwi. W projekcie nie określono jakie wyniki badań będą podstawą do rozpoznania nadwagi lub otyłości wśród dzieci. Natomiast zaznaczono, że w ramach programu „planowane jest oznaczenie profilu lipidowego, poziomu glukozy, doustny test obciążenia glukozą, hormony tarczycy (TSH, fT4), parametry funkcji wątroby i nerek”. W treści projektu znajduje się również następująca informacja: „planowany zakres badań zostanie ustalony i zatwierdzony przez ekspertów – Radę Doradczą Programu”. Rada Doradcza Programu w założeniu ma się składać z „przedstawicieli nauki zajmujących się problemem chorób cywilizacyjnych związanych z otyłością i nadciśnieniem”.

Warto wskazać, że ww. badania laboratoryjne stanowią świadczenia gwarantowane i finansowane ze środków publicznych. Istnieje zatem ryzyko podwójnego ich finansowania. Dodatkowo w projekcie nie wskazano uzasadnienia dla przeprowadzenia badań laboratoryjnych w ramach diagnostyki nadwagi i otyłości. Niewiadome jest również, czy u każdego z uczestników zostanie wykonany ten sam zakres badań. Warto rozważyć rezygnację z tej części projektu i ewentualne wykorzystanie w tym zakresie świadczeń gwarantowanych.

Podczas konsultacji lekarskich dokonana będzie ocena czynników ryzyka oraz wyników badań. Następnie dla każdego dziecka zostanie ustalony indywidualny program edukacyjno-leczniczy. Dzieci z „klinicznymi nieprawidłowościami” będą wykluczone z dalszej części programu i skierowane do poradni specjalistycznych lub oddziałów szpitalnych NFZ. W ramach tego etapu monitorowane będzie także ciśnienie tętnicze w grupie dzieci, u których pierwotnie stwierdzono jego podwyższone wartości.

W projekcie zaplanowano także spotkania konsultacyjne z dietetykiem, psychologiem oraz specjalistą aktywności fizycznej. W treści projektu nie sprecyzowano jednak zakresu tematycznego spotkań, ich liczby i częstotliwości, czasu trwania pojedynczego spotkania oraz jego formy (indywidualna/grupowa). Informacje te wymagają uzupełnienia.

Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami najlepszą formą profilaktyki otyłości dzieci i młodzieży są skoordynowane interwencje łączące zarówno problemy dietetyczne, edukację zdrowotną oraz aktywność fizyczną. Rekomendacje wskazują również na konieczność udziału w programach z zakresu nadwagi i otyłości wielodyscyplinarnego zespołu specjalistów.

Jak wskazują wytyczne poradnictwo dietetyczne może być realizowane w postaci spotkań indywidualnych, grupowych, spotkań z wykorzystaniem technik audiowizualnych (telemedycyna) lub ich kombinacji. Ponadto wszystkie osoby z nadmierną masą ciała należy zachęcać do regularnych ćwiczeń fizycznych. Zgodnie z wnioskami przeglądu systematycznego, na podstawie którego przygotowano rekomendacje, skuteczność w redukcji masy ciała u dzieci i młodzieży z nadwagą, wykazywały interwencje behawioralne (oparte na zmianie stylu życia, np.: instruktaż w zakresie

zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej) trwające co najmniej 26 godzin kontaktowych i obejmujące również rodziców. Należy zaznaczyć, że zaleca się aby rodzice byli aktywnie zaangażowani w zmianę stylu życia dziecka. Również w dowodach naukowych wskazuje się, że interwencje z udziałem rodziców/nauczycieli są efektywne. Środowisko domowe dzieci ma istotny wpływ na wagę dzieci, oraz na nawyki żywieniowe, aktywność fizyczną i modele zachowań.

Dzieci, u których nie zostaną wykryte nieprawidłowości pod postacią nadwagi, otyłości z lub bez nadciśnienia zakończą udział w programie na etapie badań przesiewowych. Natomiast dzieci objęte drugim etapem programu „diagnostyczno-edukacyjno-leczniczym” zakończą udział w programie po upływie 6 i 12 miesięcy po zakończeniu interwencji. Rodzice/opiekunowie prawni dzieci mogą zrezygnować z udziału w programie na każdym jego etapie.

W projekcie zaplanowano także spotkania konsultacyjne z dietetykiem, psychologiem oraz specjalistą aktywności fizycznej. W treści projektu nie sprecyzowano jednak zakresu tematycznego spotkań, ich liczby i częstotliwości, czasu trwania pojedynczego spotkania oraz jego formy (indywidualna/grupowa).

Warto podkreślić, że w programach z zakresu nadwagi i otyłości rekomendowana jest konieczność udziału interdyscyplinarnego zespołu specjalistów (m.in. World Health Organization, WHO 2010). Rekomendacje wskazują, że najlepszą formą profilaktyki otyłości są skoordynowane interwencje łączące zarówno problemy dietetyczne, jak i aktywność fizyczną. Zgodnie z zaleceniami (NICE 2006) programy dotyczące osiągania i utrzymywania prawidłowej masy ciała powinny być interwencjami multikomponentowymi i łączyć strategie zmiany stylu życia, zwiększenia aktywności fizycznej, poprawy nawyków żywieniowych, jakości diety oraz redukcji przyjętej energii. Przedmiotowy program uwzględnia powyższe elementy.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja programu zostały zaplanowane poprawnie.

Ocena zgłaszalności będzie oparta o analizę liczby zgód na udział dziecka w programie, zgłaszalności dzieci (w procentach) oraz liczbie wykonanych badań. Ponadto oceniony zostanie stosunek zgód na badanie do zgłoszeń dzieci do badania oraz porównana będzie zgłaszalność dzieci do programu w kolejnych latach, przyczyny jej wzrostu lub spadku. W projekcie poddana analizie zostanie również część populacji, która nie zgłosi się na badanie np. z przyczyny braku wyrażenia zgody na badanie.

Ocena jakości świadczeń prowadzona będzie w oparciu o anonimowe ankiety wypełniane przez dzieci oraz rodziców/ opiekunów prawnych. Natomiast dokonana zostanie przez niezależnego audytora. Nad utrzymaniem wysokiej jakości merytorycznej, metodologią, organizacją i częścią edukacyjną programu czuwać będzie koordynator oraz Rada Doradcza Programu.

Ewaluacja programu zostanie przeprowadzona na podstawie porównania oceny początkowej i końcowej. W ramach oceny efektywności w projekcie zostały wymienione wskaźniki, które zostaną poddane analizie: liczba dzieci z nadwagą, otyłością z lub bez nadciśnienia, liczba dzieci, u których zostanie poszerzona diagnostyka, liczba dzieci skierowanych do ośrodków specjalistycznych celem objęcia diagnostyką i leczeniem, częstość występowania nadwagi, otyłości i nadciśnienia w badanej populacji jako wskaźnik chorób cywilizacyjnych oraz wskaźnik ryzyka w wieku dorosłym u dzieci Krakowa, poziom podwyższonych wartości ciśnienia jako marker rokowniczy rozwoju nadciśnienia w późniejszym wieku, ocena efektów kampanii edukacyjno-informacyjnej towarzyszącej projektowi, obniżenie BMI i ciśnienia tętniczego krwi u dzieci objętych działaniami interwencyjnymi II etapu w badaniach kompleksowych po 6 i 12 miesiącach od zastosowanej interwencji, poprawa nawyków żywieniowych u dzieci otyłych II etapu programu (badanie ankietowe), wzrost aktywności fizycznej u dzieci otyłych II etapu programu (badanie ankietowe).

Warunki realizacji

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

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Wskazano kryteria kadrowe, lokalowe oraz infrastrukturalne, które będzie musiał spełniać realizator programu.

W projekcie zostały przedstawione przewidywane koszty jednostkowe działań podejmowanych w ramach programu. Projekt zawiera również informacje, że „całościowe, kompleksowe koszty objęciem programem wynoszą około 1 500 zł/os.”. Nie zostały wymienione składowe tego kosztu, co uniemożliwia weryfikację jego wysokości. Niejasne jest czy zawiera on koszt ponownych pomiarów antropometrycznych (przeprowadzanych w celu oceny efektów programu), co należy uzupełnić

Maksymalny koszt badań przesiewowych oszacowano na 1 538 720 zł (1 230 976 zł – przy 80% poziomie zgłaszalności do programu). Natomiast całkowity koszt kompleksowej interwencji specjalistycznej określono na 9 000 000 zł (przy założeniu, że będzie ona skierowana do 6 000 uczniów). Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 10 538 720 zł. Należy zauważyć, że jest to suma maksymalnego kosztu badań przesiewowych oraz całkowitego kosztu kompleksowej interwencji specjalistycznej. Na tej podstawie można przypuszczać, że koszt ponoszony w związku z działaniami Rady Doradczej Programu został uwzględniony w koszcie kompleksowej interwencji specjalistycznej (30 000/6 000 = 5zł/os.). W projekcie obliczono całkowity koszt realizacji programu przy 80% poziomie zgłaszalności – 8 430 976 zł. Natomiast zgodnie z obliczeniami Agencji powinien on wynosić ok. 8 162 000 zł (30 800 osób, tj. 80% populacji docelowej x 40 zł = 1 232 000 zł oraz 4 620 osób, tj. 15% dzieci poddanych badaniom przesiewowym x 1 500 zł). Zaleca się zweryfikowanie tych danych i uzupełnienie.

Program ma być finansowany z budżetu Urzędu Miasta Krakowa w ramach miejskiego programu ochrony zdrowia „Zdrowy Kraków”.

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 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 socio-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 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 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr OT.441.221.2018 Program profilaktyki otyłości i nadciśnienia tętniczego u dzieci w wieku szkolnym” realizowany przez Miasto Kraków, Warszawa, grudzień 2018 oraz Aneksu: „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny”, z kwietnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 240/2018 z dnia 17 grudnia 2018 roku o projekcie programu „Program profilaktyki otyłości i nadciśnienia tętniczego u dzieci w wieku szkolnym” .