



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 56/2019 z dnia 18 maja 2019 r.**

**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka
w zakresie zdrowego odżywiania się oraz wczesnego wykrywania
nadwagi i otyłości wśród młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych
w powiecie dzierżoniowskim na lata 2019-2022”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Profilaktyka w zakresie zdrowego odżywiania się oraz wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych w powiecie dzierżoniowskim na lata 2019-2022”.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej obejmuje istotny problem zdrowotny jednak został on przygotowany w sposób nieprecyzyjny, przez co ocena poszczególnych elementów była utrudniona. Prowadzenie działań mających na celu prewencję nadwagi i otyłości u dzieci jest rekomendowane, jednak w projekcie pojawia się wiele niespójności, przez co niemożliwe jest wydanie pozytywnej opinii Prezesa Agencji.

W zakresie interwencji należy wskazać, że zaplanowane działania z zakresu edukacji oraz opieki dietetyka i psychologa są działaniami rekomendowanymi. Niemniej jednak działania edukacyjne nie zostały opisane w sposób wyczerpujący, konieczne jest doprecyzowanie tego elementu programu. Zasadne byłoby rozszerzenie działań programowych o działania z zakresu aktywności fizycznej, które nie zostały uwzględnione w przedmiotowym programie. Ponadto w projekcie nie zaplanowano edukacji rodzin i opiekunów prawnych młodzieży, którzy powinni być aktywnie zaangażowani w zmianę stylu życia dziecka. Należy wskazać, że zgodnie z rekomendacjami najlepszą formą profilaktyki otyłości dzieci i młodzieży są skoordynowane interwencje łączące zarówno porady dietetyczne, edukację zdrowotną, aktywność fizyczną oraz wsparcie psychologa. Ponadto w programie nie została przedstawiona jasna ścieżka postępowania z pacjentami, u których wykryta zostanie nadwaga lub otyłość.

Istotnym ograniczeniem programu jest również brak uzasadnienia dla przyjętych założeń dotyczących liczebności populacji docelowej objętych poszczególnymi działaniami.

W odniesieniu do pozostałych elementów programu należy wskazać, że zaproponowane cele programowe wymagają doprecyzowania, tak aby były zgodne z koncepcją SMART. Uzupełnienia wymaga również kwestia dotycząca mierników efektywności, które powinny umożliwić ocenę skutków programu.

Monitorowanie i ewaluacja programu zostały zaplanowane w projekcie, jednak w obecnej formie nie pozwolą na pełną ocenę zgłaszalności, jakości świadczeń i efektywności programu. Należy podkreślić,



że wyniki monitorowania i ewaluacji stanowią istotną część raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, zatem zasadne jest prawidłowe opracowanie tych elementów programu.

Przedstawiony budżet budzi wątpliwości pod kątem przyjętych założeń dotyczących objęcia poszczególnymi badaniami określonego w projekcie odsetka populacji. Zaplanowana liczebność populacji może ulec zmianie. Budżet nie uwzględnia oszacowań kosztów przypadających na poszczególne lata realizacji programu, a także kosztów monitorowania i ewaluacji.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości wśród młodzieży. Budżet programu oszacowany na 2019 r. wynosi 20 000 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 §1 ust. 3) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 469): „przeciwdziałanie występowaniu otyłości”.

Opis problemu zdrowotnego został przedstawiony w sposób szczegółowy, odniesiono się do definicji, czynników ryzyka, diagnostyki oraz możliwych powikłań nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Jednak ogólnie przedstawiono dane epidemiologiczne, korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym. Warto uzupełnić projekt o lokalne dane dotyczące rozpowszechnienia otyłości i nadwagi wśród dzieci.

Zestawienia statystyczne przedstawione w dokumencie „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych dla województwa dolnośląskiego” wskazują, że w 2016 r. odnotowano 350 hospitalizacje z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako otyłość dzieci.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „podniesienie świadomości zdrowotnej i wykształcenie odpowiednich zachowań profilaktycznych i nawyków żywieniowych u młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych z terenu Powiatu Dzierżoniowskiego”. Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

W projekcie przedstawiono także 6 celów szczegółowych:

- „kształtowanie zmiany postaw i zachowań prozdrowotnych związanych z prawidłowym żywieniem, odpowiednią jakością zdrowotną żywności”,
- „propagowanie zdrowego stylu życia w szkole w domu i środowisku pozaszkolnym”,
- „przekazywanie wiedzy w zakresie znaczenia właściwej diety oraz zrozumienie przez młodzież potrzeby stosowania zbilansowanej diety dla organizmu człowieka”,
- „wdrożenie systemu poradnictwa w zakresie dietetyki oraz poprawy aktywności fizycznej”,
- „nabycie przez młodzież wiedzy i umiejętności korzystania z informacji zamieszczonych na opakowaniach produktów spożywczych”,
- „wczesne wykrycie nadwagi i otyłości poprzez przesiewowe badania antropometryczne”.

Szczegółowe cele programowe nie zostały sformułowane zgodnie z regułą SMART, według której cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Ponadto, cele zostały przedstawione w formie działań, a nie efektów, które planuje się osiągnąć w ramach programu.

Większość mierników efektywności przedstawionych w projekcie można odnieść do monitorowania i ewaluacji (m.in. „poziom zadowolenia uczniów z uczestnictwa w programie” oraz „liczba uczniów biorących udział w Programie w stosunku do całej populacji kwalifikującej się do włączenia do Programu”). Ponadto, do celów dotyczących działań edukacyjnych oraz zmiany zachowań pośrednio można odnieść wskaźniki w postaci „liczby uczniów korzystających ze spotkań z psychologiem i dietetykiem”, „liczby wykładów z psychologiem i dietetykiem” oraz „liczby uczniów objętych kompleksową edukacją zdrowotną”. Dodatkowo pomiar liczby osób uczestniczących w działaniach o charakterze edukacyjnym nie pozwoli na dokonanie obiektywnej oceny stopnia osiągnięcia założonych celów. Należy mieć na uwadze, że w przypadku modyfikacji celów programu, również mierniki wymagać będą dostosowania. Ponadto przy ich tworzeniu istotne jest, aby umożliwiły obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów. Wartości wskaźników powinny być określane przed i po realizacji programu, a uzyskana zmiana zakresie tych wartości i jej wielkość stanowi o wadze uzyskanego efektu programu.

Populacja docelowa

Populację docelową stanowią dzieci uczęszczające do szkół ponadgimnazjalnych znajdujących się na terenie powiatu dzierżoniowskiego.

Liczebność populacji kwalifikującej się do udziału w programie oszacowano na około 2 566 osób. Zgodnie z danymi GUS, w 2017 r. teren powiatu dzierżoniowskiego zamieszkiwało 3 414 osób urodzonych w latach 2001-2004. Ponadto, należy mieć na uwadze, że część liczącego 874 osoby rocznika urodzonego w 2000 roku, w roku szkolnym 2019/2020 uczęszczać będzie do ostatnich klas techników. W punkcie dotyczącym adresatów programu wskazano, że w ramach prowadzonych działań planuje się objęcie programem minimum 50% populacji kwalifikującej się do włączenia. Natomiast w opisie budżetu, wnioskodawca założył, że spośród 1 283 osób uczestniczących w programie (50% populacji docelowej), pomiary BMI wykonane zostaną jedynie u 30% z nich (385 osób). W treści projektu nie przedstawiono uzasadnienia dla powyższych założeń w zakresie liczebności populacji docelowej, co wymaga uzupełnienia.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano badania przesiewowe w kierunku nadwagi i otyłości, przy zastosowaniu pomiaru BMI oraz wykłady z dietetykiem i psychologiem.

Pomiar BMI wykonany ma zostać przez pielęgniarki/higienistki szkolne wśród „chętnych uczniów” w każdej z klas. Nie zaplanowano pozyskiwania zgody rodziców/opiekunów prawnych w przypadku uczniów niepełnoletnich, co należy uwzględnić.

Zgodnie z rekomendacjami pomiar BMI jest podstawowym narzędziem przesiewowym w kierunku nadwagi i otyłości (KLRP/PTMR/PTBO 2017, USPSTF 2017, NICE 2016, OCDPS 2015, PTDiēt 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).

Dodatkowo zaleca się przeprowadzenie wywiadu poprzedzającego badania fizykalne, który powinien uwzględniać takie aspekty jak: historia rodziny, troska rodziców o masę ciała dziecka, wzorce żywieniowe (częstość spożywania posiłków poza domem, jedzenie śniadań, dobór odpowiednich warzyw i owoców, nadmierne porcje jedzenia), poziom aktywności fizycznej, aktualna kondycja psychiczna, sen, zażywanie leków, w tym suplementów diety (MQIC 2018b, MoH NZ 2016). Powyższy element nie został uwzględniony w treści programu.

W ramach kolejnego etapu programu zaplanowano konsultacje z dietetykiem lub „psychologiem żywienia”. Wskazano, że do tego etapu kierowani będą uczestnicy „w trudnych przypadkach”. Nie odniesiono się do konkretnych wartości BMI, w przypadku których wdrażana będzie określona ścieżka

dalszego postępowania. Nie sprecyzowano jakie wartości referencyjne zostały przyjęte na potrzeby realizacji programu.

Ponadto należy wskazać, że w budżecie projektu nie uwzględniono konsultacji specjalistycznych, zatem nie jest jasne czy będą one realizowane ze środków programu czy w ramach świadczeń gwarantowanych.

Program zakłada realizację jednego 120-minutowego wykładu z dietetykiem oraz jednego 120-minutowego wykładu z psychologiem, skierowanych do wszystkich uczniów i nauczycieli. Tematyka wykładów będzie dotyczyć zdrowego odżywiania i problemów związanych z nadwagą i otyłością, problematyki nadwagi i otyłości wśród młodzieży i psychologicznych powodów walki z tym problemem.

Eksperti kliniczni wskazują, iż zakres tematyczny działań edukacyjnych powinien obejmować: przyczyny otyłości u dzieci i młodzieży (z naciskiem na emocjonalne przyczyny otyłości tzw. „zajadanie stresu” czy nadmierowe jedzenie jako objaw depresji u dzieci i młodzieży), skutki otyłości, a także skutki braku aktywności fizycznej i niezdrowej diety, promowanie zdrowego stylu życia – prawidłowej diety i większej aktywności fizycznej oraz zmiany wzorców zachowań, zindywidualizowane poradnictwo specjalistyczne dietetyczne, psychologiczne, fizjoterapeutyczne, promowanie aktywnego udziału rodziców w zmianach nawyków dzieci. Warto rozważyć rozszerzenie zakresu tematycznego wskazywanego przez ekspertów klinicznych w przedmiotowym programie.

W ramach programu planuje się również zorganizowanie konkursu o tematyce programu z nagrodami dla najlepszej klasy lub przedstawiciela szkoły, z zaznaczeniem, że wybór formy konkursu zależy będzie od realizatora.

Zgodnie z rekomendacjami w odniesieniu do zapobiegania wystąpienia nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży, wymienia się działania obejmujące właściwą dietę, odpowiedni poziom aktywności fizycznej, działania edukacyjne oraz odpowiednią ilość snu. Ponadto, w zaleceniach podkreśla się konieczność zaangażowania szkół w realizację interwencji prewencyjnych. Wszystkie działania ukierunkowane na zapobieganie nadmiernemu przyrostowi masy ciała, poprawę diety oraz poziomu aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży powinny aktywnie angażować ich rodziców oraz opiekunów (ES 2017, MoH NZ 2016, NICE 2015a, NICE 2015b).

Biorąc pod uwagę założenia projektu oraz odnalezione wytyczne kliniczne zasadne jest, aby został on uzupełniony o pozostałe komponenty wymieniane w wytycznych, takie jak aktywność fizyczną.

Ponadto należy wskazać, że w programie nie została przedstawiona jasna ścieżka postępowania z pacjentami, u których wykryta zostanie nadwaga lub otyłość. Istotne jest, aby program w sposób kompleksowy obejmował działaniami zarówno osoby o prawidłowej masie ciała, jak i dzieci z nadwagą lub otyłością, uwzględniając przy tym zalecane interwencje zróżnicowane względem uczestników programu (np. odpowiednio dostosowana dieta i aktywność fizyczną dla osób z nadwagą oraz inne zalecenia dla osób z wagą prawidłową).

Monitorowanie i ewaluacja

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

Ocena zgłaszalności będzie monitorowana na podstawie stosunku liczby uczniów biorących udział w programie do liczby uczniów, którzy są uprawnieni do przystąpienia do programu. Ponadto w ramach oceny zgłaszalności do programu, warto uwzględnić wskaźniki efektywności wskazane w programie, takie jak: „liczba uczniów korzystających ze spotkań z psychologiem i dietetykiem”, „liczba wykładów z psychologiem i dietetykiem” oraz „liczba uczniów objętych kompleksową edukacją zdrowotną”, a także zaplanować ocenę liczby osób, które nie wyraziły zgody na udział w programie lub zrezygnowały z udziału wraz ze wskazaniem przyczyn.

W ramach oceny jakości świadczeń zaplanowano przeprowadzenie ankiety ewaluacyjnej, uwzględniającej 5 pytań dotyczących poszczególnych elementów programu oraz 6 pytań odnoszących

się do podejmowanych przez uczestników zachowań. Warto zwrócić uwagę, że poziom świadomości i wiedzy uczestników badany będzie jednorazowo, na podstawie ich subiektywnej opinii.

Ewaluacja programu ma rozpocząć się po zakończeniu jego realizacji na podstawie „sprawozdania merytorycznego i finansowego” składającego się z trzech części:

- I część – dane dotyczące interwencji z zakresu edukacji zdrowotnej (liczby szkół, w których przeprowadzono działania, liczby wykładów z udziałem dietetyka oraz liczby obecnych na nich osób, liczby wykładów z udziałem psychologa, liczby wydrukowanych plakatów, liczby szkół biorących udział w konkursie, liczby osób obecnych, liczby wydrukowanych ulotek);
- II część – dane dotyczące interwencji medycznych (liczby wykonanych pomiarów BMI oraz liczby stwierdzonych nieprawidłowości w BMI w podziale na płeć);
- III część – ocena programu na podstawie ankiet ewaluacyjnych.

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 nie zostało uwzględnione w projekcie i wymaga uzupełnienia.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Przedstawiono informacje nt. personelu, jednak nie odniesiono się do wymagań wyposażenia i warunków lokalowych względem realizatora.

Program zakłada przeprowadzenie kampanii informacyjnej o programie przy użyciu materiałów akcydensowych w formie ulotek i plakatów.

W projekcie odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie, rezygnacja z uczestnictwa będzie możliwa na każdym etapie programu.

Koszt całkowity realizacji w 2019 r. programu oszacowano na 20 000 zł. Koszty jednostkowe programu obejmować będą: koszt pomiaru BMI (770 zł), koszt wykładu (6 000 zł), koszt przeprowadzenia kampanii informacyjnej o programie (1 700 zł), koszt materiałów edukacyjnych (5 000 zł), koszt obsługi programu, w tym koszty sali, nagród, zatrudnienia osób do pomiarów BMI (1 530 zł) oraz pozostałe koszty realizatora (5 000 zł). Nie sprecyzowano, co obejmują pozostałe koszty realizatora, co należy uzupełnić. Ponadto w projekcie nie przedstawiono budżetu przypadającego na kolejne poszczególne lata trwania programu, a także nie uwzględniono kosztów monitorowania i ewaluacji, co wymaga uzupełnienia.

W 2019 r. program sfinansowany zostanie w całości ze środków pozostających w dyspozycji Starostwa Powiatowego w Dzierżoniowie. W kolejnych latach dopuszczono natomiast możliwość dofinansowania programu ze środków NFZ.

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.

Zaplanowane w projekcie badania diagnostyczne są dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych.

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 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.

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 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 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: nr: OT.441.17.2019 „Profilaktyka w zakresie zdrowego odżywiania się oraz wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych w Powiecie Dzierżoniowskim na lata 2019-2022” realizowany przez: Powiat dzierżoniowski, Warszawa, kwiecień 2019 r. oraz raportu nr OT.423.2.2018 „Profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci i młodzieży w ramach programów polityki zdrowotnej” z kwietnia 2019 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 120/2019 z dnia 6 maja 2019 roku o projekcie programu „Profilaktyka w zakresie zdrowego odżywiania się oraz wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych w powiecie dzierżoniowskim na lata 2019-2022”.