



Opinia Prezesa

Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

nr 193/2019 z dnia 30 grudnia 2019 r.

o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkoły podstawowej w Gminie Buk na lata 2020-2024”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkoły podstawowej w Gminie Buk na lata 2020-2024”.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej obejmuje istotny problem zdrowotny jednak został on przygotowany w sposób, który nie umożliwi osiągnięcia założonych celów programowych. Należy wskazać, że nie zaplanowano interwencji w sposób multikomponentowy, co jest zalecane przez wytyczne. Zgodnie z nimi, najlepszą formą profilaktyki otyłości dzieci i młodzieży są skoordynowane interwencje łączące zarówno porady dietetyczne, edukację zdrowotną, aktywność fizyczną oraz wsparcie psychologa. Przedmiotowy program koncentruje się jedynie na przeprowadzeniu działań edukacyjnych oraz indywidualnym poradnictwie dietetycznym. Warto również zauważyć, że cykl 5 spotkań z dietetykiem nie spełnia wskazywanego przez wytyczne warunku przeprowadzania interwencji w wymiarze minimum 26 godzin kontaktowych.

Ponadto nie zaplanowano w programie informowania pacjenta o możliwych dalszych ścieżkach diagnostycznych w poradniach specjalistycznych, które działają w ramach kontraktu z NFZ.

W odniesieniu do pozostałych elementów programu należy wskazać, że:

- cel główny w postaci zmniejszenia częstotliwości występowania nadwagi i otyłości wśród uczestników programu nie jest możliwy do zrealizowania ze względu na brak multikomponentowej interwencji;
- cele szczegółowe nie zostały sformułowane w prawidłowy sposób oraz nie przedstawiono mierników efektywności dla 2 oraz 3 celu szczegółowego;
- monitorowanie i ewaluacja programu zostały zaplanowane w projekcie, jednak w obecnej formie nie pozwolą na pełną ocenę efektywności programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości. Budżet programu wynosi 60 870 zł, zaś okres jego realizacji to lata 2020-2024.

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”.

W ramach projektu programu opisano problem zdrowotny. Przedstawiono definicję otyłości i wskazano wartości BMI (Body Mass Index), na podstawie których rozpoznaje się nadwagę i otyłość. W opisie problemu zdrowotnego odniesiono się również do czynników ryzyka oraz powikłań otyłości.

W projekcie programu w sposób prawidłowy odniesiono się do danych epidemiologicznych korespondujących z wybranym problemem zdrowotnym. Brak w programie danych zawartych na podstawie mpz.

Zgodnie z danymi WHO, w 2016 r., 340 mln dzieci i młodzieży w wieku od 5 do 19 r.ż. oraz 40 mln dzieci poniżej 5 r.ż. na świecie cierpiało z powodu nadwagi lub otyłości.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w 2016 r. odnotowano 0,33 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznanych zakwalifikowanych jako otyłość dzieci w województwie wielkopolskim. Udział procentowy osób <18 r.ż. w województwie wielkopolskim wynosi 21,03%.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem projektu programu jest „zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych zamieszkałych w Gminie Buk poprzez zmianę nawyków żywieniowych dzieci i rodziców oraz poszerzenie wiedzy i świadomości zdrowotnej uczestników na temat zasad prawidłowego żywienia dzieci”.

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. Biorąc pod uwagę zaplanowane w programie interwencje osiągnięcie powyższego efektu zdrowotnego jest mało prawdopodobne do zrealizowania ze względu na brak zaplanowania interwencji multikomponentowych, które zaleca się w ramach profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci (APA 2018, USPSTF 2017, AAFP 2017). W programie poza badaniami przesiewowymi zorganizowane mają być jedynie działania edukacyjne oraz spotkania z dietetykiem.

W treści projektu wskazano również 4 cele szczegółowe, w tym:

1. „zwiększenie częstości stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu racjonalnej diety wśród dzieci 9-letnich oraz ich rodziców, mieszkańców Gminy Buk w efekcie odbytych w latach 2020-2024 porad dietetycznych”
2. „zwiększenie częstości stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu aktywności fizycznej przez dzieci 9-letnie oraz ich rodziców, mieszkańców Gminy Buk w efekcie odbytych w latach 2020-2024 zajęć z edukacji zdrowotnej”
3. „poszerzenie wiedzy i świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości dzieci w klasach III szkół podstawowych w Gminie Buk w efekcie odbytych w latach 2020-2024 zajęć z edukacji zdrowotnej”
4. „poszerzenie wiedzy i świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości rodziców/opiekunów prawnych dzieci klas III szkół podstawowych w Gminie Buk w efekcie odbytych w latach 2020-2024 zajęć z edukacji zdrowotnej”.

Cele pierwszy i drugi odnoszą się do „zwiększenia częstości stosowania zachowań prozdrowotnych”, co jest praktycznie niemierzalne. Cele te mogłyby odnosić się natomiast do wzrostu liczby osób, u których zaobserwowano poprawę zachowań prozdrowotnych, jednakże nie wiadomo w jaki sposób

zdefiniowane zostały zachowania prozdrowotne oraz nie zaproponowano sposobu pomiaru ww. zmian. Cele szczegółowe 3 i 4 odnoszą się do poszerzenia tej samej wiedzy w różnych populacjach.

W projekcie programu zaproponowano 4 mierniki efektywności, tj.:

1. „BMI dzieci skorygowane o wiek i płeć w postaci centylów (pomiaru po zakończeniu interwencji, po 6 miesiącach oraz po roku od zakończenia programu).”;
2. „liczba rodziców, u których zwiększyła się wiedza z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości (liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre- testami dotyczącymi wiedzy z zakresu prawidłowego sposobu żywienia (ocena co najmniej dobra oznacza uzyskanie 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście)”;
3. „liczba rodziców, u których zwiększyła się wiedza z zakresu aktywności fizycznej (liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy z zakresu prawidłowego sposobu żywienia (ocena co najmniej dobra oznacza uzyskanie 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście)”;
4. „liczba rodzin, w których zmieniono nawyki żywieniowe na zgodne z zasadami prawidłowego żywienia (liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi nawyków żywieniowych zgodnych z zasadami prawidłowego żywienia (ocena co najmniej dobra oznacza uzyskanie 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście”).

Należy podkreślić, że nie wskazano mierników odnoszących się do celu szczegółowego nr 2 oraz 3.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowić będą dzieci w wieku 9 lat, zamieszkałe na terenie gminy Buk (tj. uczniów klas III szkół podstawowych z terenu gminy Buk) oraz ich rodzice/opiekunowie prawni, którzy zostaną objęci działaniami informacyjno-edukacyjnymi.

W projekcie wskazano, że populacja docelowa dzieci podczas 5 lat trwania programu obejmie 737 osób. Liczebności dzieci w rocznikach urodzeniowych możliwych do objęcia udziałem w programie jest zbieżna z danymi GUS za 2018 roku. Można zatem przyjąć, że zaplanowano objęcie 100% populacji przypadku badań przesiewowych.

Na podstawie danych Instytutu Żywności i Żywienia (województwo wielkopolskie zamieszkuje około 19,8% dzieci w wieku szkolnym borykających się z nadwagą i otyłością) stwierdzono, że po zakończonych pomiarach antropometrycznych do dalszej części programu zostanie skierowanych ok. 20% populacji docelowej. Liczebności populacji rodziców, którzy mają również brać udział w programie oszacowano mnożąc liczebność dzieci razy dwa tj. program w założeniu ma objąć 1 474 rodziców/opiekunów.

Podstawowymi kryteriami włączenia do programu będą: „Zamieszkiwanie na terenie Gminy”, „rok urodzenia dziecka 2011, 2012, 2013, 2014, 2015” oraz „wyrażenie pisemnej zgody rodzica/opiekuna dziecka na udział w programie”. Kryterium wyłączenia z programu jest „Wcześniejsze objęcie dziecka z nadwagą lub otyłością specjalistyczną opieką lekarską w ramach NFZ”.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano:

- badanie przesiewowe, w ramach którego nastąpi określenie BMI w odniesieniu do siatek centylowych;
- cykl 5 porad dietetycznych dla wyłonionych w pierwszym etapie osób, pomiary antropometryczne w trakcie trwania programu wszystkich dzieci objętych 2 etapem projektu;
- działania edukacyjne dla dzieci i rodziców dotyczące racjonalnego odżywiania oraz aktywności fizycznej.

Ponadto przewidziano dwukrotne pomiary populacji objętej interwencją dietetyczną, pół roku po zakończeniu programu i rok po zakończeniu, wykonywane przez higienistkę szkolną/pielęgniarkę środowiskową.

Badanie przesiewowe:

W programie wskazano, że pierwszym etapem będzie przeprowadzenie badania przesiewowego na podstawie określenia BMI. Badanie to ma być prowadzone w ramach bilansów zdrowia dziecka finansowanych w ramach NFZ. Należy zaznaczyć, że u dzieci w klasach III szkoły podstawowej przeprowadza się kompleksową ocenę stanu zdrowia obejmującą m.in. ocenę rozwoju fizycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała wraz z określeniem współczynnika masy ciała (BMI) w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia powinna być przeprowadzana przez pielęgniarki lub higienistki szkolne.

W odnalezionych rekomendacjach podkreśla się, że pomiary antropometryczne stanowią integralną część oceny rozwoju somatycznego dzieci (KLRwP/PTMR/PTBO 2018). Ponadto, zaleca się przeprowadzenie wywiadu poprzedzającego badania fizykalne, który powinien uwzględniać takie aspekty jak: historia rodziny, troska rodziców o masę ciała dziecka, wzorce żywieniowe, poziom aktywności fizycznej, aktualna kondycja psychiczna, sen, zażywanie leków, w tym suplementów diety (MQIC 2018b, MoH NZ 2016). Ww. wywiad został przewidziany do realizacji dopiero w ramach drugiego etapu programu.

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi, BMI uznane zostało za stosunkowo dobry oraz prosty test diagnostyczny w kierunku wykrywania dziecięcej otyłości oraz otyłości (KLRwP/ PTMR/PTBO 2018, MQIC 2018a, MQIC 2018b, ISPED, ISP 2018, USPSTF 2017, AAFP 2017, ES 2017, MoH NZ 2016, CTFPHC 2015).

W programie zamieszczono informacje związane z wartościami progowymi siatek centylowych warunkujących nadwagę lub otyłość u dziecka. W przypadku nadwagi ma to być przedział między 90 a 97 centylem, natomiast w przypadku otyłości – powyżej 97 centyla.

Działania edukacyjne:

Zaplanowano przeprowadzenie zajęć edukacyjnych skierowanych do dzieci oraz rodziców/opiekunów prawnych na temat racjonalnego odżywiania oraz aktywności fizycznej. Określono, że spotkania dla rodziców będą odbywać się z częstotliwością 1 raz na 3 miesiące i będą realizowane w formie wykładów 90-minutowych. Spotkania z dziećmi natomiast mają odbywać się raz na 2 miesiące i mają być realizowane w formie godziny wychowawczej lub dodatkowych zajęć pozalekcyjnych.

Warto zaznaczyć, że dobrze zaplanowane działania edukacyjne powinny skupiać się na przedstawieniu informacji z zakresu zdrowego stylu życia, umiejętności radzenia sobie ze stresem, edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, możliwych powikłań nadwagi i otyłości takich jak np. cukrzyca typu II (MQIC 2018b, NICE 2017, NICE 2015a oraz NICE 2015b). W wytycznych NICE 2015a podkreśla się, że działania o charakterze informacyjnym oraz interwencje ukierunkowane na podnoszenie świadomości, powinny być realizowane jako część długoterminowej, multikomponentowej interwencji, a nie w formie jednorazowych działań (powinna im towarzyszyć ukierunkowana na różne grupy obserwacja). W programie określono podział ze względu na prezentowane treści dla dwóch odmiennych grup odbiorców tj. dzieci i rodziców.

Nie można jednoznacznie ocenić skuteczności ww. działań edukacyjnych w odniesieniu do nawyków zdrowotnych, nie mówiąc już o istotnych klinicznie punktów końcowych. Program zakłada jedynie analizę zmiany poziomu wiedzy. Należy jednak podkreślić, że sam wzrost wiedzy nie musi przekładać się na zmianę zachowań zdrowotnych. Zgodnie z publikacją Sokołowska 2016 zmiana zachowań zdrowotnych to proces złożony i długotrwały, co za tym idzie ograniczone są możliwości pomiaru rezultatów podjętych działań (w tym przypadku działań edukacyjnych). Rzeczywiste efekty edukacji są odroczone i można je sprawdzić dopiero w codziennych sytuacjach życiowych. Program nie przewiduje tego aspektu. Można jedynie stwierdzić, że zgodnie z wytycznymi NICE 2015b należy dostosowywać przekazywane treści do odbiorców – ich wieku, statusu socjoekonomicznego, grupy etnicznej – oraz zapewnić, aby były one jasne, spójne, specyficzne i nikogo nie oceniały. Edukacja kierowana do

rodziców powinna podkreślać znaczenie roli modelowania przez nich zachowań zdrowotnych (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej (MQIC 2018a). Warto podkreślić, że 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).

Poradnictwo dietetyczne:

W przypadku wykrycia u dziecka nadwagi lub otyłości uczestnik programu zostanie włączony do kolejnej części związanej z poradnictwem dietetycznym. W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie cyklu 5 indywidualnych porad dietetycznych dla wyłonionych w pierwszym etapie osób, odbywających się co dwa miesiące, realizowanych w placówkach POZ lub gabinetach dietetycznych realizatora. W programie podano informację, że: „na pierwszej wizycie będzie przeprowadzony wywiad żywieniowy oraz dokonany pomiar masy ciała. W ciągu 1 tyg. od wizyty rodzice otrzymają jadłospis przygotowany dla dziecka”. Wg. zapisów projektu pomiary antropometryczne mają być wykonywane przez dietetyka również podczas kolejnych porad dietetycznych. Ta interwencja ma dotyczyć ok 20% populacji docelowej tj. ok 30 dzieci rocznie. Ponadto założono dwukrotne przeprowadzenie pomiarów antropometrycznych populacji objętej interwencją dietetyczną, pół roku po zakończeniu programu i rok po zakończeniu.

Warto podkreślić, że prowadzenie poradnictwa dietetycznego wchodzi w zakres interwencji multikomponentowej. W programie jednak nie wskazano interwencji powiązanych z poradnictwem fizjoterapeutycznym czy też psychologicznym. Na podstawie odnalezionych dowodów zaleca się realizację interwencji multikomponentowych, mających na celu redukcję masy ciała i wypracowanie odpowiednich nawyków (m.in. żywieniowych i w zakresie aktywności fizycznej), które umożliwią utrzymanie uzyskanych rezultatów. Interwencje te powinny obejmować w sumie minimum 26 godzin kontaktowych (APA 2018, MQIC 2018b, ES 2017, USPSTF 2017, AAFP 2017). Warto zauważyć, że cykl 5 spotkań z dietetykiem nie spełnia wyżej wymienionego warunku przeprowadzania interwencji w wymiarze 26 godzin kontaktowych. Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami/dowodami skuteczności 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).

W rekomendacjach/wytycznych zaleca się wdrożenie zintensyfikowanych, kompleksowych, multikomponentowych interwencji behawioralnych, mających na celu redukcję masy ciała (APA 2018, USPSTF 2017, AAFP 2017). Na podstawie wyników metaanaliz RCT (*Al-Khudairy 2017, Elvsas 2017, Mead 2017*) można wnioskować, że multikomponentowe interwencje, obejmujące terapię behawioralną, komponent żywieniowy i/lub aktywności fizycznej wpływają na redukcję wskaźników związanych z masą ciała (waga, BMI, BMI z-score) w populacji dzieci i młodzieży (powyżej 2 r.ż.).

Przedmiotowy program koncentruje się jedynie na przeprowadzeniu działań edukacyjnych oraz indywidualnym poradnictwie dietetycznym (5 spotkań). W związku z powyższym program nie będzie prowadzony jako multikomponentowy, a liczba godzin kontaktowych nie obejmie zalecanych przez USPSTF 26 godzin.

Na koniec programu uczestnicy oraz ich rodzice/opiekunowie prawni zostaną poinformowani o zasadach postępowania w celu utrzymania efektu obniżenia nadmiernej masy ciała, konsekwencjach powrotu do poprzedniej masy ciała wraz z ryzykiem powikłań otyłości. W programie nie uwzględniono informowania pacjenta o możliwych dalszych ścieżkach diagnostycznych w poradniach specjalistycznych, które działają w ramach kontraktu z NFZ.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

W ramach oceny zgłaszalności do programu zaplanowano analizę:

1. „liczby osób, które zgłosiły się do programu i wzięły w nim udział prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu”;
2. „liczby osób, które ukończyły program prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu”;
3. „liczby osób, będących pod obserwacją w ciągu 6-ciu miesięcy i 1 roku od zakończenia programu prowadzona całościowo po zakończeniu programu”;
4. „liczby osób, które nie ukończyły pełnego cyklu interwencji prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu”;
5. „liczby osób, które uczestniczyły w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej”.

Ocenę jakości świadczeń zaplanowano w oparciu o analizę ankiet satysfakcji uczestników programu oraz analizę pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do realizatora programu. W ankiecie nie odniesiono się do działań edukacyjnych prowadzonych wśród rodziców i dzieci.

W programie zaplanowano przeprowadzić ewaluację cząstkową oraz końcową.

Warto zaznaczyć, że część ze wskaźników jest nieprecyzyjna w związku z czym wymaga przeformułowania np.: „poprawa wskaźnika BMI”, „poprawa aktywności fizycznej” lub „poprawa samooceny zdrowia”. Zaznaczono również, że „ewaluacja programu będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu, natomiast rzeczywistą efektywność realizacji programu ocenić będzie można dopiero w perspektywie wieloletniej, w oparciu o dane statystyczne dot. odsetka osób z nadwagą i otyłością oraz liczbą przypadków powikłań otyłości”. Brakuje jednak szczegółów na temat ww. działań. Przykładowo nie wiadomo w jaki sposób ma być badana „poprawa samooceny zdrowia” albo „poprawa diety i aktywności fizycznej”. Ewaluacja przytoczona w opiniowanym projekcie została opisana w sposób ogólnikowy i z opisu nie wynika w jaki sposób ma zostać przeprowadzona.

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.

W ramach programu zaplanowano koszty jednostkowe:

- 200 zł/os. - poradnictwo dietetyczne z przykładowym jadłospisem, w tym min. 5 wizyt (5x40zł);
- 10 zł/os. - pomiary antropometryczne pół roku i rok po zakończeniu programu;
- 5 000 zł/rok - akcja informacyjno-edukacyjna (druk ulotek, plakatów + edukacja zdrowotna);
- 1 000 zł/rok - koszt ewaluacji i monitoringu programu.

Planowane koszty całkowite: 60 870 zł.

Program ma zostać sfinansowany ze środków gminy Buk.

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: National Institute for Health and Care Excellence, 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, 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;
- być dopasowane do wieku i etapu rozwoju dzieci;
- być realizowane w miejscach łatwo dostępnych i dających poczucie nieskrępowania;
- podkreślać znaczenie aktywnego uczestnictwa rodziców w programach skierowanych dla ich dzieci;
- zapewniać wsparcie i zaangażowanie także po zakończeniu działań w ramach programu; punkty końcowe powinny być rewaluowane co najmniej rok po jego zakończeniu,
- zapewniać ten sam zespół personelu przez cały okres trwania poszczególnych cykli programu,
- zapewniać stały kontakt beneficjentów ze specjalistami odpowiedzialnymi za ich realizację,

Ponadto program powinien mieć zaplanowaną ocenę BMI na etapie rekrutacji do programu, na zakończenie oraz powinien być monitorowany po 6 miesiącach i po 1 roku od zakończenia programu. Należy także 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 kontynuujących 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).

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 2019 r., poz. 1373, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.177.2019 „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkoły podstawowej w Gminie Buk na lata 2020-2024” realizowany przez: gminę Buk, Warszawa, grudzień 2019 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 433/2019 z dnia 23 grudnia 2019 roku o projekcie programu „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkoły podstawowej w Gminie Buk na lata 2020-2024”.