



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 36/2018 z dnia 20 marca 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
nadwagi i otyłości dla uczniów klas VI - VIII szkół podstawowych „Be
fit” na lata 2018-2020” realizowany przez miasto Lublin**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki nadwagi i otyłości dla uczniów klas VI - VIII szkół podstawowych „Be fit” na lata 2018-2020”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Działania mające na celu prewencję nadwagi i otyłości 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.

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

Zaproponowana populacja docelowa wymaga doszczegółowienia w zakresie etapu kształcenia dzieci kwalifikowanych do programu oraz ich liczebności. Zaproponowane interwencje są zgodne z wytycznymi.

Monitorowanie i ewaluacja programu zostały zaplanowane w projekcie, jednak w zakresie oceny zgłaszalności wymaga uzupełnienia.

Budżet programu nie został oszacowany prawidłowo. Należy wyjaśnić nieścisłości dotyczące jednostkowych kosztów udziału dziecka w programie oraz koszty obsługi administracyjnej.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości. Budżet programu wynosi 2 400 000 zł, zaś okres jego realizacji to lata 2018-2020.

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 występowaniu otyłości i cukrzycy oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia*”. 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*”.

Opis problemu zdrowotnego został przedstawiony w sposób ogólny, nie przedstawiono etiologii nadwagi i otyłości oraz czynników ryzyka wystąpienia choroby. Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w skali europejskiej, ogólnopolskiej oraz lokalnej.

Zestawienia statystyczne przedstawione w dokumencie „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych dla województwa lubelskiego” wskazują, że w 2014 r. odnotowano 261 hospitalizacje z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako otyłość dzieci (co stanowi 4,12% wszystkich hospitalizacji dzieci z powodu rozpoznań zakwalifikowanych do grupy chorób metabolicznych). Liczba hospitalizacji wynosiła ok. 67 na 100 tys. mieszkańców i była to 3. wartość wśród województw.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zmniejszenie występowania nadwagi i otyłości o 50% w grupie dzieci objętych programem na terenie szkoły”. Wskazane założenie główne jest możliwe do osiągnięcia podczas trwania programu.

W projekcie przedstawiono 4 cele szczegółowe, które zakładają wdrożenie nawyków zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej wszystkich dzieci w szkole u dzieci korzystających z wyżywienia w szkole, wdrożenie prawidłowych nawyków żywieniowych u dzieci z nadwagą i otyłością i ich rodzin (u 50%), aktywizacja do zajęć ruchowych dzieci z nadwagą i otyłością i ich rodzin (50%) oraz wykształcenie liderów promujących zdrowy styl życia w szkole (80-100 osób). Powyższe cele wskazują na działanie, a nie określają oczekiwanego i docelowego stanu, który należy osiągnąć w ramach programu. Wskazane cele szczegółowe wymagają przeformułowania zgodnie z regułą SMART, według której cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie.

Mierniki efektywności przedstawione w projekcie zostały sformułowane nieprawidłowo. 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. Przy tworzeniu mierników należy pamiętać, aby były one spójne z postawionymi celami programu. Ponadto warto podkreślić, aby dane zbierane były przed i po realizacji danych działań, gdyż dopiero zanotowana zmiana świadczy o wielkości uzyskanego efektu. W przypadku przedmiotowego programu istotne jest, aby mierniki efektywności odnosiły się głównie do pomiaru BMI, analizy liczby osób uczestniczących w zajęciach ruchowych, analizy liczby rodziców, 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 uczęszczające do szkół podstawowych na terenie miasta Lublin, którą liczebność oszacowano na ok. 4 500 osób. Jednak w projekcie pojawiają się sprzeczne informacje dotyczące określenia klas, które planuje się objąć programem. W kosztorysie wskazano, że adresatami programu będą uczniowie klas VI-VIII szkoły podstawowej, natomiast planowanymi

interwencjami planuje się objąć jedynie uczniów klasy VI szkoły podstawowej. Dane GUS wskazują, że liczba dzieci w wieku 12-14 lat, mieszkających w Lublinie, wynosi 8 199 osób. Powyższe nieścisłości wymagają wyjaśnienia.

W projekcie założono, że akcja edukacyjna będzie skierowana do rodzin dzieci populacji docelowej, której liczebność została oszacowana na około 12 000 – 15 000 osób.

Natomiast w szkoleniach dla „liderów programu” będą brały udział pielęgniarki szkolne (36-40 osób), dietetycy (10-20 osób) oraz nauczyciele wychowania fizycznego (36-40 osób).

Warunkami kwalifikacji do programu będą: wiek, uczęszczanie do szkoły podstawowej na terenie Lublina oraz wyrażenie pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie. Choroba dziecka uniemożliwiająca uczestniczenie w programie oraz brak zgody na udział dziecka w programie stanowią kryterium wyłączenia z programu.

Interwencja

W opiniowanym projekcie przewidziano następujące działania:

- szkolenie liderów programu,
- rekrutacja uczestników programu, ich diagnoza i kwalifikacja,
- monitorowanie jadłospisów w szkolnych stołówkach,
- edukacja dzieci i rodziców,
- organizacja zajęć ruchowych dla dzieci w szkołach,
- organizacja wypoczynku letniego i zimowego.

Szkolenia dla liderów będą przeprowadzane przez lekarzy pediatrów, endokrynologów oraz diabetologów dziecięcych, dietetyków z minimum 5-letnim stażem w zakresie szkoleń dietetycznych dla dzieci otyłych, rehabilitantów z minimum 5-letnim doświadczeniem w profilaktyce i leczeniu otyłości oraz psychologa z 10-letnim doświadczeniem w zakresie leczenia zaburzeń odżywiania dzieci. Wskazano częstotliwość i czas spotkań z poszczególnymi edukatorami, jednak nie określono tematyki planowanych szkoleń, co należy uzupełnić. Wiedza zdobyta podczas szkoleń będzie weryfikowana za pomocą ankiet, a uzyskanie minimum 75% punktów będzie stanowiło podstawę do uzyskania certyfikatu i statusu lidera przez pielęgniarkę, dietetyka i nauczyciela wychowania fizycznego.

W ramach programu przeprowadzona zostanie ocena masy ciała i wysokości dzieci oraz ocena pomiarów BMI wg siatek centylowych. Na podstawie wyników pomiarów uczniowie będą kwalifikowani do trzech grup: dzieci o prawidłowej masie ciała, dzieci z nadwagą lub otyłością oraz dzieci z niedowagą. Według szacunków grupa dzieci z nadwagą i otyłością będzie liczyła około 500 dzieci, co stanowi ok. 11% populacji docelowej. Jednak nie wskazano osoby odpowiedzialnej za przeprowadzenie ww. badań. Warto podkreślić, że wykorzystanie wskaźnika BMI jako narzędzia przesiewowego w kierunku nadwagi i otyłości jest powszechnie zalecane (USPSTF 2017, NICE 2016, OCDPS 2015, PTDiēt 2015, EASO 2015, NHMRC 2013, ICSI 2013, AHA/ACC/TOS 2013, SIGN 2010, PFP 2008, NAPNP 2006, NCCPC/NICE 2006). 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. Należy jednak wskazać, że pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost, wskaźnik BMI) znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania, i są wykonywane jako badania przesiewowe wśród wszystkich uczniów w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w klasie I szkoły podstawowej w wyniku niewykonania badania we wcześniejszym terminie), w klasie III, V, VIII szkoły podstawowej i szkół ponadgimnazjalnych, a także w ostatniej klasie szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19 r.ż.

Ponadto w ramach programu zostanie przeprowadzona analiza diety oraz ocena aktywności wszystkich dzieci na podstawie ankiet. Dodatkowo dietetyk będzie monitorował oraz modyfikował szkolne jadłospisy.

Projekt zakłada organizację zajęć ruchowych na terenie szkoły dla wszystkich dzieci. Jednak częstotliwość uczestnictwa w zaplanowanych aktywnościach będzie zależny od początkowej kwalifikacji ucznia do poszczególnej grupy.

Dla dzieci zakwalifikowanych do grupy dzieci z nadwagą i otyłością zostaną zorganizowane dwutygodniowe, letnie i zimowe półkolonie, w ramach których będą prowadzone głównie zajęcia ruchowe. Dodatkowo dzieci podczas półkolonii będą miały zaplanowane spotkania z dietetykiem oraz z psychologiem, a także będą otrzymywały niskokaloryczną dietę.

Projekt programu zakłada także prowadzenie edukacji dla dzieci i rodziców w formie bezpośrednich spotkań z dietetykiem oraz za pośrednictwem strony internetowej przygotowanej na potrzeby realizacji programu. Nie wskazano jednak tematyki zaplanowanych działań edukacyjnych, co należy uzupełnić. Dodatkowo w treści projektu pojawiają się rozbieżne informacje odnośnie liczby dietetyków oraz rehabilitantów, którzy będą prowadzić szkolenia.

Zgodnie z założeniami programu dzieci będą mogły kontaktować się z liderami programu za pomocą mediów społecznościowych, co jest zalecane (PTDiet 2015). Polskie Towarzystwo Dietetyczne (PTDiet 2015) wskazuje, że optymalna strategia leczenia dietetycznego zakłada częste, indywidualne kontakty z pacjentem, w czasie nie krótszym niż 6 miesięcy.

Program zapewnia kontynuację opieki zarówno dla dzieci z grupy z nadwagą i otyłością, jak również dla grupy dzieci z prawidłową wagą do 3 lat po zakończeniu programu. Ponadto wskazano, że dzieci z otyłością olbrzymią będą kierowane na leczenie szpitalne finansowane przez NFZ.

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 porady dietetyczne, jak i aktywność fizyczną. Zgodnie z zaleceniami (NICE 2006) programy dotyczące osiągnięcia 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 uwzględni powyższe elementy.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja programu zostały zaplanowane w projekcie, jednak w zakresie oceny zgłaszalności wymaga uzupełnienia.

Ocena zgłaszalności będzie oparta na porównaniu liczby dzieci biorących udział w projekcie i liczby uczniów szkół podstawowych klas VI-VIII. Warto rozważyć również monitorowanie liczby dzieci, która nie została objęta programem z powodów zdrowotnych lub innych oraz liczbę dzieci, która zrezygnowała z uczestnictwa w programie.

Ocena jakości świadczeń będzie opierać się na ankietach satysfakcji wypełnianych przez uczestników programu, co jest działaniem prawidłowym. Dodatkowo zespół monitorujący złożony z lekarza endokrynologa dziecięcego oraz 2 dodatkowych osób nie biorących udziału w programie będzie oceniał jakość świadczeń.

W ramach oceny efektywności programu zaplanowano ocenę nabytych umiejętności postępowania profilaktycznego z dziećmi zagrożonymi nadwagą i otyłością przez liderów programu, ocenie BMI wszystkich dzieci dokonywanej przy pomocy siatek centylowych, ocenie diety dzieci przy pomocy ankiety, ocenie aktywności fizycznej dzieci oraz ocenie gotowości do współpracy dzieci i rodziców na podstawie wykorzystania zaproponowanych zajęć. Ponadto w projekcie wskazano, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu, co jest podejściem poprawnym.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis poszczególnych etapów i modułów programu wraz z czasem ich trwania.

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

Jednym z elementów programów będzie strona internetowa, która będzie pełniła funkcję ogólnodostępnej platformy e-learnigowej dla dzieci, rodziców i nauczycieli oraz funkcję pozwalającą na monitorowanie programu, dostępną wyłącznie dla liderów i koordynatorów programu.

Projekt zakłada przeprowadzenie akcji informacyjnej dostosowanej do poszczególnych modułów programu. Zaproszenia do wzięcia udziału w programie będą przekazywane rodzicom podczas zebrań rodzicielskich, a także będą dystrybuowane za pomocą strony internetowej oraz mediów społecznościowych.

Projekt programu przedstawia szacunkowe koszty poszczególnych modułów programu, średni koszt przypadający na jedno dziecko oraz koszt całkowity programu, jednak zawiera on wiele nieścisłości, które wymagają wyjaśnienia. Przedstawione koszty obsługi administracyjnej uwzględniają jedynie 48 miesięcy trwania programu, podczas gdy czas realizacji programu zaplanowano na 3 lata. Ponadto nie wskazano przyjętych założeń przy określaniu kosztu jednostkowego udziału dziecka. W związku z powyższym konieczne jest doprecyzowanie kosztorysu.

Program ma być finansowany z budżetu Miasta Lublin. Ponadto projekt zakłada możliwość współfinansowania z Regionalnego Programu Operacyjnego lub innych źródeł finansowania zewnętrznego.

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.

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/wparcie 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/wparcie 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.441.7.2018 „Program profilaktyki nadwagi i otyłości dla uczniów klas VI - VIII szkół podstawowych „Be fit” na lata 2018-2020” realizowany przez: Miasto Lublin, Warszawa, luty 2018 r. 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 48/2018 z dnia 19 marca 2018 roku o projekcie programu „Program profilaktyki nadwagi i otyłości dla uczniów klas VI - VIII szkół podstawowych »Be fit« na lata 2018-2020”.