



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 110/2018 z dnia 19 czerwca 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Od juniora do
seniora – edukacja żywieniowa i profilaktyka chorób związanych
z otyłością”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Od juniora do seniora – edukacja żywieniowa i profilaktyka chorób związanych z otyłością”, realizowany przez miasto Radom, 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. Należy także uzupełnić mierniki efektywności w zakresie odpowiednich jednostek miary.

Populacja docelowa została określona prawidłowo. Zaproponowane interwencje są zgodne z wytycznymi. Niemniej jednak warto rozważyć uwzględnienie w programie działań mających na celu zwiększenie aktywności fizycznej wśród uczestników programu.

Monitorowanie i ewaluację programu zaplanowano w sposób poprawny.

Budżet został oszacowany w skali jednego roku. Należałoby wskazać budżet całkowity programu oraz uwzględnić w nim koszty monitorowania i ewaluacji programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych. Roczny budżet programu wynosi 60 000 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. 3) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 469): „przeciwdziałanie występowaniu otyłości”. Ponadto zakres programu wpisuje się w jeden z celów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 – „poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia społeczeństwa oraz aktywności fizycznej społeczeństwa”.

Opis problemu zdrowotnego został poprawnie przedstawiony w projekcie. Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w skali europejskiej i ogólnopolskiej.

Ponadto, zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych opublikowanymi przez Ministerstwo Zdrowia w dniu 2 stycznia 2017 r., można wskazać, że w 2014 r. w województwie mazowieckim odnotowano 633 hospitalizacje z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako otyłość dzieci (4,15% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych do grupy chorób metabolicznych). Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 67,10 i była to 4. największa wartość wśród województw. W 2014 r. w województwie mazowieckim odnotowano także 2460 hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako otyłość dorosłych (15,42% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych do grupy chorób metabolicznych). Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 56,72 i była to 2. największa wartość wśród województw.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „prewencja nadwagi i otyłości poprzez zmianę nawyków żywieniowych i zachęcanie do zdrowego trybu życia w rodzinie oraz zwiększenie świadomości pacjentów, że otyłość jest czynnikiem powodującym zwiększenie ryzyka sercowo-naczyniowego, chorób metabolicznych i nowotworowych”. 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 sformułowano także 7 celów szczegółowych, które w głównej mierze dotyczą edukacji zdrowotnej i żywieniowej. Przy czym należy zaznaczyć, że większość z założeń szczegółowych programu nie została zdefiniowana poprawnie i wymaga przeformułowania zgodnie z regułą SMART, według której cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. W trakcie definiowania celów niezbędne jest określanie konkretnych wartości, które będzie można zmierzyć po zakończeniu programu.

Mierniki efektywności przedstawione w projekcie korespondują z celami programu, przy czym nie wszystkie wskaźniki zostały wyrażone w odpowiednich jednostkach miary, co wymaga korekty. Przy formułowaniu mierników warto pamiętać, że są to wskaźniki, które umożliwiają obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów. Mierniki powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie wyrażone w odpowiednich jednostkach miary. Ponadto warto wskazać, aby dane zbierane były przed i po realizacji danyh działań, gdyż dopiero zanotowana zmiana świadczy o wielkości uzyskanego efektu.

Populacja docelowa

Populację docelową ma stanowić 600 mieszkańców miasta Radomia, w tym dzieci począwszy od 4 r.ż., młodzież, osoby dorosłe oraz seniorzy. Zgodnie z zapisami projektu, program będzie: „szczególnie kierowany do osób, które chorują na nadwagę i otyłość, mają w rodzinie osobę, która ma nadwagę lub jest otyła oraz do osób, które zmagają się z leczeniem powikłań otyłości i nadwagi m.in. takich jak: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, zaburzenia lipidowe”. Należy zaznaczyć, że wskazana w projekcie liczebność populacji docelowej programu nie została w żaden sposób uargumentowana, co wymaga uzupełnienia.

W treści projektu dotyczącej kryteriów kwalifikacji do programu wskazano, że program będzie miał charakter otwarty. Dzieciom i młodzieży oferowana będzie porada dietetyczna i/lub warsztaty kulinarne, natomiast osobom dorosłym wszystkie interwencje zaplanowane w ramach programu. O udziale w programie ma decydować kolejność zgłaszania oraz ilość wolnych miejsc na zajęcia edukacyjne.

Interwencja

Opiniowany projekt zakłada przeprowadzenie następujących interwencji:

- porady internistycznej,
- porady dietetycznej,
- warsztatów kulinarnych,
- edukacji zdrowotnej.

Indywidualna porada internistyczna będzie skierowana do osób dorosłych i będzie swoim zakresem obejmować m.in. wywiad zdrowotny, ocenę BMI, ocenę wyników badań laboratoryjnych (glukoza, lipidogram, kwas moczowy), ocenę ryzyka sercowo-naczyniowego wg skali SCORE, a także ogólne zalecenia dotyczące dalszego postępowania.

Pomiar BMI jest podstawowym narzędziem przesiewowym w kierunku nadwagi i otyłości (KLRP/PTMR/PTBO 2018, USPSTF 2017, NICE 2016, OCDPS 2015, PTDiety 2015, EASO 2015, NHMRC 2013, ICSI 2013, AHA/ACC/TOS 2013, SIGN 2010, ECP 2008, PFP 2008, NAPNP 2006, NCCPC/NICE 2006). W rekomendacjach oprócz pomiarów antropometrycznych, zaleca się dodatkowo, indywidualnie dobrane badania laboratoryjne, w tym m.in.: poziom glukozy; insuliny; profil lipidowy, kwas moczowy (OCDPS 2015, PTDiety 2015).

Nie odnaleziono zaleceń dotyczących przesiewowej oceny ryzyka sercowo-naczyniowego w profilaktyce otyłości. Natomiast odnaleziono informacje w zakresie otyłości, z których wynika, iż na poprawę funkcjonowania układu sercowo-naczyniowego wpływa zmniejszenie masy ciała (PFP 2008) oraz, że wskaźnik WHP stanowi dobry wskaźnik oceny ryzyka sercowo-naczyniowego w otyłości (SIGN 2010).

Odnalezione wytyczne, które zalecają interwencje w kierunku zmniejszenia nadwagi/otyłości u osób dorosłych nie odnoszą się także bezpośrednio do wieku populacji docelowej, a przede wszystkim do wartości wskaźnika BMI oraz obwodu talii (NICE 2016, EASO 2015, PTDiety 2015, AHA/ACC/TOS 2013, NHMRC 2013, USPSTF 2012, SIGN 2010, NCCPC/NICE 2006).

Ponadto należy również podkreślić, że odnalezione wytyczne rekomendują działania modyfikujące styl życia (dieta, ćwiczenia fizyczne) wśród osób z cukrzycą, która jest chorobą często współistniejącą przy nadwadze i otyłości (PTDiety 2016, Diabetes UK 2011, ESC/EASD 2007, JBS 2007).

W odniesieniu do porady dietetycznej, w ramach programu, zaplanowano przeprowadzenie przez dietetyka wywiadu żywieniowego oraz opracowanie planu diety, dostosowanego do potrzeb indywidualnych.

Zgodnie z rekomendacjami (PTDiety 2015) optymalna strategia leczenia dietetycznego zakłada częste, indywidualne kontakty z pacjentem, w czasie nie krótszym niż 6 miesięcy. W praktyce poradnictwo dietetyczne może być realizowane w postaci spotkań indywidualnych, spotkań grupowych, spotkań z wykorzystaniem technik audiowizualnych (telemedycyna) oraz ich kombinacji. Zgodnie z zaleceniami NICE 2015 należy informować osoby z nadwagą i otyłością, że nawet niewielka zmiana w diecie może przynieść wymierne korzyści zdrowotne, np. zredukować ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2, nadciśnienia, udaru.

Ponadto projekt programu zakłada przeprowadzenie działań edukacyjnych. W ramach edukacji zaplanowano przeprowadzenie wykładów, nt. związku otyłości z nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą typu 2, zaburzeniami lipidowymi, chorobami serca i naczyń, nowotworami, zaburzeniami endokrynologicznymi m.in. niedoczynnością tarczycy i zaburzeniami płodności; zasad zdrowego żywienia dzieci, młodzieży i seniorów; prawidłowego komponowania jadłospisu dziecka w wieku szkolnym; leczenia dietetycznego w otyłości, leczenia dietetycznego w podstawowych jednostkach chorobowych np. nadciśnieniu tętniczym czy cukrzycy typu 2. W programie przewidziano także warsztaty kulinarne dotyczące przygotowywania zdrowych posiłków wymagających odpowiednich technik przygotowywania żywności, zdobycia wiedzy żywieniowej oraz umiejętności praktycznych w zakresie doboru produktów, ich odpowiedniej obróbki i sposobu przygotowania.

Wytyczne NCCPC/NICE 2006 oraz VA/DoD 2006 sugerują, że pacjenci i ich rodziny/opiekunowie powinni być edukowani w zakresie: etiologii nadwagi i otyłości, możliwości leczenia, rokowań, długości i częstotliwości leczenia, oraz różnicy pomiędzy utratą wagi i utrzymywaniem zmniejszonej masy ciała (NICE 2015, NCCPC/NICE 2006, VA/DoD 2006).

Zatem, podsumowując, interwencje zaplanowane w ramach programu korespondują z aktualnymi rekomendacjami klinicznymi w przedmiotowym zakresie.

Jednakże należy podkreślić, że w przestany projekcie nie uwzględniono działań z zakresu aktywności fizycznej.

Rekomendacje kliniczne wskazują, że najlepszą formą profilaktyki otyłości dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych są skoordynowane interwencje łączące zarówno problemy dietetyczne, edukację zdrowotną oraz aktywność fizyczną (UPSTF 2017, WHO 2010, NICE 2006). Zgodnie z wytycznymi wszystkie osoby z nadmierną masą ciała należy zachęcać do regularnych ćwiczeń fizycznych (NICE 2016, PTD 2015, EASO 2015, AHA/ACA/TOS 2013, NHMRC 2013).

Ponadto wytyczne podkreślają konieczność udziału w programach z zakresu nadwagi i otyłości wielodyscyplinarnego zespołu specjalistów (CTFPHC 2015, EASO 2015, NICE 2015).

Zatem, w ramach programu, warto rozważyć uwzględnienie działań zmierzających do zwiększenia aktywności fizycznej wśród uczestników programu oraz zapewnienie wsparcia/porad psychologa.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja programu zaplanowano w sposób poprawny. Wskazano, że nadzór nad realizacją programu będzie prowadzony przez Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miejskiego w Radomiu.

Ocena zgłaszalności będzie oparta m.in. na analizie liczby osób zgłaszających się do programu, liczby osób zakwalifikowanych do programu.

Ocena jakości świadczeń zostanie przeprowadzona po zakończeniu programu na podstawie ankiet dotyczących zadowolenia uczestników.

Monitorowaniu podlegać będą określone wcześniej mierniki efektywności. Sporządzone zostanie również sprawozdanie końcowe (merytoryczno-finansowe) z realizacji programu.

Zgodnie z rekomendacjami w zakresie monitorowania i ewaluacji programy w omawianym zakresie powinny obejmować: pomiary wagi, procentowane 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).

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze otwartego konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. W projekcie wskazano wymagane kompetencje względem realizatora.

Projekt zakłada przeprowadzenie akcji informacyjnej skierowanej do potencjalnych uczestników programu, która będzie prowadzona w mediach lokalnych oraz na stronie internetowej miasta Radomia. Należy podkreślić, że zarówno sposób zapraszania do programu, jak i przewidziane działania informacyjne powinny być dostosowane do specyfiki populacji docelowej oraz pozwolić na uzyskanie jak największej zgłaszalności do programu.

Do projektu programu nie zostały dołączone wzory materiałów edukacyjnych oraz akcydensowych, w związku z czym weryfikacja ich treści nie była możliwa.

Należy doprecyzować sposób zakończenia udziału w programie i wskazać, czy będzie on możliwy na każdym etapie programu, na życzenie uczestnika.

Nie oszacowano całkowitego budżetu programu, natomiast wskazano, że koszt realizacji programu w 2018 r. wyniesie 60 000 zł. Przedstawiono koszty jednostkowe związane z realizacją programu.

W kosztorysie należy także uwzględnić środki finansowe przeznaczone na pokrycie kosztów monitorowania i ewaluacji programu.

Program zostanie sfinansowany z budżetu miasta Radomia.

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: *National Institute for Health and Clinical 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 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 pediatryczna. 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 skryning 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.441.80.2018 „Od juniora do seniora – edukacja żywieniowa i profilaktyka chorób związanych z otyłością” realizowany przez: miasto Radom, Warszawa, czerwiec 2018, 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 140/2018 z dnia 18 czerwca 2018 roku o projekcie programu „Od juniora do seniora – edukacja żywieniowa i profilaktyka chorób związanych z otyłością” (m. Radom).