



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 141/2018 z dnia 20 lipca 2018 r.**

o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej dot. zapobiegania rozwojowi chorób cywilizacyjnych, ukierunkowany na wczesną diagnostykę i prewencję cukrzycy oraz nadwagi i otyłości wśród mieszkańców Miasta Gliwice”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej dot. zapobiegania rozwojowi chorób cywilizacyjnych, ukierunkowany na wczesną diagnostykę i prewencję cukrzycy oraz nadwagi i otyłości wśród mieszkańców Miasta Gliwice”.

Uzasadnienie

Negatywna opinia wynika przede wszystkim z faktu, że zasadność przeprowadzenia oznaczenia stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej we wskazanej populacji jest wątpliwa. Należy wskazać, że badanie to jest rekomendowane jedynie w przypadku, gdy oznaczenie glikemii na czczo jest niemożliwe do wykonania oraz w przypadku, gdy u pacjenta występują objawy hiperglikemii. Ponadto populacja docelowa nie została określona zgodnie z wytycznymi.

W odniesieniu do pozostałych elementów programu należy wskazać, że:

- Zaproponowane w projekcie cele programowe nie są w pełni zgodne z zasadą SMART. Uzupełnienia wymaga również kwestia dotycząca mierników efektywności, które powinny umożliwić ocenę skutków realizacji programu
- W odniesieniu do interwencji, należy dodatkowo wskazać, że działania edukacyjne nie zostały opisane w sposób wyczerpujący.
- Monitorowanie i ewaluacja programu wymagają doprecyzowania.
- W budżecie należy uwzględnić koszty kampanii informacyjnej oraz koszty monitorowania i ewaluacji.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania cukrzycy, nadwagi i otyłości. Budżet programu wynosi 630 000 zł, zaś okres jego realizacji to lata 2019-2021.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej, zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.), wraz z oceną założeń projektu programu polityki



zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Problem zdrowotny opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej wpisuje się w priorytety zdrowotne zgodne z §1 ust. 1 pkt d) oraz ust 3) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 469): „zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu cukrzycy” oraz „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 przedstawiony w projekcie. Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w skali światowej, europejskiej, ogólnopolskiej oraz lokalnej.

Zestawienia statystyczne przedstawione w dokumencie „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy dla województwa śląskiego” wskazują, że w 2014 r. współczynnik zapadalności rejestrowanej dla rozpoznanych z grupy cukrzyca wyniósł 422,02/100 tys., co stanowiło drugi najwyższy wskaźnik w Polsce. Natomiast współczynnik chorobowości szpitalnej dla Polski wyniósł 3 769,1/100 tys., a dla województwa śląskiego – 4 560,41/100 tys. i był to najwyższy wskaźnik w Polsce. Ponadto w okresie 2012-2014 w województwie śląskim stwierdzono 3 344 zgonów z powodu cukrzycy, z których 80,4% dotyczyło osób w wieku 65 lat i starszych (41,6% zmarłych stanowili mężczyźni). Dodatkowo informacje zawarte w dokumencie „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych dla województwa śląskiego” wskazują, że w 2014 roku w województwie śląskim odnotowano 1,09 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznanych, zakwalifikowanych jako otyłość osób dorosłych. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 28,50 i była to 4. najmniejsza wartość wśród województw.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zapobieganie rozwojowi chorób cywilizacyjnych poprzez wczesną diagnostykę i prewencję cukrzycy oraz nadwagi i otyłości wśród mieszkańców Miasta Gliwice”. Wskazane założenie główne nie zostało zaplanowane w czasie. Ponadto cel został sformułowany w formie działania, przez co niemożliwe będzie zmierzenie stopnia realizacji celu.

Cel szczegółowy dotyczący wczesnego wykrywania cukrzycy i stanów przedcukrzycowych wskazuje na działanie, a nie określa oczekiwanego i docelowego stanu, który należy osiągnąć w ramach programu.

Wskazane cele programowe warto przeformułować zgodnie z regułą SMART, według której cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie.

Mierniki efektywności przedstawione w projekcie wymagają poprawy. Wskaźniki takie jak: „liczba osób, u których wykonano badania przesiewowe” oraz „liczba osób, które brały udział w ocenie ryzyka wystąpienia cukrzycy – FINDRISK” mogą zostać wykorzystane przy ocenie zgłaszalności. Ponadto miernik w postaci „liczba osób, które po zakończeniu spotkań edukacyjnych zadeklarowały zastosowanie zdobytej wiedzy na temat odżywiania się i aktywności fizycznej w życiu codziennym” opiera się na subiektywnej ocenie uczestnika. 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. 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.

Populacja docelowa

Populację docelową stanowią osoby zamieszkałe na terenie miasta Gliwice powyżej 16 r.ż. W projekcie wskazano, że liczebność populacji w grupie adresatów programu wynosi 148 913 osób (87% wszystkich mieszkańców). Powyższe dane są zbliżone do danych GUS.

Odsetek populacji docelowej, który planuje się włączyć do programu wynosi ok. 10 %, co stanowi ok. 15 000 osób.

Podstawowym kryterium kwalifikacji do programu będzie wiek od 16 r.ż., zameldowanie na terenie miasta Gliwice oraz wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych. Dodatkowo wskazano, że uczestnicy programu nie będą musieli posiadać skierowania na badania. Programem nie zostaną objęte osoby leczone na cukrzycę oraz kobiety w ciąży i do 12 tygodni po porodzie.

Wytyczne Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD 2017) zalecają wykonywanie badań w kierunku cukrzycy raz w ciągu 3 lat u każdej osoby powyżej 45 r.ż., natomiast u osób z określonych grup ryzyka badanie to należy wykonywać co roku, bez względu na wiek. Ponadto większość wytycznych zaleca wykonywanie skryningu tylko w określonych grupach ryzyka, zazwyczaj u osób >40 lub 45 roku życia (USPSTF 2015, AACE/ACE 2015, ADA 2015, ICSI 2014, NICE 2012, IMAGE Study Group 2010, NHMRC 2009). W związku z powyższym wybór populacji docelowej jest niezasadny.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano wykonanie badań przesiewowych w kierunku rozpoznawania zaburzeń gospodarki węglowodanowej i przeprowadzenie działań edukacyjnych.

Projekt zakłada oznaczenie stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej – glikemia przygodna. Dodatkowo w opisie zakończenia udziału w programie określono, że możliwe również będzie oznaczenie glikemii na czczo. Program przedstawia ścieżkę postępowania z pacjentami w zależności od otrzymanego wyniku glikemii. Nie określono sposobu postępowania z pacjentem, u którego wynik glikemii na czczo wyniesie 100-125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l).

Oznaczenie glikemii na czczo jest jednym z zalecanych badań skryningowych w kierunku wczesnego rozpoznawania cukrzycy (PTD 2017, USPSTF 2015, AACE/ACE 2015, ADA 2015, ICSI 2014, NICE 2012, IMAGE Study Group 2010, NHMRC 2009). Natomiast oznaczanie glikemii przygodnej jest badaniem zalecanym jedynie w przypadku, gdy oznaczenie glikemii na czczo jest niemożliwe do wykonania (NHMRC 2009) oraz w przypadku, gdy u pacjenta występują objawy hiperglikemii (PTD 2017). Ponadto należy podkreślić, że zalecenia PTD 2017 wskazują, że nie należy stosować do celów diagnostycznych oznaczeń glikemii wykonywanych przy użyciu glukometrów.

Zgodnie z powyższymi wytycznymi podstawowym badaniem skryningowym powinno być oznaczenie glikemii na czczo, a badaniem uzupełniającym/dodatковым powinno być oznaczenie stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej. Powyższe należy uwzględnić w programie.

Należy mieć także na uwadze, że zaproponowane w ramach programu badania są świadczeniami gwarantowanymi w ramach NFZ, zatem istnieje ryzyko ich powielania.

Program zakłada przeprowadzenie działań edukacyjnych w formie wykładów, podczas których uczestnicy programu będą edukowani w zakresie stanu przedcukrzycowego, cukrzycy, nadwagi i otyłości. Podczas wykładów uczestnicy programu będą wypełniać kwestionariusz FINDRISC, który m.in. zawiera pytanie odnośnie BMI. Uczestnicy programu będą mieli wykonywane pomiary wagi oraz obwodu pasa w zakresie działań edukacyjnych. Nie wskazano osób odpowiedzialnych za przeprowadzenie powyższego badania, co należy uzupełnić.

Należy wskazać, że w celu identyfikacji odpowiedniej grupy osób kwalifikujących się do skryningu, zaleca się przeprowadzenie oceny występowania czynników ryzyka lub zastosowania narzędzi do oceny ryzyka cukrzycy (NICE 2012, ESC/EASD 207, IMAGE Study Group 2010). Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC/EASD 2007) zaleca stosowanie kwestionariusza FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score), który jest najczęściej stosowanym narzędziem do oceny ryzyka rozwoju cukrzycy w Europie. Dodatkowo wykonywanie pomiaru BMI w celu identyfikacji osób z nadwagą i otyłością, jest działaniem powszechnie zalecanym, natomiast m.in. w wytycznych Polskiego Towarzystwa Dietetycznego

wskazuje się, że oprócz BMI, wszystkie osoby po 18 r.ż. powinny być poddawane również pomiarom obwodu talii. Ponadto oznaczanie glikemii na czczo lub doustny test tolerancji glukozy z użyciem 75 g glukozy są także najczęściej zalecane jako badanie skryningowe w zakresie profilaktyki cukrzycy (PTD 2017, ADA 2011, IMAGE Study Group 2010, AACE 2007). Zaplanowane interwencje są częściowo zgodne z rekomendacjami/wytycznymi w zakresie profilaktyki cukrzycy.

W projekcie wskazano, że pacjenci po otrzymaniu wyniku badań, będą informowani o dalszym postępowaniu oraz możliwości uczestnictwa w spotkaniach edukacyjnych. Z kolei osoby biorące udział w działaniach edukacyjnych będą powiadamiane o możliwości wykonania badań przesiewowych.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja programu zostały zaplanowane w projekcie, jednak wymagają poprawy.

Ocena zgłaszalności prowadzona będzie na podstawie rejestru liczby osób, które wezmą udział w programie. Warto rozważyć również wykorzystanie przedstawionych w programie mierników efektywności.

Ocena jakości świadczeń będzie opierać się na wynikach anonimowych ankiet, co jest podejściem poprawnym.

Ewaluacja programu zostanie dokonana na podstawie wskazanych mierników efektywności i wymaga uzupełnienia. Zgodnie z rekomendacjami NICE 2012 ewaluacja programów powinna być oparta na uzyskanych przez beneficjentów punktach końcowych, co 12 miesięcy lub częściej. Podstawowe wskaźniki powinny obejmować: liczebność populacji całkowitej, poziom frekwencji, zmiany w intensywności aktywności fizycznej (od umiarkowanej do intensywnej) mierzone co tydzień, zmiany w diecie (szczególnie ilości spożywanego tłuszczu i błonnika), zmiany wagi, obwodu talii, BMI, zmiany poziomu glukozy na czczo lub HbA1c.

Warunki realizacji

W projekcie wskazano wymagane kompetencje względem realizatora. Nie określono jednak sposobu jego wyboru, co zgodnie z zapisami ustawowymi powinno nastąpić w drodze konkursu ofert.

Projekt zakłada przeprowadzenie kampanii promocyjno-informacyjnej poprzez rozpowszechnianie ulotek/plakatów w miejscach użyteczności publicznej (m.in. poradnie POZ, specjalistyczne, medycyny pracy); zachęcanie do udziału w programie przez lekarzy i innych pracowników medycznych; ogłoszenia parafialne; zamieszczanie informacji w tygodniku Nowiny Gliwickie, lokalnym radiu CCM, na stronach internetowych Urzędu Miasta Gliwice, a także ośrodków uczestniczących w programie.

W projekcie oszacowano koszty całkowite programu na 630 000 zł. Określono koszt jednostkowy wykonania badania przesiewowego na 27,39 zł. Nie uwzględniono w budżecie kosztów związanych z kampanią informacyjną oraz monitorowaniem i ewaluacją.

Program zostanie sfinansowany z budżetu miasta, jednak projekt zakłada również możliwość dofinansowanie programu przez NFZ na podstawie art. 48d ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.).

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Cukrzyca

Cukrzyca stanowi problem terapeutyczny oraz społeczno-ekonomiczny. Obecnie na świecie obserwuje się niekorzystną tendencję wzrostu zachorowań na cukrzycę typu 2, spowodowaną głównie prowadzeniem niezdrowego trybu życia - nieodpowiednie odżywianie powodujące nadwagę i otyłość oraz sprzyjająca im mała aktywność fizyczna.

Na podstawie najnowszych danych epidemiologicznych (raport WHO z 2016 r. „Global Report on Diabetes” i badanie NCD-RisC z 2016 r.), od 1980 do 2014 roku rozpowszechnienie cukrzycy wśród osób

dorostych na świecie wzrosło z 4,3% do 9,0% w przypadku mężczyzn i z 5,0% do 7,9% w przypadku kobiet. Liczba dorosłych z cukrzycą wzrosła z 108 mln w 1980 roku do 422 mln w 2014 roku. Według profilu cukrzycowego stworzonego przez WHO dla Polski w 2016 roku, cukrzyca odpowiada za 2% wszystkich zgonów w Polsce.

Cukrzyca typu 2 jest z jednej strony jednostką chorobową, z drugiej czynnikiem ryzyka innych chorób, w szczególności chorób sercowo-naczyniowych czy chorób naczyń mózgowych. Osobom z cukrzycą lub ze stanami przedcukrzycowymi w celu redukcji ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych zaleca się: edukację i wdrażanie intensywnej zmiany stylu życia (dieta, regularna aktywność fizyczna, redukcja nadwagi, zaprzestanie palenia tytoniu) oraz kontrolę i leczenie innych czynników ryzyka miażdżycy - nadciśnienia oraz zaburzeń lipidowych.

Nadwaga i otyłość

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

Cukrzyca

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oznaczenie glukozy, test obciążenia glukozą oraz oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c), znajdują się wśród świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej finansowanych ze środków publicznych.

Oznaczenie stężenia glukozy na czczo jest również elementem badań przesiewowych realizowanych w ramach finansowanego w Polsce przez NFZ Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK).

Nadwaga i otyłość

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 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 pediatria. 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 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.441.102.2018 „Program polityki zdrowotnej dot. zapobiegania rozwojowi chorób cywilizacyjnych, ukierunkowany na wczesną diagnostykę i prewencję cukrzycy oraz nadwagi i otyłości wśród mieszkańców Miasta Gliwice” realizowany przez: Miasto Gliwice, lipiec 2018 r. oraz Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy – wspólne podstawy oceny”, kwiecień 2016 r. i „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny”, kwiecień 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 168/2018 z dnia 9 lipca 2018 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej dot. zapobiegania rozwojowi chorób cywilizacyjnych, ukierunkowany na wczesną diagnostykę i prewencję cukrzycy oraz nadwagi i otyłości wśród mieszkańców Miasta Gliwice”.