



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Nr 9/2019 z dnia 21 stycznia 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program Polityki
Zdrowotnej Gminy Lublin na lata 2019-2021 w zakresie zdrowego
odżywiania dla dzieci klas I-III szkół podstawowych „Jedź z głową” ”
realizowanego przez: miasto Lublin

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program Polityki Zdrowotnej Gminy Lublin na lata 2019-2021 w zakresie zdrowego odżywiania dla dzieci klas I-III szkół podstawowych „Jedź z głową” ” 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. Jednakże, niektóre elementy programu należy dopracować zgodnie z poniższymi uwagami, aby jego realizacja była jak najwyższej jakości.

Do wskazanych w projekcie celów należy sformułować uzasadnienie w odniesieniu do założonych wartości docelowych. Ponadto niektóre z celów zostały sformułowane w postaci działania, nie zaś oczekiwanego efektu, co również wymaga poprawy.

Zaproponowana populacja docelowa wymaga weryfikacji pod kątem niedoszacowania w zakresie liczebności rodziców/opiekunów prawnych oraz kadry pedagogicznej biorącej udział w działaniach edukacyjnych.

Wytyczne odnoszące się do interwencji, wskazują, że powinny one być skoordynowanymi działaniami z zakresu edukacji, dietetyki, aktywności fizycznej oraz porad psychologicznych. Zasadne jest zatem wdrożenie dodatkowych komponentów interwencji, które zwiększą prawdopodobieństwo uzyskania korzyści zdrowotnych w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci. Ponadto należy jednoznacznie określić częstotliwość wykonywania pomiarów antropometrycznych.

Monitorowanie i ewaluacja zostały zaplanowane w projekcie, jednakże elementy te należy uzupełnić zgodnie z uwagami w dalszej części opinii.

Przedstawiony budżet wymaga weryfikacji w odniesieniu do liczebności populacji docelowej programu oraz należy uwzględnić koszty związane z monitorowaniem i ewaluacją programu. Ponadto nie jasna jest kwestia finansowania programu, ponieważ określono jedynie, że będzie on finansowany „w części” z budżetu gminy.

Ponadto część zaplanowanych interwencji stanowi świadczenia gwarantowane, zatem istnieje ryzyko ich podwójnego finansowania i należy tę kwestię wyjaśnić.



Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości. Budżet programu wynosi 697 800 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 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 rozporządzeniem 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”.

W projekcie przedstawiono opis problemu zdrowotnego oraz sytuację epidemiologiczną w skali światowej, krajowej oraz regionalnej. Nie odniesiono się do map potrzeb zdrowotnych.

Według map potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych dla województwa lubelskiego, w 2014 roku w województwie lubelskim odnotowano 261 hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako otyłość dzieci (4,12% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych do grupy chorób metabolicznych). Współczynnik hospitalizacji wynosił ok. 67,16/100 000 mieszkańców (3 miejsce wśród wszystkich województw).

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „poprawa stanu żywienia u 25% dzieci uczęszczających do klas I-III szkół podstawowych w Lublinie, poprzez zmniejszenie wskaźnika BMI o co najmniej 2 punkty w czasie trwania programu”. Należy zaznaczyć, że założenie główne powinno być wyraźnie zdefiniowane i precyzyjnie wytyczone (w odniesieniu do planowanego czasu), a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Należy również zauważyć, że cel sugeruje, że spadek wskaźnika BMI powoduje poprawę stanu żywienia. Warto przeformułować cel w taki sposób, aby jasno wskazywał, że poprawa stanu żywienia powoduje zmniejszenie wskaźnika BMI, a nie odwrotnie.

W projekcie sformułowano także 6 celów szczegółowych:

- zdiagnozowanie potrzeb zdrowotnych w zakresie masy ciała badanej populacji tj. wśród dzieci klas I-III szkół podstawowych na terenie Lublina na podstawie wyników pomiarów antropometrycznych;
- objęcie programem każdego roku min. 60% uczniów klasy I szkół podstawowych w Lublinie;
- objęcie programem każdego roku min. 50% rodziców uczniów klas I szkół podstawowych;
- zwiększenie wiedzy co najmniej 30% uczniów, ich rodziców/opiekunów oraz nauczycieli i pracowników kuchni/stołówek w zakresie znaczenia zdrowego odżywiania dla zdrowia całego organizmu;
- obniżenie wartości wskaźnika BMI o 2 punkty na zakończenie programu w stosunku do wyników na początku programu u 25% populacji uczniów objętej programem”.

Należy zauważyć, że trzy pierwsze cele szczegółowe zostały sformułowane w postaci działania. Dodatkowo, należy uzasadnić założone wartości docelowe określone w ramach poszczególnych celów. Dobrze sformułowany cel powinien być zgodny z zasadą SMART, według której powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie.

Zaproponowano 8 mierników efektywności, które korespondują z celami programowymi.

Miernik odnoszący się do liczby przebadanych dzieci, może zostać wykorzystany przy ocenie zgłaszalności do programu.

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. Ponadto warto podkreślić, aby dane zbierane były przed i po realizacji danych działań, gdyż dopiero zanotowana zmiana świadczy o wielkości uzyskanego efektu.

W przypadku programów w zakresie zapobiegania nadwagi i otyłości u dzieci istotne jest, aby mierniki efektywności odnosiły się m.in. pomiaru BMI, analizy liczby rodziców/opiekunów, 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 klas I-III szkół podstawowych znajdujących się na terenie miasta Lublin.

Liczebność populacji kwalifikującej się do udziału w programie oszacowano 9 000 osób. W pierwszym roku funkcjonowania liczbę uczniów określono na około 3 000 osób. Liczba klas I szkół podstawowych wynosi 146, zaś łączna liczba klas I-III szkół podstawowych to 439. Zgodnie z danymi GUS w 2017 r. miasto Lublin zamieszkiwało 10 153 osób w wieku 7-9 lat (3 222 – w wieku 7 lat, 3 588 – w wieku 8 lat, 3 343 – w wieku 9 lat). Program w zakresie edukacji skierowany będzie również do rodziców/opiekunów prawnych dzieci („ok. 1 500 osób w pierwszym roku trwania programu”), kadry pedagogicznej („ok. 150 osób”) oraz pracowników stołówek i osób przygotowujących posiłki na terenie szkoły („od 35 do 110 osób”). Należy zauważyć, że oszacowana liczebność rodziców/opiekunów prawnych dzieci, którzy wezmą udział w programie wydaje się być zaniżona i prawdopodobnie została określona jedynie w oparciu o liczbę rodziców klas I przychodzących na wywiadówki i spotkania z nauczycielami/wychowawcami. Ponadto liczebność kadry pedagogicznej również została oszacowana jedynie w oparciu o liczbę klas I.

Podstawowymi kryteriami włączenia do programu będą: status ucznia klasy I-III szkoły podstawowej znajdującej się na terenie miasta Lublin oraz pisemna zgoda na udział ucznia w programie pozyskana od jego rodzica/opiekuna prawnego.

Odnalezione wytyczne zalecają wyliczanie BMI u dzieci i młodzieży w wieku 2-18 lat (ICSI 2013, NHMRC 2013). Natomiast zaktualizowane rekomendacje USPSTF wskazują na wykonywanie badania przesiewowego w kierunku otyłości u dzieci i młodzieży w wieku ≥ 6 r.ż. (USPSTF 2017).

Interwencja

W ramach programu planowane jest przeprowadzenie działań edukacyjnych dla poszczególnych grup adresatów objętych programem oraz konkursu plastycznego promującego zdrowe odżywianie. Ponadto wykonywane będą wśród uczniów dwukrotne pomiary antropometryczne, należy jednak jednoznacznie określić częstotliwość wykonywania pomiarów, ponieważ w programie znajdują się rozbieżne informacje.

Zgodnie z rekomendacjami NICE, pomiar BMI powinien odbywać się w momencie kwalifikacji do programu z zakresu zapobiegania nadwagi i otyłości, na zakończenie realizowanych działań oraz po 6 miesiącach i po 1 roku od zakończenia programu (NICE 2013).

Opiniowany projekt zakłada przeprowadzenie szkoleń edukacyjnych (z zakresu dietetycznego, promocji aktywności fizycznej oraz behawioralnego) oraz badań antropometrycznych (pomiar wysokości ciała, pomiar masy ciała, analiza składu masy ciała).

Tematyka działań edukacyjnych opisanych w programie nie budzi zastrzeżeń. Będą one prowadzone przez dietetyka lub pielęgniarkę; psychologa/terapeutę; specjalistę żywienia; technologa żywności/kucharza; osoby posiadające odpowiednie doświadczenie wiedz i umiejętności praktyczne w wykonywaniu działań edukacyjnych ukierunkowanych na realizację zadań wynikających z ocenianego programu.

W ramach programu przeprowadzony zostanie także konkurs plastyczny skierowany do uczniów i nauczycieli klas I-III szkół podstawowych oraz pracowników stołówek szkolnych.

Należy jednak wskazać, że w projekcie nie sprecyzowano celowości przeprowadzenia pomiarów antropometrycznych. Projekt zakłada jedynie działania edukacyjne, bez wyszczególnienia interwencji, które pozwoliłyby na redukcję masy ciała u uczestników, czy też zmianę nawyków żywieniowych. Biorąc pod uwagę założenia projektu, jego budżet oraz odnalezione wytyczne kliniczne zasadne jest, aby został on uzupełniony o pozostałe komponenty wymieniane w wytycznych. Istotne jest, aby program w sposób kompleksowy obejmował działaniami zarówno osoby o prawidłowej masie ciała, jak i dzieci z nadwagą lub otyłością, uwzględniając przy tym zalecane interwencje zróżnicowane względem uczestników programu (np. odpowiednio dostosowana dieta i aktywność fizyczną dla osób z nadwagą oraz inne zalecenia dla osób z wagą prawidłową).

Zgodnie z rekomendacjami najlepszą formą profilaktyki otyłości dzieci i młodzieży są skoordynowane interwencje łączące zarówno porady dietetyczne, edukację zdrowotną, aktywność fizyczną oraz wsparcie psychologa (USPTF 2017, NICE 2006, WHO 2010). Rekomendacje wskazują również na konieczność udziału w programach z zakresu nadwagi i otyłości wielodyscyplinarnego zespołu specjalistów (NICE 2015, CTFPHC 2015, EASO 2015). Opiniowany projekt programu odnosi się jedynie do edukacji zdrowotnej, natomiast mając na uwadze powyższe wytyczne oraz główne założenia programu zasadne jest uzupełnienie programu. Należy zaznaczyć, że w odnalezionych wytycznych, zaleca się, aby rodzice byli aktywnie zaangażowani w zmianę stylu życia dziecka (USPSTF 2017, NICE 2015, NHMRC 2013, ICSI 2013, SIGN 2010, NAPNP 2006).

Zgodnie z rekomendacjami pomiar BMI jest podstawowym narzędziem przesiewowym w kierunku nadwagi i otyłości (KLRP/PTMR/PTBO 2017, USPSTF 2017, NICE 2016, OCDPS 2015, PTDiet 2015, EASO 2015, NHMRC 2013, ICSI 2013, AHA/ACC/TOS 2013, SIGN 2010, ECP 2008, PFP 2008, NAPNP 2006, NCCPC/NICE 2006). W przypadku dzieci i młodzieży BMI mierzy się przy pomocy siatek centylowych (NICE 2015, OCDPS 2015, NHMRC 2013, SIGN 2010, PFP 2008, NAPNP 2006).

Należy zaznaczyć, iż pomiary antropometryczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania i są wykonywane jako badania przesiewowe w trakcie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w klasie I szkoły podstawowej w wyniku niewykonania badania w terminie), a więc wśród populacji docelowej. Zatem należy zwrócić uwagę, aby interwencja nie była podwójnie finansowana u danego pacjenta.

Monitorowanie i ewaluacja

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

W ramach oceny zgłaszalności do programu monitorowana będzie: liczba zgód na udział w programie, liczba wykonanych poszczególnych badań przesiewowych, liczba uczestników działań edukacyjnych. Ponadto w programie zostanie zwrócona szczególna uwaga na populację, która nie weźmie udziału w programie (pomimo złożenia zgody na udział w programie).

Wskaźniki zaproponowane w ramach oceny zgłaszalności są poprawne. Jednakże dodatkowo należy także monitorować m.in.: liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie, liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów).

Ocena jakości świadczeń zostanie przeprowadzona w oparciu o wyniki ankiety satysfakcji, co jest prawidłowym działaniem. Należy jedna doprecyzować, czy ankiety te będą wypełniane przez rodziców/ opiekunów prawnych dzieci.

W ramach ewaluacji dokonana zostanie ocena efektywności programu oraz trwałości jego efektów. Do tego celu wykorzystane zostaną wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem, a także mierniki efektywności, które „będą analizowane odpowiednimi narzędziami”. Istotnym jest, aby ocena efektywności rozpoczęła się po zakończeniu programu oraz zestawiona była z danymi z lat poprzednich.

Warto podkreślić, iż rekomendacje dotyczące monitorowania i ewaluacji w zakresie przedmiotowego problemu zdrowotnego, wskazują, iż ten element programu powinien obejmować pomiary wagi, procentowe zmiany wagi, procent uczestników, u których zanotowano, co najmniej 3%, 5% spadek wagi, procent uczestników, którzy ukończyli program, wiek, płeć oraz status socjoekonomiczny (NICE 2016), co częściowo zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Odniesiono się do wymagań w zakresie personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. W ramach programu zostanie przeprowadzona akcja informacyjno-rekrutacyjna z wykorzystaniem dostępnych środków przekazu.

Zakończenie udziału w programie będzie możliwe na każdym jego etapie – na podstawie życzenia uczestnika, a w przypadku uczniów na podstawie deklaracji rodzica/opiekuna prawnego.

W projekcie programu oszacowano koszty całkowite na 697 800 zł. Koszt przeprowadzenia pomiarów antropometrycznych przypadający na jednego ucznia będzie wynosił ok. 5 zł. Wynagrodzenie osoby prowadzącej szkolenie skierowane do dzieci i rodziców/nauczycieli oszacowano na ok. 150 zł za spotkanie. Koszt jednego szkolenia dla pracowników stołówek i kuchni ma wynosić ok. 12 000 zł za spotkanie. W tej grupie osób zaplanowano również warsztaty, których koszt będzie się wahał od 7 000 zł do 22 000 zł (szacowna liczba uczestników to 35-110 osób). Roczne koszty realizacji działań edukacyjnych wśród dzieci i rodziców/opiekunów prawnych/nauczycieli to ok. 129 600 zł (trzy roczniki uczniów), zaś maksymalne roczne koszty działań edukacyjnych dla pracowników stołówek to ok. 34 000 zł (koszt szkoleń i warsztatów). Na zakup nagród i dyplomów dla laureatów konkursu przewidziano 3 000 zł rocznie. Ponadto na całkowity roczny budżet programu składają się następujące pozycje: koszty organizacyjne – 5 000 zł, koszty ogólne – 10 000 zł oraz koszty kampanii informacyjno-promocyjnej – 6 000 zł.

Program „w części” sfinansowany będzie z budżetu miasta Lublin. Kwestia ta nie została sprecyzowana. W treści projektu znajduje się również informacja, że „gmina zabezpieczy uchwałą Rady Gminy kwotę w wysokości potrzebnej do realizacji projektu”.

Na podstawie zaproponowanego przez wnioskodawcę budżetu programu można wnioskować, że uczniowie klas I i II szkół podstawowych, którzy przystąpią do programu w roku szkolnym 2018/2019, będą w kolejnych latach miały powielane świadczenia. Podobnie uczniowie klas I szkół podstawowych, którzy zostaną włączeni do programu w roku szkolnym 2019/2020 będą mogli w nim wziąć udział również w roku szkolnym 2020/2021 r. (będą wtedy w II klasie szkoły podstawowej). Zatem kwestia ta wymaga wyjaśnienia, ponieważ znacznie przekłada się na wysokość całkowitego kosztu realizacji programu.

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/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 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.223.2018 „Program Polityki Zdrowotnej Gminy Lublin na lata 2019-2021 w zakresie zdrowego odżywiania dla dzieci klas I-III szkół podstawowych „Jedz z głową” ” realizowany przez: miasto Lublin, Warszawa, styczeń 2019, Aneksu do raportów szczegółowych: „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny” z kwietnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 10/2019 z dnia 14 stycznia 2019 roku o projekcie programu „Program Polityki Zdrowotnej Gminy Lublin na lata 2019-2021 w zakresie zdrowego odżywiania dla dzieci klas I-III szkół podstawowych «Jedz z głową»”