



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 172/2018 z dnia 17 sierpnia 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży
z terenu powiatu nowosolskiego na lata 2018-2019 – Miej odwagę,
nie nadwagę”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży z terenu powiatu nowosolskiego na lata 2018-2019 – Miej odwagę, nie nadwagę” 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 programowe wymagają doprecyzowania zgodnie z zasadą SMART, według której cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Poprawę wymaga również kwestia dotycząca mierników efektywności, które powinny korespondować z przedstawionymi celami, a także umożliwić ocenę skutków programu.

Populacja docelowa została określona prawidłowo. Zaproponowane interwencje są zgodne z wytycznymi. Niemniej jednak zgodnie z rekomendacjami, najlepszą formą profilaktyki otyłości dzieci i młodzieży są skoordynowane interwencje łączące zarówno problemy dietetyczne, edukację zdrowotną oraz aktywność fizyczną. Biorąc powyższe pod uwagę należy rozważyć uwzględnienie w programie działań z zakresu aktywności fizycznej.

Monitorowanie zaplanowano poprawnie natomiast ewaluacja wymaga poprawy zgodnie z uwagami odnoszącymi się do mierników efektywności.

W zakresie oszacowań budżetu należy uwzględnić koszty monitorowania i ewaluacji.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości. Budżet programu wynosi 32 672 zł, zaś okres jego realizacji to lata 2018-2019.

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) 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 przedstawiony poprawnie, wskazano definicję nadwagi i otyłości, ich etiologię oraz wpływ na rozwój chorób sercowo-naczyniowych. Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w skali światowej, ogólnopolskiej oraz lokalnej.

Zestawienia statystyczne przedstawione w dokumencie „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych dla województwa lubuskiego” wskazują, że w 2014 r. odnotowano 50 hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako otyłość dzieci (co stanowi 2,38% wszystkich hospitalizacji dzieci z powodu rozpoznań zakwalifikowanych do grupy chorób metabolicznych). Liczba hospitalizacji wynosiła ok. 17 na 100 tys. mieszkańców i była to 2. najmniejsza wartość wśród województw.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zmniejszenie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia na terenie powiatu nowosolskiego poprzez wczesne wykrywanie nadwagi i otyłości u dzieci z rocznika 2007 oraz przeprowadzenie interwencji edukacyjno-zdrowotnej dzieci i rodziców/opiekunów uczestników programu”. 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.

Sformułowano także 5 celów szczegółowych. Należy wskazać, że cele w postaci: „wczesna identyfikacja dzieci z nadwagą i otyłością”, „przeprowadzenie edukacji zdrowotnej dzieci i rodziców/opiekunów uczestników programu” oraz „wprowadzenie prawidłowych nawyków dotyczących diety, zachowań zdrowotnych, aktywności fizycznej w trakcie trwania programu oraz ich utrwalenie po zakończeniu programu” stanowią działania, a nie określają oczekiwanego i docelowego stanu, który należy osiągnąć w ramach programu.

Biorąc powyższe pod uwagę, wskazane cele programowe wymagają doprecyzowania zgodnie z regułą SMART, według której cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie.

Mierniki efektywności przedstawione w projekcie wymagają przeformułowania, tak aby korespondowały ze wszystkimi celami programowymi. Ponadto wskaźniki takie jak: „liczba osób uczestniczących w programie” oraz „procent objęcia programem populacji docelowej (80%)” mogą zostać wykorzystane przy ocenie zgłaszalności. 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 11-letnie dzieci (urodzone w 2007 r.) uczęszczające do szkół podstawowych na terenie powiatu nowosolskiego. Zgodnie z danymi GUS, w 2017 r., powiat nowosolski zamieszkiwało 1 026 dzieci w wieku adresatów programu.

W projekcie wskazano, że przy założeniu 80% frekwencji badaniami przesiewowymi zostanie objętych 736 dzieci. Natomiast kompleksowa interwencja edukacyjno-lecznicza zostanie skierowana do minimum 136 uczniów.

Kryterium kwalifikacji do programu, oprócz wieku (11 lat), będzie konieczność wyrażenia zgody przez rodziców/opiekunów prawnych dzieci na przeprowadzenie badania przesiewowego. Natomiast objęcie specjalistyczną opieką lekarską w zakresie leczenia nadwagi i otyłości dzieci w ramach NFZ będzie stanowiło kryterium wyłączenia z programu.

Interwencja

Opiniowany projekt zakłada przeprowadzenie badania przesiewowego w kierunku czynników ryzyka nadwagi i otyłości (BMI w oparciu o siatki centylowe) oraz kompleksowej interwencji edukacyjno-leczniczej.

W ramach badania przesiewowego zostanie przeprowadzona ocena pomiarów BMI. Jednak nie odniesiono się do kompetencji osób odpowiedzialnych za przeprowadzenie ww. badania, co należy uzupełnić. 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).

Do kolejnego etapu zostaną zakwalifikowane dzieci, u których w wyniku badań przesiewowych rozpoznana zostanie nadwaga lub otyłość. Zgodnie z założeniami programu, o nadwadze świadczyć będą wartości BMI od 90 do 97 centyli, natomiast otyłość diagnozowana będzie w przypadku BMI powyżej 97 centyla, co pokrywa się z częścią rekomendacji. 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 młodzież 5-19 lat. Ponadto wskazano, że w przypadku stwierdzenia u dziecka zaburzeń istotnych klinicznie, zostanie ono skierowane w trybie natychmiastowym pod opiekę świadczeniodawców finansowanych przez NFZ.

Wśród dzieci z nadwagą i otyłością zostanie przeprowadzona kompleksowa interwencja edukacyjno-lecznicza, w ramach której zostanie zrealizowany cykl 4 porad dietetycznych w odstępach 3, 6 oraz 9 miesięcy od pierwszej porady oraz pomiary antropometryczne.

Pierwsza porada dietetyczna będzie polegać na przeprowadzeniu badania ankietowego w zakresie stanu zdrowia, zachowań zdrowotnych, czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych u dzieci, pomiaru masy ciała, omówieniu obecnego stanu zdrowia, wytyczeniu planu postępowania zdrowotnego dla dziecka (zmiana diety, aktywności fizycznej i zachowań zdrowotnych w rodzinie) oraz przekazaniu rodzicom (w ciągu tygodnia od wizyty) jadłospisu przygotowanego dla dziecka. Kolejne wizyty będą miały na celu dokonanie oceny zdrowotnej i uzyskanych rezultatów.

Program zakłada również, że wśród populacji objętej interwencją dietetyczną, przeprowadzone mają zostać pomiary wzrostu, masy ciała oraz ciśnienia tętniczego, które odbywać się mają pół roku i rok po zakończeniu programu. Należy podkreślić, że wskazane w programie odstępy czasowe pomiędzy pomiarami są zgodne z rekomendacjami NICE (2013), w których wskazuje się, że wyliczenie BMI powinno być wykonywane w momencie kwalifikacji do programu, na zakończenie, po 6 miesiącach i po 1 roku od zakończenia programu.

Należy zaznaczyć, iż 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 uczniów m.in. w V klasie

szkoły podstawowej, a więc wśród dzieci stanowiących populację docelową programu. Zatem należy zwrócić uwagę, aby interwencja nie była podwójnie finansowana u danego pacjenta.

W ramach programu zaplanowano także przeprowadzenie działań edukacyjnych, obejmujących wykłady i szkolenia skierowane do dzieci, jak i ich rodziców/opiekunów prawnych. Nie określono kompetencji osób prowadzących ww. zajęcia, czasu ich trwania oraz liczebności grup biorących w nich udział, co wymaga uszczegółowienia.

Warto podkreślić, że w programach z zakresu nadwagi i otyłości rekomendowana jest konieczność udziału interdyscyplinarnego zespołu specjalistów (NICE 2015, CTFPHC 2015, EASO 2015). 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 osiągania 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 nie uwzględnia działań z zakresu aktywności fizycznej, co należałoby uzupełnić.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja programu zostały prawidłowo zaplanowane w projekcie.

Ocena zgłaszalności będzie oparta na analizie: liczby osób, które zgłosiły się do programu i wzięły w nim udział; liczby osób, które nie ukończyły pełnego cyklu interwencji; liczby osób, będących pod obserwacją w ciągu 6-ciu miesięcy i 1 roku od zakończenia programu oraz liczby osób, które uczestniczyły w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej.

W ramach oceny jakości zaplanowano przeprowadzenie ankiety oceniającej efektywność programu oraz satysfakcję uczestników programu.

Ewaluacja programu będzie obejmować ocenę cząstkową i końcową, dotyczącą m.in. „analizy liczby osób biorących udział w programie”, „analizy wyników ankiety ewaluacyjnej dot. wiedzy odbiorców edukacji zdrowotnej”, „monitorowania przyczyn rezygnacji pojedynczych osób z programu”, „analizy efektywności programu w opinii rodziców/opiekunów”, „oceny stopnia realizacji programu (odsetek objęcia cyklem porad dietetycznych)”, „oceny poprawy wskaźnika BMI (przesunięcie się w dół skali centylowej właściwej dla wieku i wzrostu)”, „poprawę diety i aktywności fizycznej”, „poprawy samooceny zdrowia”, a także „identyfikacji ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu”.

Należy podkreślić, iż rekomendacje dotyczące monitorowania i ewaluacji w zakresie przedmiotowego problemu zdrowotnego, wskazują iż ten element programu powinien 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), co częściowo zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Jednak w projekcie nie odniesiono się do wymagań w zakresie sprzętu oraz warunków lokalowych, co należy uzupełnić.

W ramach programu zostanie przeprowadzona akcja informacyjna za pomocą strony internetowej Starostwa Powiatowego, urzędów gmin z terenu powiatu nowosolskiego, w szkołach oraz w formie plakatów i ulotek informacyjnych.

W projekcie programu oszacowano koszty całkowite roczne wynoszące 10 272 zł w 2018 r. oraz 22 400 zł. w 2019 r. Określono także koszty jednostkowe zaplanowanych działań, obejmujących koszty akcji informacyjno-edukacyjnych, badań przesiewowych oraz porad dietetycznych. W projekcie należy także uwzględnić koszty związane z monitorowaniem i ewaluacją programu.

Program ma być finansowany z budżetu powiatu nowosolskiego.

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 uwzględnieniem raportu nr OT.441.137.2018 „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży z terenu powiatu nowosolskiego na lata 2018-2019 – Miej odwagę, nie nadwagę” realizowany przez: Powiat nowosolski, Warszawa, lipiec 2018 r., 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 221/2018 z dnia 13 sierpnia 2018 roku o projekcie programu „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży z terenu powiatu nowosolskiego na lata 2018-2019 – Miej odwagę, nie nadwagę.”