



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 207/2018 z dnia 29 października 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej w zakresie profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości
w populacji młodzieży w gminie Gdynia na lata 2018-2020”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości w populacji młodzieży w gminie Gdynia na lata 2018-2020” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Działania mające na celu prewencję nadwagi i otyłości u dzieci są rekomendowane, a przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Należy jednak dopracować niektóre elementy programu, aby jego realizacja była jak najwyższej jakości.

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

Zaproponowana populacja docelowa wymaga doszczegółowienia w zakresie jej liczebności. Interwencje wskazane w programie są zgodne z wytycznymi.

Monitorowanie i ewaluacja zostały zaplanowane w projekcie, jednak wymagają uzupełnienia zgodnie z uwagami w dalszej części opinii.

Przedstawiony budżet budzi wątpliwości pod kątem oszacowań, z uwagi na nieprecyzyjne określenie liczebności populacji, która ma zostać objęta programem, a także niejasne wskazanie liczby udzielanych konsultacji specjalistycznych. Ponadto w budżecie nie uwzględniono kosztów monitorowania i ewaluacji, co należy uzupełnić.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości. Budżet programu wynosi 650 000 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 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 priorytety zdrowotne zgodne z rozporządzeniem 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 chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu” 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 poprawnie. Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w skali światowej, krajowej oraz lokalnej.

Zestawienia statystyczne przedstawione w dokumencie „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych dla województwa pomorskiego” wskazują, że w 2014 r. odnotowano 227 hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako otyłość dzieci (co stanowi 4,20% wszystkich hospitalizacji dzieci z powodu rozpoznań zakwalifikowanych do grupy chorób metabolicznych). Liczba hospitalizacji wynosiła ok. 50,65 na 100 tys. mieszkańców i była to 9. najwyższa wartość wśród województw.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zmniejszenie częstości występowania nadmiaru masy ciała (redukcja o 5 centyli BMI w stosunku do masy wyjściowej), wśród uczniów klas III i VII szkoły podstawowej zamieszkałych na terenie Gminy Gdynia, objętych kompleksową interwencją edukacyjno-zdrowotną w latach 2018-2020”.

Sformułowano także 4 cele szczegółowe. Należy wskazać, że cele w postaci: „wczesna identyfikacja dzieci i młodzieży z chorobami metabolicznymi, nadciśnieniem tętniczym oraz innymi chorobami wymagającymi leczenia w trybie pilnym w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ” oraz „przekazanie podstawowych kompetencji w zakresie prozdrowotnego stylu życia rodzicom dzieci ze szkół podstawowych z tereny Gminy Gdynia” stanowią działanie, a nie określają oczekiwanego i docelowego stanu, który powinno się 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 nie zostały sformułowane poprawnie, z uwagi na fakt, że nie odnoszą się bezpośrednio do wszystkich celów programu. Ponadto „wdrożenie leczenia u dzieci z wykrytymi chorobami” nie jest prawidłowo sformułowaniem miernikiem efektywności. Należy pamiętać, że mierniki efektywności są to wskaźniki, które umożliwiają obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów. Mierniki powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie wyrażone w odpowiednich jednostkach miary. Przy tworzeniu mierników należy pamiętać, aby były one spójne z postawionymi celami programu. Ponadto warto podkreślić, aby dane zbierane były przed i po realizacji danych działań, gdyż dopiero zanotowana zmiana świadczy o wielkości uzyskanego efektu.

W przypadku przedmiotowego programu istotne jest, aby mierniki efektywności odnosiły się głównie do pomiaru BMI, analizy liczby osób uczestniczących w zajęciach ruchowych, analizy liczby rodziców, u których zwiększył się poziom wiedzy na temat zasad prawidłowego żywienia oraz analizy liczby rodzin, które wprowadziły zasady prawidłowego żywienia, a także zwiększyły swoją aktywność fizyczną.

Populacja docelowa

Populację docelową stanowią dzieci uczęszczające do III (9-latkowie) oraz VII (13-latkowie) klasy szkół podstawowych z terenu miasta Gdyni oraz w zakresie edukacji również ich rodzice lub opiekuni prawni.

Liczebność populacji docelowej wskazana w projekcie wynosi 988 uczniów klas III oraz 1 716 uczniów klas VII (łącznie 2 704 uczniów). Natomiast zgodnie z danymi GUS, liczba osób zamieszkałych na terenie Gdyni w wieku 9 lat wynosi ok. 2 450 dzieci, a w wieku 13 lat ok. 2 100. Ponadto nie wskazano w sposób spójny i klarowny odsetka populacji, która zostanie objęta programem. Powyższe nieścisłości wymagają wyjaśnienia.

Kryterium kwalifikacji do objęcia planowanymi interwencjami będzie konieczność wyrażenia zgody przez rodziców/opiekunów prawnych młodzieży na udział w programie, a także wskaźnik BMI powyżej 90 centyli (wyliczony podczas badania bilansowego przeprowadzonego przez pielęgniarkę szkolną). Korzystanie ze świadczeń w zakresie leczenia zaburzeń układu endokrynologicznego oraz chorób metabolicznych będzie stanowiło kryterium wyłączenia z programu, poza dziećmi z leczoną otyłością pierwotną. Powyższe założenie wskazuje, że do programu będą kwalifikowane również osoby, które zmagają się z problemem otyłości pierwotnej i będące już pod opieką specjalistów, co nie jest podejściem poprawnym.

Interwencja

Opiniowany projekt zakłada przeprowadzenie badania przesiewowego w kierunku czynników ryzyka nadwagi i otyłości, konsultacje specjalistyczne oraz działania edukacyjne.

W ramach badania bilansowego zostanie przeprowadzona ocena pomiarów wzrostu, masy ciała oraz wyliczenie wskaźnika BMI uczniów. Warto podkreślić, że wykorzystanie wskaźnika BMI jako narzędzia przesiewowego w kierunku nadwagi i otyłości jest powszechnie zalecane (KLRP/PTMR/PTBO 2018, 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 rekomendacjach oprócz pomiarów antropometrycznych, zaleca się dodatkowo, indywidualnie dobrane badania laboratoryjne, w tym m.in.: poziom glukozy, insuliny, profil lipidowy, kwas moczowy (OCDPS 2015, PTDiet 2015). Powyższe warto uwzględnić w programie.

Założeni programu wskazują, że do drugiego etapu będą kierowane dzieci o wartości BMI powyżej 90 centyli, co pokrywa się z częścią rekomendacji. Zgodnie z rekomendacjami, nadwagę u dzieci stwierdza się gdy BMI wynosi 90-97 centyli (KLRP/PTMR/PTBO 2018, PFP 2008), >90 centyli (OCDPS 2015), \geq 91-98 centyli (NICE 2015), >97 centyli u dzieci w wieku 2- 5 lat lub >85 centyli u dzieci w wieku 5-19 lat (WHO/CTFPHC 2015). Otyłość powinno się natomiast stwierdzić, gdy BMI kształtuje się na poziomie \geq 95 centyli (USPSTF 2017), >97 centyli u dzieci 5-19 lat (WHO/CTFPHC 2015, PFP 2008), \geq 98 centyli (NICE 2015, SIGN 2010), >99 centyli (OCDPS 2015) lub 99,9 u dzieci od 2 do 5 r.ż. (WHO/CTFPHC 2015).

W ramach drugiego etapu zaplanowano cykl konsultacji specjalistycznych, obejmujący kompleksową ocenę lekarską, poradę dietetyczną, poradę psychologiczną dla dziecka i rodzica, wsparcie specjalisty wychowania fizycznego w doborze aktywności fizycznej oraz specjalistyczny kurs dla rodziców dzieci z nadmiarem masy ciała. Dodatkowo u każdego dziecka zakwalifikowanego do interdyscyplinarnej interwencji zostanie przeprowadzone badanie krwi w kierunku najczęstszych chorób metabolicznych. Zgodnie z treścią programu, planowany schemat wizyt, to: 0 – 6 tydzień – 3 miesiąc – 6 miesiąc – 9 miesiąc – 12 miesiąc. Nie określono jednak, czy w zaplanowanych miesiącach odbędą się spotkania ze wszystkimi specjalistami (lekarz, dietetyk, psycholog, specjalista ds. aktywności fizycznej), co wymaga doszczegółowienia.

Zgodnie z rekomendacjami NICE (2013) wyliczenia BMI powinno być wykonywane w momencie kwalifikacji do programu, na zakończenie, po 6 miesiącach i po 1 roku od zakończenia programu, co należy uwzględnić w programie.

Należy zaznaczyć, iż pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost, wskaźnik BMI) znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych w środowisku nauczania i wychowania przez pielęgniarki lub higienistki szkolnej oraz są wykonywane jako badania przesiewowe wśród uczniów m.in. w pierwszej i ostatniej klasie szkoły ponadpodstawowej, a więc wśród populacji docelowej. Zatem należy zwrócić uwagę, aby interwencja nie była podwójnie finansowana u danego pacjenta.

Edukacja dla rodziców i opiekunów będzie prowadzona w formie 4 modułów edukacyjnych dla ok. 50-osobowych grup warsztatowych. Działania te będą miały na celu wykształcenie umiejętności dokonywania świadomych wyborów konsumenckich, umiejętności rozpoznawania objawów psychopatologicznych towarzyszących otyłości, jak również zrozumienie mechanizmów psychologicznych towarzyszących wprowadzaniu zmian w nawykach. Natomiast edukacja dla dzieci będzie prowadzona podczas zaplanowanych w ramach programu konsultacji ze specjalistami.

Dodatkowo materiały edukacyjne będą przekazywane dzieciom, które nie zmagają się z problemem nadwagi i otyłości. Powyższe działanie ma na celu wzmocnienie pozytywnych zachowań zdrowotnych.

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 osiągnięcia i utrzymywania prawidłowej masy ciała powinny być interwencjami multikomponentowymi i łączyć strategie zmiany stylu życia, zwiększenia aktywności fizycznej, poprawy nawyków żywieniowych, jakości diety oraz redukcji przyjętej energii. Przedmiotowy program uwzględnia powyższe elementy.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja programu zostały zaplanowane w projekcie, jednak w zakresie oceny zgłaszalności i oceny jakości świadczeń wymaga poprawy.

W ramach oceny zgłaszalności do programu nie wskazano konkretnych wskaźników, co wymaga uzupełnienia. Ten element programu powinien uwzględniać monitorowanie liczby osób, które zgłosiły się do programu i wzięły w nim udział; liczby osób, u których zdiagnozowano nadwagę/otyłość; liczby osób, które uczestniczyły w konsultacjach specjalistycznych oraz liczby osób, które zrezygnowały z udziału w nich; liczby dzieci, która nie została objęta programem z powodów zdrowotnych lub innych oraz liczbę dzieci, która zrezygnowała z uczestnictwa w programie.

Ocena jakości świadczeń opierać się będzie na regularnym nadzorze merytorycznym, co ma zapewnić wysoką jakość realizowanych interwencji oraz zgodności z zaplanowanymi pierwotnie działaniami. Dodatkowo każdy z rodziców będzie proszony o wyrażenie opinii o realizowanym programie po kolejnych wizytach oraz kompleksową ocenę programu po zakończeniu uczestnictwa dziecka w programie, jednak nie wskazano formy powyższej opinii, co wymaga doprecyzowania. Warto rozważyć przeprowadzenie ankiety satysfakcji wśród uczestników programu.

Ewaluacja programu będzie obejmować ocenę, dotyczącą m.in. pomiaru stopnia poprawy BMI u dzieci włączonych do programu, jak również przesunięcie się w dół skali centylowej właściwej dla danego wieku i wzrostu. Planuje się przeprowadzenie ankiety (wypełnianej na pierwszej wizycie oraz na ostatnim spotkaniu) mającej na celu zbadanie nawyków zdrowotnych oraz zmian podejmowanych w związku z udziałem w programie, jednak nie załączono jej wzoru, zatem nie jest możliwa weryfikacja jej treści.

Należy 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 ustawowymi. Odniesiono się do wymagań w zakresie personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

W ramach programu zostanie przeprowadzona akcja informacyjna z wykorzystaniem portali społecznościowych oraz lokalnych mediów.

W projekcie programu oszacowano koszty całkowite wynoszące 650 000 zł. Określono także koszty jednostkowe zaplanowanych działań, obejmujących koszt jednej interwencji specjalistycznej (125 zł.) oraz koszt sześciu interwencji specjalistycznej (750 zł.). Koszt warsztatu edukacyjnego oszacowano na 1000 zł, natomiast koszty rocznej obsługi działań programu przez realizatora ma wynieść 30 000 zł. Mając na uwadze niejasności związane z oszacowaniami dotyczącymi odsetka populacji docelowej kwalifikowanej do programu oraz brak dokładnego określenia liczby wizyt przypadające na jedno dziecko, a także brak uwzględnienia kosztów związanych z monitorowaniem i ewaluacją programu nie jest możliwa weryfikacja budżetu.

Program ma być sfinansowany w całości ze środków miasta Gdyni.

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 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 ciśnienia tętniczego 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,
- powinny definiować 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 części 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.441.177.2018 „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości w populacji młodzieży w gminie Gdynia na lata 2018-2020” realizowany przez: Miasto Gdynię, Warszawa, październik 2018 oraz 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 280/2018 z dnia 29 października 2018 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości w populacji młodzieży w gminie Gdynia na lata 2018-2020”.