



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 29/2019 z dnia 20 lutego 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Zdrowe żywienie
w kontekście nadwagi i otyłości – program skierowany do uczniów
szkół podstawowych”
realizowany przez Miasto Zielona Góra

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Zdrowe żywienie w kontekście nadwagi i otyłości – program skierowany do uczniów szkół podstawowych”, 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.

Zaproponowane 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, zgodnie z uwagami w dalszej części opinii.

Populacja docelowa została określona prawidłowo. Zaproponowane interwencje są zgodne z wytycznymi. Jednak w programie warto uwzględnić wsparcie psychologa, co zalecają rekomendacje w przedmiotowym zakresie.

Monitorowanie i ewaluacja programu zostały zaplanowane w projekcie, jednak w zakresie oceny efektywności programu wymaga uzupełnienia.

Budżet należy uzupełnić w zakresie oszacowania kosztów ewaluacji i monitorowania programu. Ponadto należy wskazać szacowany budżet całkowity.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości. Budżet programu, oszacowany przez AOTMiT, wynosi ok. 53 538 zł, zaś okres jego realizacji to 2019 r.

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 §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”.

W ramach opisu problemu zdrowotnego przedstawiono główne przyczyny występowania nadwagi i otyłości, a także powikłania związane z nadmierną masą ciała. Przedstawiono sytuację epidemiologiczną odnosząc się do danych pozyskanych z badań: Pol-MONICA oraz NATPOL III.

Zgodnie z informacjami zawartymi w Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych, w 2016 roku w województwie lubuskim odnotowano 70 hospitalizacji dzieci z powodu rozpoznanych, zakwalifikowanych jako otyłość.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zmniejszenie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia na terenie Miasta Zielona Góra poprzez wczesne wykrywanie nadwagi i otyłości u dzieci z klas I-VIII szkół podstawowych oraz przeprowadzenie interwencji edukacyjnych wśród dzieci i rodziców/opiekunów uczestników programu w 2019 r.”. Należy zaznaczyć, że pierwszy człon celu głównego sformułowano w sposób ogólny, zaś drugi w postaci działania, a nie oczekiwanego efektu. W związku z powyższym wymaga on przeformułowania.

Cele szczegółowe zdefiniowano w następujący sposób:

- spadek masy ciała u uczestników programu (spadek o 20%);
- spadek liczby osób z niewłaściwymi nawykami żywieniowymi (spadek o 30%);
- wzrost wiedzy u uczestników projektu i członków ich rodzin na temat zasad racjonalnego odżywiania (wzrost o 30%);
- wzrost aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży (wzrost o 20%).

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

W projekcie zaproponowano 6 mierników efektywności. Należy wskazać, że mierniki: „liczba/odsetek osób zgłaszających się do programu” oraz „liczba/odsetek osób objętych świadczeniami zdrowotnymi w ramach programu” mogą zostać wykorzystane przy ocenie zgłaszalności do programu. Nie określono miernika odnoszącego się do celu szczegółowego dotyczącego wzrostu aktywności fizycznej, co należy uzupełnić. Zgodnie z definicją, mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Ponadto należy pamiętać, aby wartości wskaźników określone były przed i po realizacji programu. Dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości i jej wielkość stanowi o wadze uzyskanego efektu programu.

Populacja docelowa

Populację docelową stanowią dzieci uczęszczające do klas I-VIII szkół podstawowych znajdujących się na terenie miasta Zielona Góra.

Liczebność populacji kwalifikującej się do udziału w programie wynosi około 10 899 osób. Programem planuje się objąć ok. 6 539 dzieci (ok. 60% populacji docelowej) oraz ich rodziców/opiekunów prawnych w zakresie edukacji zdrowotnej oraz badań przesiewowych. Oszacowano, że porady dietetyczne będą udzielane ok. 1 040 uczniom (ok. 16% populacji docelowej).

Kryteria kwalifikacji będą zależne od etapu. Podstawowymi kryteriami włączenia do pierwszego etapu programu będą: status ucznia szkoły podstawowej znajdującej się na terenie miasta Zielona Góra, pisemna zgoda na udział ucznia w programie pozyskana od jego rodzica/opiekuna prawnego oraz brak przeciwwskazań lekarskich. Natomiast do kolejnego etapu kwalifikowane będą dzieci z nieprawidłową wagą (zdiagnozowana nadwaga lub otyłość).

Interwencja

W ramach programu planowane jest przeprowadzenie działań edukacyjnych, badań przesiewowych oraz udzielanie porad dietetycznych.

Pierwszy etap programu będzie polegał na przeprowadzeniu akcji edukacyjnej zarówno wśród dzieci, jak i ich rodziców. Działanie edukacyjne będą realizowane przez przeszkolone pielęgniarki lub edukatorów zdrowotnych. Tematyka działań edukacyjnych opisanych w programie nie budzi zastrzeżeń.

W kolejnym etapie programu wykonane zostaną badania przesiewowe pod kątem występowania nadwagi i otyłości u dzieci z populacji docelowej. Dzieci, u których zostanie stwierdzona otyłość, będą kierowane na konsultacje specjalistyczne w ramach NFZ.

Zgodnie z rekomendacjami pomiar BMI jest podstawowym narzędziem przesiewowym w kierunku nadwagi i otyłości (KLRP/PTMR/PTBO 2017, USPSTF 2017, NICE 2016, OCDPS 2015, PTDiēt 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, w klasie III i V szkoły podstawowej, w klasach I gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych, a także w ostatniej klasie szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19. r.ż. Zatem należy zwrócić uwagę, aby interwencja nie była podwójnie finansowana u danego pacjenta.

Dzieci ze zdiagnozowaną nadwagą lub otyłością będą brały udział w dwóch poradach dietetycznych:

- I. pierwsza porada (przeprowadzenie ankiety dotycząca stanu zdrowia, zachowań zdrowotnych, czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych; pomiar masy ciała; omówienie obecnego stanu zdrowia; wytyczenie planu postępowania zdrowotnego dla dziecka (zmiana diety, aktywności fizycznej i zachowań zdrowotnych w rodzinie); przekazania rodzicom jadłospisu przygotowanego dla dziecka oraz niezbędnych wskazówek dotyczących kwestii żywienia i aktywności fizycznej);
- II. druga porada – dokonanie oceny zdrowotnej i ewentualnych zmian w wadze dziecka.

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).

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). 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).

Biorąc pod uwagę założenia projektu oraz odnalezione wytyczne kliniczne zasadne jest, aby został on uzupełniony o pozostałe komponenty wymieniane w wytycznych, takie jak wsparcie psychologiczne. 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).

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 osób zgłaszających się do programu, liczba osób, u których przeprowadzono działania edukacyjne, liczba osób, u których przeprowadzono badania antropometryczne, liczba osób, u których przeprowadzono działania dietetyczno-edukacyjne, liczba osób, które nie przystąpiły do programu oraz przyczyny rezygnacji z programu. Wskaźniki zaproponowane w ramach oceny zgłaszalności są poprawne.

Ocena jakości świadczeń zostanie przeprowadzona w oparciu o wyniki ankiety satysfakcji, co jest prawidłowym działaniem.

W ramach oceny efektywności programu zaplanowano analizę liczby osób, u których odnotowano spadek wskaźnika BMI, odsetka uczniów, który ukończył program, odsetka osób, u których nie odnotowano spadku BMI i które otrzymały skierowania do poradni specjalistycznej. Ponadto w projekcie wskazano, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu, co jest podejściem poprawnym.

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 ustawowymi.

Projekt zakłada przeprowadzenie akcji informacyjnej. Informacja na temat programu będzie dystrybuowana poprzez lokalne media, komunikaty na stronach internetowych Urzędu Miasta Zielona Góra, w szkołach oraz w formie plakatów i ulotek informacyjnych

Projekt programu przedstawia szacunkowe koszty jednostkowych działań podejmowanych w ramach programu, tj. działania edukacyjne – 5 000 zł, badanie antropometryczne – 2 zł (za jedno badanie), działania dietetyczno-edukacyjne – 16 zł (za jedno spotkanie), promocja programu – 2 000 zł. Nie określono kosztów całkowitych, jednak zgodnie z obliczeniami AOTMiT koszt całkowity programu wyniesie ok. 53 538 zł. Nie uwzględniono również kosztów monitorowania oraz ewaluacji, co należy uzupełnić.

Program ma być finansowany z budżetu Miasta Zielona Góra.

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 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, psychiatrę, pediatrę, pielęgniarkę pediatryczną. 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 skrining 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.441.240.2018 „Zdrowe żywienie w kontekście nadwagi i otyłości – program skierowany do uczniów szkół podstawowych” realizowany przez: Miasto Zielona Góra, Warszawa, luty 2019 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny”, kwiecień 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 42/2019 z dnia 18 lutego 2019 roku o projekcie programu „Zdrowe żywienie w kontekście nadwagi i otyłości – program skierowany do uczniów szkół podstawowych” (m. Zielona Góra).