



**Opinia**  
**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych**  
**nr 145/2011 z dnia [REDACTED]**  
**o projekcie programu zdrowotnego**  
**„Program profilaktyczno-edukacyjny przeciwdziałania cukrzycy dla**  
**mieszkańców Gminy [REDACTED] na lata 2011-2013”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Konsultacyjnej uważam, że projekt programu zdrowotnego „Program profilaktyczno-edukacyjny przeciwdziałania cukrzycy dla mieszkańców Gminy [REDACTED] na lata 2011-2013” dotyczy istotnego problemu zdrowotnego i społecznego, jednakże nie może być pozytywnie zaopiniowany, gdyż nie zawiera szczegółowego opisu interwencji i charakterystyki grupy docelowej, a także uwzględnia interwencje o nieudowodnionej skuteczności w populacji określonej w programie.

Zgodnie z przedstawionym projektem, celem programu jest zmiana świadomości społecznej dotyczącej cukrzycy i powikłań z nią związanych, a także nakłonienie społeczności do zmiany stylu życia: zwiększenia aktywności fizycznej i zmiany diety oraz uświadomienie konieczności samokontroli wśród osób, u których rozpoznano cukrzycę. Proponowane interwencje są zróżnicowane, w zależności od wyodrębnionych subpopulacji. Profilaktyka, w postaci edukacji prozdrowotnej i określenia predyspozycji do cukrzycy poprzez pomiar masy ciała i obwodu pasa, miałyby być prowadzona wśród wszystkich mieszkańców gminy [REDACTED], ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Zaplanowano również badanie przesiewowe w kierunku cukrzycy w populacji dzieci w wieku 12 lat (ok. 100 dzieci) – metodą oceny miałyby być pomiar rozkładu cukru we krwi. Na realizację programu w 2011 r. przeznaczono [REDACTED] tys. zł.

Cukrzyca typu 2 jest z jednej strony jednostką chorobową, z drugiej czynnikiem ryzyka innych chorób, w szczególności chorób sercowo-naczyniowych czy chorób naczyń mózgowych. Powikłania cukrzycy mają charakter postępujący i nieodwracalny, stanowią duże ryzyko dla pacjenta. Wpływają negatywnie na jakość życia chorych, powodują kalectwo, niezdolność do pracy i przedwczesną śmierć. Przyczyniają się do całkowitej utraty wzroku, niewydolności nerek, amputacji kończyn oraz należą do najważniejszych czynników ryzyka rozwoju choroby niedokrwiennej serca. Leczenie cukrzycy oraz jej powikłań stanowi istotne obciążenie finansowe dla systemu opieki zdrowotnej. Zasady realizacji kompleksowej ambulatoryjnej opieki nad pacjentem z cukrzycą (KAOS-cukrzyca) określone są w załączniku nr 3c do Zarządzenia Nr 80/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: Ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Zgodnie z założeniami w ramach realizacji KAOS dla cukrzycy, przewidziane jest przeprowadzenie edukacji w zakresie samokontroli cukrzycy i zasad prawidłowego odżywiania.



W ramach oceny opiniowanego programu Agencja przeprowadziła analizę danych epidemiologicznych oraz przegląd zaleceń dotyczących działań edukacyjnych, prowadzonych w ramach profilaktyki cukrzycy oraz zasad edukacji chorych z rozpoznaną cukrzycą; wystąpiono również o opinię do ekspertów klinicznych. Wyniki przeprowadzonej oceny Agencja podsumowuje następująco:

Zasady edukacji w ramach profilaktyki cukrzycy:

- Zwykłe rozpowszechnianie informacji o ryzyku wystąpienia cukrzycy oraz dostępnych strategiach redukcji ryzyka jest niewystarczające do odwrócenia wysokiej zachorowalności na choroby sercowo-naczyniowe. Dla skutecznej prewencji istotne jest stworzenie warunków środowiskowych, które sprzyjałyby osiągnięciu i utrzymaniu zdrowego stylu życia.
- Rosnący problem nadwagi i otyłości sugeruje, że działania związane z promocją zdrowego stylu życia nie są skutecznie realizowane. Strategia populacyjna profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych oraz cukrzycy typu 2 powinna skupiać się na diecie oraz zwiększonej aktywności fizycznej w celu redukcji czynników ryzyka we wszystkich grupach wiekowych.
- Potrzebne jest podejście łączące działania medyczne (skryning, wykrywanie i leczenie) oraz działania z zakresu zdrowia publicznego (zmiana zachowań oraz ryzyka w populacji dzięki takim środkom jak promocja zdrowej diety i aktywności fizycznej).
- Należy zwrócić uwagę samorządów na potrzebę działań skierowanych na zwiększenie aktywności fizycznej oraz zachęcenie do zdrowego odżywiania, co może skutkować nie tylko zmniejszeniem problemu cukrzycy, ale też wpływać na inne problemy zależne od stylu życia, takie jak otyłość i jej powikłania, a w późniejszym życiu problemy kardiologiczne, zaburzenia lipidowe i inne.
- Programy przesiewowe w kierunku chorób układu krążenia oraz cukrzycy skierowane powinny być do populacji ogólnej w średnim wieku, w której najczęściej mają swój początek choroby cywilizacyjne; np. objęcie interwencją mężczyzn w przedziale wiekowym 40-55 lat i kobiet w wieku 50-65 lat; eksperci zwracają też uwagę na istotność objęcia działaniami edukacyjnymi młodzieży szkolnej z rodzinami, jak również całych rodzin osób obarczonych środowiskowymi czynnikami ryzyka.
- W celu uzyskania maksymalnej efektywności powinno się zwiększyć nacisk na interwencje takie jak: spotkania edukacyjne dotyczące zmiany stylu życia, w tym wysiłku fizycznego, diety oraz nałogu palenia oraz uwzględnienie badań kontrolnych osób poddanych minimalnej interwencji antynikotynowej.
- Cele w postaci zmniejszenia zachorowalności, liczby powikłań, czy umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych, zmniejszenia kosztów leczenia chorób sercowo-naczyniowych (ChSN) i ich powikłań, są możliwe do zrealizowania jedynie przy wdrożeniu długoterminowych programów obserwacyjnych.

Zasady edukacji osób z rozpoznaną cukrzycą:

- Edukacja jest stałym, integralnym i niezbędnym składnikiem postępowania terapeutycznego w cukrzycy, w trakcie każdej wizyty lekarskiej. Powinna być realizowana w ustrukturuwany sposób, obejmując edukację w okresie rozpoczynania terapii, a następnie reedukację, na podstawie corocznej oceny potrzeb szkoleniowych pacjenta, bądź na jego prośbę.
- Celem edukacji pacjenta jest wspieranie go w samodzielnym postępowaniu z cukrzycą (*self-management training*) oraz w modyfikacji stylu życia, ze względu na zalecany sposób odżywiania oraz aktywność fizyczną. W cukrzycy typu 2 szczególne znaczenie ma kwestia otyłości.
- Zalecane jest równoległe prowadzenie zindywidualizowanej edukacji oraz tworzenie grupowych programów edukacyjnych.

- Program edukacji pacjenta powinien być tworzony przy udziale chorego i jego lekarza oraz pozostawać w ścisłym związku i koordynacji z zalecanym sposobem leczenia cukrzycy. Pacjent powinien być aktywnym członkiem zespołu terapeutycznego. Podstawę edukacji stanowi ustalenie indywidualnych celów postępowania w cukrzycy, z uwzględnieniem trudności specyficznych dla danej osoby. Program edukacji powinien zawierać kształtowanie wpływu na przebieg choroby, ponieważ sama wiedza nie jest wystarczająca do optymalnego postępowania w cukrzycy.
- Edukację powinny prowadzić odpowiednio przeszkolone osoby (lekarze, pielęgniarki, dietetycy, natomiast w długoterminowej perspektywie należy dążyć do ukształtowania zawodu medycznego – edukatora diabetologicznego). W edukacji powinni brać również udział członkowie zespołu terapeutycznego, reprezentujący różne zawody medyczne.
- Edukacja wstępna chorego na cukrzycę leczonego dietą lub dietą i doustnymi lekami hipoglikemizującymi powinna trwać co najmniej 5 godzin, natomiast pacjenta leczonego insuliną – około 9 godzin. Należy ją kontynuować przez cały rok, przeznaczając łącznie na ten cel 5–9 godzin dla chorych na cukrzycę typu 2, a w przypadkach cukrzycy typu 1 – co najmniej 7–14 godzin. W następnych latach czas przeznaczony na reedukację musi być uzależniony od zasobu wiedzy, którą przyswoił pacjent, od liczby błędów popełnianych przez chorego, a także od rodzaju pojawiających się ewentualnie powikłań czy chorób towarzyszących.
- W przypadku edukacji terapeutycznej dzieci metody i programy edukacyjne powinny być zróżnicowane i dostosowane do zmian zachodzących w rozwoju zdolności intelektualnych dziecka oraz zadań wychowawczych rodziców.
- Ocena programów edukacyjnych dla chorych na cukrzycę powinna być ukierunkowana na ocenę wyników takich jak: zdolność pacjenta do osiągnięcia samodzielnie określonych celów leczenia cukrzycy, poprawa adaptacji psychospołecznej oraz wzmocnienie własnego zaangażowania.

Agencja wskazała na istotne wady formalne i merytoryczne przedstawionego projektu, w tym:

- wybór populacji docelowej badań przesiewowych w kierunku cukrzycy nie wydaje się uzasadniony w świetle dostępnych wytycznych klinicznych, zgodnie z którymi wskazaniem do badania przesiewowego w kierunku cukrzycy u osób w wieku <45 roku życia powinna być przynależność do grupy ryzyka rozwoju tej choroby; choć jako przesłankę do realizacji programu na terenie gminy wskazano wzrost otyłości brzusznej wśród mieszkańców, szczególnie w wieku wczesnoszkolnym oraz w grupie tzw. młodych emerytów, z opisu nie wynika jednak, by kryterium kwalifikacji do badania przesiewowego stanowiła masa ciała, czy obwód pasa, wskazujące na zwiększoną predyspozycję do cukrzycy;
- zgodnie z aktualnymi zaleceniami *American Diabetes Association* i ISPAD, prowadzenie badań przesiewowych w kierunku cukrzycy u dzieci można uznać za uzasadnione w populacji dzieci z nadwagą i otyłością - warunek ten w opiniowanym programie nie jest spełniony;
- ogólnikowy opis zaplanowanych interwencji - działania przewidziane w ramach programu przedstawiono jedynie hasłowo, co uniemożliwia przeprowadzenie rzetelnej oceny ich skuteczności; z opisu nie wynika, czy i w jaki sposób interwencje edukacyjne będą zróżnicowane w zależności od odbiorców; nie określono formy edukacji (dystrybucja materiałów edukacyjnych, spotkania/warsztaty grupowe jednorazowe lub cykliczne; indywidualne konsultacje, dopasowane odpowiednio do wieku czy ryzyka wystąpienia cukrzycy ocenianego np. podstawie ankiety oceniającej czynniki ryzyka wystąpienia cukrzycy), ani liczby oraz częstości spotkań; ze względu na różne potrzeby, działania edukacyjne dla populacji bezobjawowych osób oraz osób z podwyższonym ryzykiem wystąpienia cukrzycy powinny być realizowane osobno od działań edukacyjnych dla osób ze stwierdzoną cukrzycą;
- nie oszacowano liczebności populacji docelowej programu;

- nie przedstawiono informacji dotyczących warunków/wymagań jakie powinni spełniać realizatorzy oraz zakresu odpowiedzialności: brak jasności, kto byłoby odpowiedzialny za realizację poszczególnych zadań w ramach działań, jakie warunki/wymagania powinny spełniać te osoby;
- nie przedstawiono informacji dotyczącej sposobu informowania potencjalnych beneficjentów o możliwości udziału w programie;
- w projekcie nie zawarto jakichkolwiek informacji dotyczących monitorowania i oceny efektów programu.

W mojej opinii cele opiniowanego programu są właściwe, jednak w pozostałym zakresie podzielam uwagi Rady. W projekcie programu brak jest szczegółowego opisu populacji docelowej i proponowanych interwencji, co uniemożliwia przeprowadzenie rzetelnej oceny programu, ponadto prowadzenie badań przesiewowych opartych o oznaczenie poziomu cukru we krwi wśród dzieci nie obciążonych czynnikami zwiększonego ryzyka nie jest zalecane w aktualnych wytycznych praktyki klinicznej.