



Opinia

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 279/2014 z dnia 15 grudnia 2014 r.

o projekcie programu „Program profilaktyki cukrzycy i promocja zdrowia w cukrzycy mieszkańców Gminy Boguchwała”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu „Program profilaktyki cukrzycy i promocja zdrowia w cukrzycy mieszkańców Gminy Boguchwała”, pod warunkiem uwzględnienia proponowanych w uzasadnieniu zmian.

Uzasadnienie

Program przewiduje działania skierowane na profilaktykę oraz na wczesne wykrycie i leczenie cukrzycy. Zawiera szereg wymaganych elementów, ale wymaga uzupełnienia i modyfikacji.

1. Analogicznie do poprzednich edycji programu należy przedstawić opis etapów i części składowych programu oraz konspekty dotyczące działań edukacyjnych.
2. Konieczne jest podanie informacji, na podstawie jakich kryteriów zostanie wybrany realizator programu (wybór powinien nastąpić w drodze konkursu).
3. Należy określić wymiar świadczeń przypadających na jednego uczestnika programu. Bez tych danych nie można ocenić prawidłowości przedstawionego budżetu.
4. Program powinien uwzględniać monitorowanie.
5. Należałoby rozważyć prowadzenie badań w ośrodku zdrowia. Badania wykonywane na imprezie plenerowej nie gwarantują dostępu lekarza do ich wyników.
6. Prowadzenie badań przesiewowych w kierunku cukrzycy w ogólnej populacji dzieci jest nieuzasadnione.
7. Zgodnie z wytycznymi skryning powinien obejmować osoby po 45 roku życia lub osoby powyżej 40 r. ż, o ile są one obciążone czynnikami ryzyka.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny z zakresu profilaktyki cukrzycy. Celem głównym programu są działania profilaktyczne dla osób zagrożonych cukrzycą i otyłością oraz poprawa jakości życia chorych na cukrzycę. Program jest skierowany do wszystkich mieszkańców Gminy Boguchwała, jednak ze względów finansowych grupa docelowa wyniesie 7000 mieszkańców w wieku 35 lat i więcej oraz 500 dzieci w wieku 10-15 lat. Autorzy zakładają: zorganizowanie na imprezach plenerowych punktów medycznych, gdzie będzie badany poziom cukru, pomiar tkanki tłuszczowej, będzie się można zwarzyć oraz zmierzyć ciśnienie krwi tzw. białych niedziele, osoby z podwyższonym poziomem cukru lub innymi



niepokojącymi objawami dostaną zaproszenie do jednego z ośrodków na terenie gminy na bezpłatną konsultację lekarską, we współpracy z ośrodkami zdrowia na terenie gminy, zapewnienie bezpłatnej opieki lekarskiej (lekarz diabetolog) przynajmniej raz w miesiącu, przynajmniej w jednym ośrodku na terenie gminy będzie możliwość wykonania bezpłatnego badania poziomu glukozy, zorganizowanie warsztatów ruchowych dla dwóch grup wiekowych (25+ i 50+), warsztaty organizowane będą śladem lat ubiegłych w 4 miejscowościach gminy, żeby zapewnić lepszy dostęp mieszkańcom, zajęcia będą się odbywały przynajmniej 2 razy w tygodniu w miesiącach luty-kwiecień oraz wrzesień-grudzień. Z doświadczenia wynika, że w miesiącu maju i miesiącach letnich ćwiczenia cieszą się bardzo małym zainteresowaniem ze względu na inny ruch tzn. Nordic Walking, uprawa ogrodów, działek itp., zorganizowanie zajęć ruchowych dla dzieci w wieku 10-15 lat w tym wyjazdów na basen, zajęcia ruchowe będą odbywały się min. raz w tygodniu, wyjazdy na basen m.in. raz w miesiącu, upowszechnianie zdrowego żywienia wśród dzieci i młodzieży poprzez konkursy plastyczne, 14 listopada każdego roku w dniu walki z cukrzycą organizowanie w Ośrodkach Kultury lub w Urzędzie Miejskim spotkań kulturalnych połączonych z prelekcjami na temat zdrowego trybu życia, prelekcje diabetologa we współpracy z lokalnym ośrodkiem zdrowia dla osób chorych z zakresu żywienia w celu poprawy jakości życia z cukrzycą.

Autorzy projektu programu szacują, że całkowity koszt realizacji programu na lata 2015-2016 wyniesie 27 800 zł.

Problem zdrowotny

Cukrzyca stanowi istotny problem terapeutyczny oraz społeczno-ekonomiczny. Obecnie na świecie obserwuje się niekorzystną tendencję wzrostu zachorowań na cukrzycę typu 2, spowodowaną głównie prowadzeniem niezdrowego trybu życia - nieodpowiednie odżywianie powodujące nadwagę i otyłość oraz sprzyjająca im mała aktywność fizyczna.

Cukrzyca typu 2 jest z jednej strony jednostką chorobową, z drugiej czynnikiem ryzyka innych chorób, w szczególności chorób sercowo-naczyniowych czy chorób naczyń mózgowych. Dlatego też oba te aspekty powinny być uwzględniane przy formułowaniu zaleceń oraz podejmowaniu decyzji dotyczących strategii aktywnego wykrywania niezdiagnozowanej cukrzycy typu 2. W praktyce, niektórych krajach jak Wielka Brytania, skryning w kierunku cukrzycy oraz stanów przedcukrzycowych jest zintegrowany z planem populacyjnego skryningu sercowo-naczyniowego. Podejście to jest też częściowo realizowane w ramach finansowanego w Polsce przez NFZ Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK).

Badania wykazują, że w przebiegu cukrzycy typu 2 występuje długi, bezobjawowy okres, podczas którego jednak można wykryć chorobę. W momencie diagnozy u około połowy osób z rozpoznaniem cukrzycy występują powikłania.

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.

Alternatywne świadczenia:

Świadczenia gwarantowane w zakresie poz ukierunkowane są na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, leczenie, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności oraz usprawnianie i pielęgnowanie świadczeniobiorcy w chorobie.

Oznaczenie glukozy, jak również test obciążenia glukozą oraz oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c), znajdują się wśród świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (<http://isap.sejm.gov.pl/Download.jsessionid=9AA053EA1C07E8FA77451BF390193769?id=WDU20091391139&type=2>). Oznaczenie stężenia glukozy na czczo jest również elementem badań przesiewowych realizowanych w ramach finansowanego w Polsce przez NFZ Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK). Program przedstawiony przez wnioskodawcę skierowany jest w szczególności do osób dorosłych powyżej 35 roku życia i więcej, ze względu na zwiększającą się ilość zachorowań obserwowanych w danych przedziale wiekowym oraz do dzieci w wieku 10-15 lat z uwagi na fakt propagowania wśród nich zachowań prozdrowotnych.

Ponadto w trakcie leczenia osób przewlekle chorych z rozpozną i potwierdzoną diagnostycznie cukrzycą lub chorobą układu krążenia, lekarz poz monitoruje proces leczenia poprzez wykonywanie niezbędnych dla tego celu badań diagnostycznych, spośród badań określonych dla poz wykazem badań diagnostycznych zawartym w części IV załącznika Nr 1 do Rozporządzenia MZ.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego:

Kwestia badań przesiewowych w kierunku cukrzycy typu 2 jest istotna zarówno dla zdrowia obywateli, codziennej praktyki klinicznej, jak i polityki zdrowia publicznego.

Na podstawie przeglądów systematycznych, przeprowadzonych na potrzeby zaleceń klinicznych, stwierdzono brak przekonujących dowodów (odpowiednio zaprojektowanych badań typu RCT) bezpośrednio wskazujących, że wczesna kontrola cukrzycy wykrytej w wyniku skryningu przynosi inkrementalne korzyści w odniesieniu do mikronaczyniowych klinicznych punktów końcowych, w porównaniu do rozpoczęcia leczenia po rozpoznaniu klinicznym w ramach standardowej opieki. O potencjalnych korzyściach z wczesnego wykrywania i leczenia cukrzycy wnioskuje się pośrednio na podstawie badań dotyczących wpływu różnych interwencji leczniczych na efekty zdrowotne osób z cukrzycą rozpozną klinicznie, nie w ramach skryningu (jak np. przekonujące dowody na to, że intensywna kontrola glikemii u osób z nowozdiagnozowaną cukrzycą rozpozną klinicznie może zmniejszyć progresję chorób mikronaczyniowych) oraz niekorzystnego profilu ryzyka chorób sercowo-naczyniowych stwierdzonego u osób z nowozdiagnozowaną cukrzycą.

Dobrej jakości dowody wskazują na to, że aktywność fizyczna oraz dieta mogą zmniejszyć ryzyko chorób sercowo-naczyniowych oraz cukrzycy.

Stwierdzono brak odpowiednich dowodów wskazujących bezpośrednio na korzyść zdrowotne wynikające z badań przesiewowych w kierunku zaburzonej tolerancji glukozy (IGT) czy nieprawidłowej glukozy na czczo (IFG), wiążących się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia cukrzycy oraz przedwczesnych chorób serca. O potencjalnych korzyściach z wczesnego wykrywania i leczenia tych stanów wnioskuje się pośrednio na podstawie

dobrej jakości dowodów wskazujących, że intensywne programy modyfikujące styl życia (dieta, ćwiczenia, zachowania) zmniejszają częstość występowania cukrzycy w grupie osób z IGT lub IFG rozpoznanych klinicznie (nie w wyniku skryningu). Tym samym identyfikacja osób z IGT lub IFG, mająca miejsce przy okazji czynnego wykrywania niezdiagnozowanej cukrzycy, daje możliwość zastosowania skutecznych interwencji w celu ograniczenia ryzyka rozwoju choroby w tej grupie osób.

Wobec braku dowodów wskazujących bezpośrednio na efektywność programów skryningowych w kierunku cukrzycy, nie jest możliwe pewne stwierdzenie ich efektywności kosztowej. Dostępne analizy ekonomiczne wykorzystujące różnego rodzaju techniki modelowania sugerują, że skryning w kierunku cukrzycy typu 2 skierowany do określonych populacji może być kosztowo-efektywny. Analizy te w głównej mierze odnosiły się do skryningu oportunistycznego. Należy mieć na uwadze, że wyniki modelowania zależą od struktury modelu oraz założeń, w szczególności szacowanych w modelowanym scenariuszu korzyści zdrowotnych, przy czym założenia dotyczące kontroli glikemii oraz przyszłych schematów leczniczych wpływają na efektywność kosztową skryningu w kierunku cukrzycy typu 2 w równym lub większym stopniu niż założenia dotyczące samego programu skryningu.

Mimo braku bezpośrednich dowodów na efektywność kliniczną w osiągnięciu twardych punktów końcowych (np. umieralność) i kosztową (odnaleziono dowody pośrednie), czynne wykrywanie niezdiagnozowanej cukrzycy wśród osób z podwyższonym ryzykiem cukrzycy jest powszechnie zalecane. Większość wytycznych zaleca prowadzenie skryningu oportunistycznego w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej u osób, u których na podstawie przeprowadzonej oceny stwierdzi się podwyższone ryzyko wystąpienia cukrzycy.

Dostępne dowody wskazują na małą wartość badań przesiewowych w kierunku cukrzycy w ogólnej populacji dzieci i młodzieży bez objawów klinicznych oraz na potrzebę prowadzenia dalszych badań naukowych celem opracowania optymalnej strategii diagnostycznej, w tym określenia częstotliwości powtarzania badań.

Mimo rzadkiego występowania cukrzycy w ogólnej populacji pediatrycznej, mając na uwadze obserwowany dramatyczny wzrost częstości zachorowania na cukrzycę typu 2 wśród młodzieży w ciągu ostatniej dekady, w szczególności pochodzących z mniejszości narodowych, niektóre z Towarzystw (ADA, ISPAD, NZGG) rekomendują prowadzenie - w warunkach opieki zdrowotnej - badań przesiewowych w kierunku cukrzycy u dzieci i młodzieży w przypadku obecności lub pojawienia podwyższonego ryzyka cukrzycy typu 2. Według kryteriów ADA (zaadaptowanych również w zaleceniach NZGG) do badań przesiewowych kwalifikują się dzieci z nadwagą (BMI >85. percentyla) oraz z dwoma dodatkowymi czynnikami ryzyka. Proponowany czas rozpoczęcia skryningu wybiórczego to wiek 10 lat lub w moment rozpoczęcia dojrzewania jeśli wystąpi ono w młodszym wieku. Proponowana częstotliwość powtarzania badań przesiewowych – 3 lata. Możliwe do wykorzystania testy obejmują oznaczenie glukozy we krwi na czczo, OGTT, lub HbA1C.

Z odnalezionych dowodów można wyciągnąć następujące zalecenia dla planujących interwencje w kierunku wczesnego rozpoznawania cukrzycy:

- Podejmowane przez jednostki samorządów terytorialnych programy profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy znajdują duże poparcie ekspertów, jeśli są zgodne z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. W opinii ekspertów tego typu programy stanowią pozytywny przykład wspólnych działań na rzecz umacniania zdrowia lokalnej społeczności. Zdaniem ekspertów klinicznych czynne poszukiwanie grup ryzyka chorób cywilizacyjnych jak cukrzyca typu 2 jest bardzo istotne z uwagi na

fakt, że początkowe etapy takich chorób przebiegają bezobjawowo. Konieczne jest więc w procesie skryningu i profilaktyki zaangażowanie m.in. samorządów lokalnych.

- Badania przesiewowe muszą być procesem długofalowym, a nie jedynie jednorazowym przedsięwzięciem.
- Skuteczność badań przesiewowych zależy także od warunków, w jakich się je wykonuje. Rekomendowane jest, by badania przesiewowe realizowane były w ośrodkach opieki zdrowotnej.
- Programy zakładające przeprowadzanie skryningu poza ośrodkami opieki zdrowotnej mogą być mniej skuteczne z uwagi na brak dalszego nadzoru i leczenia pacjentów z wynikiem dodatnim oraz zapewnienia powtórnych badań u osób z wynikiem ujemnym. Lekarz prowadzący może nigdy nie uzyskać informacji o nieprawidłowych wynikach testów.
- Planując przesiewowe badania populacji należy dołożyć starań, aby w pierwszej kolejności objąć programem grupę największego ryzyka. Źle zaplanowany program może objąć również grupę niskiego ryzyka (the worried well — zdrowi nadmiernie troszczący się o swe zdrowie), a nawet osoby już zdiagnozowane.
- Istnieją wystarczające dowody, aby rekomendować skryning dla dorosłych cierpiących na nadciśnienie w kierunku cukrzycy typu 2 w celu wczesnej ochrony układu sercowo-naczyniowego i incydentów sercowo-naczyniowych;
- Istnieją wystarczające dowody, aby rekomendować skryning dla dorosłych z hiperlipidemią w kierunku cukrzycy typu 2 w celu wczesnej ochrony układu sercowo-naczyniowego i incydentów sercowo-naczyniowych;
- Integralny element działań programów powinna stanowić formalna ocena skryningu. Wyniki ocen będą przydatne przy ogólnej ocenie wartości wczesnego wykrywania i powinny być wykorzystane do modyfikacji bądź ograniczenia ocenianych działań.
- Ocena realizacji programów przesiewowych w kierunku niezdiagnozowanej cukrzycy typu 2 często wskazuje na ich niską wydajność – tj. niewielki odsetek osób z nowozdiagnozowaną cukrzycą wśród całej populacji zaproszonej do udziału w programie (w porównaniu do szacowanego rozpowszechnienia niezdiagnozowanej cukrzycy w danej populacji). Główną przyczyną wydaje się trudność zapewnienia w takim programie konsekwentnej strategii, np. niska zgłaszalność osób z wykrytym wysokim ryzykiem cukrzycy na zalecone badania potwierdzające diagnozę, co uniemożliwia realizację założonego celu dotyczącego wczesnego wykrywania cukrzycy i wdrażania na odpowiednio wczesnym etapie właściwego postępowania profilaktycznego i leczniczego.
- Przy niskiej wydajności programów przesiewowych, pozwalają one uniknąć tylko niewielkiej liczby przypadków cukrzycy. Przed wprowadzeniem programu należałoby dołożyć wszelkich starań, by zwiększyć zgłaszalność i uczestnictwo w Programie i zapewnić spójność podejmowanych działań, aby osiągnąć lepszą efektywność kliniczną oraz kosztową profilaktyki cukrzycy typu 2 w praktyce klinicznej.

Z odnalezionych dowodów można wyciągnąć następujące zalecenia dla planujących edukację związaną z zagrożeniem cukrzycą

- Przy braku możliwości właściwego zaplanowania programu, zasadne byłoby rozważenie zastąpienia go działaniami wspomagającymi realizację przez lekarzy POZ skryningu okazjonalnego w grupie wysokiego ryzyka rozwoju cukrzycy, przy jednoczesnym nasileniu działań zachęcających i umożliwiających modyfikację stylu życia.
- Zwyczajne rozpowszechnianie informacji o ryzyku wystąpienia cukrzycy oraz dostępnych strategiach redukcji ryzyka jest niewystarczające do odwrócenia epidemii cukrzycy typu 2. Dla skutecznej prewencji istotne jest stworzenie warunków środowiskowych, które sprzyjałyby osiągnięciu i utrzymaniu zdrowego stylu zdrowia.
- Rosnący problem nadwagi i otyłości sugeruje, że działania związane z promocją zdrowego stylu życia nie są skutecznie realizowane. Strategia populacyjna profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób sercowo-naczyniowych 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.
- Mając na uwadze narastające problemy zdrowotne wśród coraz młodszej populacji, zasadne wydaje się rozważenie przez samorzady i władze szkolne oraz inne organizacje zajmujące się dziećmi i młodzieżą skierowania działań kształtujących zdrowy styl życia również do młodego pokolenia.
- Należy pamiętać, że niezależnie czy będzie realizowany program badań przesiewowych, czy skryning okazjonalny, skuteczność zaleconych działań profilaktycznych będzie zależała ostatecznie od zaangażowania pacjenta w stosowanie się do zaleceń oraz zaangażowania lekarza POZ w monitorowanie postępów w realizacji wszelkich przekazanych zaleceń oraz mobilizowanie pacjentów do stosowania się do nich.

Z odnalezionych dowodów można wyciągnąć następujące zalecenia dla planujących edukacją osób chorujących na cukrzycę:

- Trening grupowy mający na celu nauczenie strategii samoopieki w cukrzycy, jest efektywny i wpływa na poprawę poziomu glukozy we krwi, hemoglobiny glikowanej, na redukcję ciśnienia tętniczego, masy ciała, na redukcję zapotrzebowania na leki, a także na zwiększenie wiedzy na temat cukrzycy;
- W edukacji powinno się uwzględniać zalecenia dietetyczne, gdy meta-analiza (Suckling, 2010) wykazała znaczny spadek ciśnienia tętniczego wynikający z ograniczenia spożycia soli. Efekt ten jest podobny do stosowania terapii monolekowej. Wszyscy diabetycy powinni rozważyć ograniczenie spożycia soli do poziomu mniejszego niż 5-6 g/dzień zgodnie z zaleceniami dla populacji ogólnej.

Ponadto dieta oparta na niskim indeksie glikemicznym wpływa na poprawę kontroli glikemicznej u diabetyków bez ryzyka hipoglikemii.

Z odnalezionych dowodów można wyciągnąć następujące zalecenia dla planujących wczesną diagnostykę powikłań cukrzycy:

- Zgodnie z wytycznymi NICE, w celu zapobiegania powikłaniom cukrzycy pod postacią cukrzycowej choroby nerek, powinno się raz do roku wykonywać badania kontrolne u chorych na cukrzycę typu II. W trakcie wizyty powinno się określać czynniki ryzyka, a także badać poziom stężenia kreatyniny oraz albumin w moczu. Ponadto z przeglądu systematycznego (Li, 2011) wynika, iż programy edukacyjne adresowane do osób cierpiących na cukrzycową chorobę nerek, mają pozytywny wpływ na wiedzę pacjentów na temat cukrzycy, zachowania pacjentów z mikroalbuminurią lub dializowanych pacjentów z cukrzycą oraz na skuteczność działań pacjentów, a także na przekonania pacjentów cukrzycowych z mikroalbuminurią;
- Z zaleceń kanadyjskich wynika, że kompleksowa edukacja dotycząca stopy cukrzycowej, powinna być dostępna dla wszystkich chorych na cukrzycę w czasie diagnozy, a następnie w razie potrzeby na podstawie aktualnej sytuacji. Ponadto osoby o podwyższonym ryzyku wystąpienia owrzodzenia stopy, powinny być konsultowane z zespołem specjalistów raz na 3-6 miesięcy;

Skrining w kierunku retinopatii cukrzycowej powinien być zagwarantowany i dostępny dla wszystkich chorych na cukrzycę bez względu czy pozostają pod opieką lekarza, lub są pacjentami szpitala. Lokalna realizacja może odbywać się w ośrodkach cukrzycy, punktach podstawowej opieki medycznej, mobilnych punktach medycznych i przy wykorzystaniu lokalnych okulistów. Powinno się informować osoby chore na cukrzycę na temat retinopatii cukrzycowej (a także o samej konstrukcji i etapach skringingu, jego ograniczeniach i potencjalnych wynikach). Osoby z cukrzycą powinny podlegać badaniom skringingowym przy użyciu trzy etapowego procesu opartego na kamerach szerokokątnych z wykorzystaniem kropli rozszerzających źrenice i w razie potrzeby lamp szczelinowych.

Wnioski z oceny projektu programu gminy Boguchwała:

Przedmiotowy program dotyczy ważnego problemu zdrowotnego, którego efekty można skutecznie ograniczać. Celem głównym programu są działania profilaktyczne dla osób zagrożonych cukrzycą i otyłością oraz poprawa jakości życia chorych na cukrzycę. Program jest skierowany do wszystkich mieszkańców Gminy Boguchwała. Ze szczególnym uwzględnieniem mieszkańców w wieku 35 lat i więcej (z uwagi za obserwowaną zwiększoną liczbę zachorowań w tym przedziale wiekowym) oraz 500 dzieci w wieku 10 - 15 lat. Autorzy zakładają działania w skład, których wchodzi:

- zorganizowanie na imprezach plenerowych punktów medycznych gdzie będzie badany poziom cukru, pomiar tkanki tłuszczowej, będzie się można zwarzyć oraz zmierzyć ciśnienie krwi tzw. białych niedziele, osoby z podwyższonym poziomem cukru lub innymi niepokojącymi objawami dostaną zaproszenie do jednego z ośrodków na terenie gminy na bezpłatną konsultację lekarską,
- we współpracy z ośrodkami zdrowia na terenie gminy, zapewnienie bezpłatnej opieki lekarskiej (lekarz diabetolog) przynajmniej raz w miesiącu,
- przynajmniej w jednym ośrodku na terenie gminy będzie możliwość wykonania bezpłatnego badania poziomu glukozy.

- zorganizowanie warsztatów ruchowych dla dwóch grup wiekowych (25+ i 50+), warsztaty organizowane będą śladem lat ubiegłych w 4 miejscowościach gminy, żeby zapewnić lepszy dostęp mieszkańcom, zajęcia będą się odbywały przynajmniej 2 razy w tygodniu w miesiącach luty-kwiecień oraz wrzesień-grudzień. Z doświadczenia wynika, że w miesiącu maju i miesiącach letnich ćwiczenia cieszą się bardzo małym zainteresowaniem ze względu na inny ruch tzn. Nordic Walking, uprawa ogrodów, dziatek itp.
- zorganizowanie zajęć ruchowych dla dzieci w wieku 10-15 lat w tym wyjazdów na basen, zajęcia ruchowe będą odbywały się min. raz w tygodniu, wyjazdy na basen m.in. raz w miesiącu
- upowszechnianie zdrowego żywienia wśród dzieci i młodzieży poprzez konkursy plastyczne,
- 14 listopada każdego roku w dniu walki z cukrzycą organizowanie w Ośrodkach Kultury lub w Urzędzie Miejskim spotkań kulturalnych połączonych z prelekcjami na temat zdrowego trybu życia,
- prelekcje diabetologa we współpracy z lokalnym ośrodkiem zdrowia dla osób chorych z zakresu żywienia w celu poprawy jakości życia z cukrzycą.

Realizacja przez jst badań przesiewowych w kierunku cukrzycy, jak również promocja zdrowego stylu życia i edukacja pacjentów, wpisują się w cele Narodowego Programu Zdrowotnego na lata 2007-2015 dotyczące ograniczenia czynników ryzyka i działania w zakresie promocji zdrowia (tj. m.in. poprawa sposobu żywienia ludności, zmniejszenie występowania otyłości, zwiększenie aktywności fizycznej ludności), jak również w cel operacyjny dotyczący usprawnienia wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi m.in. chorobami układu krążenia, czy powikłaniami cukrzycy.

Działania skierowane na wczesne wykrycie i leczenie cukrzycy, będącej czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia oraz zapobieganie jej wystąpieniu wydają się zgodne z priorytetem zdrowotnym „Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu”, określonym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, Dz. U. 2009, Nr 137, poz. 1126.

Elementy programu zgodne z rekomendacjami i wnioskami z dowodów naukowych:

- Dowody naukowe wskazują na to, że aktywność fizyczna oraz dieta mogą zmniejszyć ryzyko chorób sercowo-naczyniowych oraz cukrzycy.
- Podejmowane przez jednostki samorządów terytorialnych programy profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy znajdują duże poparcie ekspertów, jeśli są zgodne z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. W opinii ekspertów tego typu programy stanowią pozytywny przykład wspólnych działań na rzecz umacniania zdrowia lokalnej społeczności. Zdaniem ekspertów klinicznych czynne poszukiwanie grup ryzyka chorób cywilizacyjnych jak cukrzyca typu 2 jest bardzo istotne z uwagi na fakt, że początkowe etapy takich chorób przebiegają bezobjawowo. Konieczne jest więc w procesie skryningu i profilaktyki zaangażowanie m.in. samorządów lokalnych.
- Dowody naukowe wskazują, że 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.

- Badania przesiewowe muszą być procesem długofalowym, a nie jedynie jednorazowym przedsięwzięciem. Przedmiotowy program zakłada działania w okresie 2 lat i jest kontynuacją działań z lat 2013-2014.
- Rosnący problem nadwagi i otyłości sugeruje, że działania związane z promocją zdrowego stylu życia nie są skutecznie realizowane. Strategia populacyjna profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób sercowo-naczyniowych powinna skupiać się na diecie oraz zwiększonej aktywności fizycznej w celu redukcji czynników ryzyka we wszystkich grupach wiekowych. Autorzy zakładają przeprowadzenia zajęć ruchowych dla dwóch grup wiekowych (25+ i 50+) oraz dla dzieci w wieku 10-15 lat w tym wyjazdów na basen. Dla dorosłych zajęcia mają odbywać się przynajmniej 2 razy w tygodniu w miesiącach luty-kwiecień oraz wrzesień-grudzień. Dzieci będą mogły korzystać z zajęć ruchowych minimum raz w tygodniu oraz z zajęć na basenie minimum raz w miesiącu.
- W edukacji powinno się uwzględniać zalecenia dietetyczne - metaanaliza (Suckling, 2010) wykazała znaczny spadek ciśnienia tętniczego wynikający z ograniczenia spożycia soli. Efekt ten jest podobny do stosowania terapii monolekowej. Wszyscy diabetycy powinni rozważyć ograniczenie spożycia soli do poziomu mniejszego niż 5-6 g/dzień zgodnie z zaleceniami dla populacji ogólnej. Ponadto dieta oparta na niskim indeksie glikemicznym wpływa na poprawę kontroli glikemicznej u diabetyków bez ryzyka hipoglikemii. Autorzy zakładają przeprowadzenie prelekcji diabetologa we współpracy z lokalnym ośrodkiem zdrowia dla osób chorych z zakresu żywienia w celu poprawy jakości życia z cukrzycą.
- Nieuzasadnione jest prowadzenie badań przesiewowych w kierunku cukrzycy w ogólnej populacji dzieci (tj. bez czynników ryzyka). Programy profilaktyczne skierowane do dzieci powinny skupiać się na edukacji zdrowotnej promującej zdrowy tryb życia (należy informować je objawach cukrzycy typu 1, a w odniesieniu do cukrzycy typu 2 prowadzić szeroką edukację promującą zdrowie. Dzieci będą mogły korzystać z zajęć ruchowych minimum raz w tygodniu oraz z zajęć na basenie minimum raz w miesiącu. Dodatkowo planuje się upowszechnienie zdrowego stylu życia wśród dzieci i młodzieży poprzez konkursy plastyczne.

Programy zakładające przeprowadzanie skryningu poza ośrodkami opieki zdrowotnej (autorzy zakładają przeprowadzenia badań na imprezach plenerowych) mogą być mniej skuteczne z uwagi na brak dalszego nadzoru i leczenia pacjentów z wynikiem wyższym oraz zapewnienia powtórnych badań u osób z wynikiem niższym. Lekarz prowadzący może nigdy nie uzyskać informacji o nieprawidłowych wynikach testów.

Autorzy programu zakładają, że udział w nim wezmą osoby dorosłe ze szczególnym uwzględnieniem osób powyżej 35 roku życia z uwagi na zwiększającą się liczbę zachorowań w danym przedziale wiekowym. Z odnalezionych wytycznych, a także opinii eksperckich wynika, że screening w kierunku cukrzycy powinno się prowadzić u osób powyżej 45 roku życia lub u osób powyżej 40 roku życia, u których dodatkowo występuje przynajmniej jednej czynnik ryzyka. Tylko wytyczne kanadyjskie zalecają prowadzenie screeningu w kierunku cukrzycy typu 2 u osób powyżej 40 roku życia.

Autorzy projektu programu nie przedstawili etapów oraz części składowych programu. W poprzedniej edycji programu na lata 2013-2014 zostały one określone, natomiast

w obecnym projekcie programu autorzy nie wymienili tych elementów. Warto byłoby wspomnieć o nich z uwagi na to, że tworzą one szkielet programu i są pomocne przy tworzeniu i planowaniu poszczególnych działań. Tym bardziej dziwi brak tych elementów z uwagi na fakt, że w projekcie programu przedstawiono działania organizacyjne. Nie przedstawiono również żadnych konspektów dotyczących działań edukacyjnych.

W programie nie przedstawiono również zasad udzielania świadczeń w ramach programu, sposobu powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych oraz nie określono kompetencji / warunki niezbędnych do realizacji programu. Warto zauważyć, że badanie glukozy jest świadczeniem finansowanym ze środków publicznych i wchodzi w skład pakietu badań, które może zlecać lekarz POZ. Dodatkowo autorzy projektu programu nie określili na podstawie jakich kryteriów zostanie wybrany realizator programu. Realizator powinien być wybrany na podstawie konkursu ofert. Autorzy programu zaplanowali przeprowadzenie kampanii informacyjnej o realizowanym programie. Przeprowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnej stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie.

Autorzy programu nie przewidzieli oceny zgłaszalności do programu, oceny jakości świadczeń w programie oraz efektywności prowadzonych działań. Przedstawiono jedynie mierniki efektywności, natomiast nie zostało określone za pomocą jakich narzędzi ewaluacyjnych autorzy planują przeanalizować skuteczność prowadzonych działań. Nie jest również wiadome, kto ma przeprowadzać opracowania na temat funkcjonowania programu oraz jakiemu organowi będą przedkładane coroczne raporty na temat prowadzonych działań programu.

Należałoby zawrzeć w projekcie programu fakt, że dane zebrane na podstawie ankiet, czy też raportów, będą zestawione z danymi uzyskanymi przed wprowadzeniem programu.

Zaleca się, aby monitorowaniu podlegała również liczba osób, która nie przystąpiła do działań oferowanych w programie w celu oceny pełnej efektywności programu.

Planowany koszt całkowity realizacji programu na lata 2015-2016 to 27 800 zł. Autorzy określili ceny jednostkowe poszczególnych elementów wchodzących w skład programu. Choć w projekcie programu zawarto planowany budżet całkowity, jak i koszty jednostkowe, to nie sposób ocenić ich kompletności, gdyż w programie nie został określony wymiar świadczeń przypadający na jednego uczestnika programu, jak również nie została jednoznacznie określona liczba uczestników programu.

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez American Public Health Association) można stwierdzić, że:

- I. Program odnosi się do ważnego problemu zdrowotnego, którego efekty można skutecznie ograniczać.
- II. Dostępność działań Programu dla beneficjentów - projekt zakłada przeprowadzenie akcji informacyjnej o programie co stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności świadczeń przewidzianych w programie.
- III. Program wykorzystuje interwencje o udowodnionej skuteczności i zalecane w wytycznych. Programy zakładające przeprowadzanie skryningu poza ośrodkami opieki zdrowotnej (autorzy zakładają przeprowadzenia badań na imprezach plenerowych) mogą być mniej skuteczne z uwagi na brak dalszego nadzoru i leczenia pacjentów z wynikiem dodatnim oraz zapewnienia powtórnych badań u osób z wynikiem ujemnym. Lekarz prowadzący może nigdy nie uzyskać informacji o nieprawidłowych wynikach testów.
- IV. Autorzy podali koszty jednostkowe oraz planowane koszty całkowite (27 800 zł) realizacji programu.
- V. Projekt nie zakłada monitorowania. W przypadku ewaluacji nie jest wiadome kto ma przeprowadzać opracowania na temat funkcjonowania programu oraz jakiemu organowi będą przedkładane coroczne raporty na temat prowadzonych działań programu.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: AOTM-OT-441-220/2014 „Program profilaktyki cukrzycy i promocja zdrowia w cukrzycy mieszkańców Gminy Boguchwała” realizowany przez: Miasto i Gminę Piaseczno, Warszawa, grudzień 2014 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy zdrowotne z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, kwiecień 2012.