



**Program profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 dla  
mieszkańców powiatu żagańskiego w wieku 45+ na lata  
2019-2021**

**Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki  
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2018r. poz. 1510 ze zm.)**

## SPIS TREŚCI

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej .....	3
1. Opis problemu zdrowotnego: .....	3
2. Dane epidemiologiczne: .....	7
3. Opis obecnego postępowania .....	9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu: .....	12
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji .....	15
1. Cel główny: .....	15
2. Cele szczegółowe: .....	15
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej .....	15
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej .....	16
1. Populacja docelowa.....	16
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej .....	16
3. Planowane interwencje:.....	17
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej....	23
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	23
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej .....	24
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów: .....	24
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych .....	24
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	25
1. Monitorowanie .....	25
2. Ewaluacja .....	25
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej .....	26
Załączniki .....	28

## **I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej**

### **1. Opis problemu zdrowotnego:**

Nadwaga i otyłość stanowią szczególnie niepokojący problem zdrowotny współczesnego świata. Otyłość jest to stan patologicznego zwiększenia masy tkanki tłuszczowej w organizmie w wyniku hiperplazji, czyli zwiększania się liczby komórek tłuszczowych lub hipertrofii adipocytów, kiedy to zwiększają one swoją objętość<sup>1</sup>. Etiologia otyłości jest wieloczynnikowa, a powstawanie choroby to zazwyczaj proces długotrwały, gdzie na predyspozycję genetyczną nakładają się czynniki epigenetyczne. Większość wszystkich przypadków cechuje otyłość prosta – wynikająca z nadkonsumpcji pokarmów. Otyłość wtórna, niezależna od ilości spożywanej energii, jest najczęściej objawem zaburzeń hormonalnych, takich jak np. niedoczynność tarczycy, niedobór hormonów wzrostu czy zespół Cushinga lub chorób ośrodkowego układu nerwowego, np. ciężkiego uszkodzenia mózgu z brakiem aktywności ruchowej<sup>2</sup>.

Nadwagę i otyłość diagnozuje się na podstawie wskaźnika BMI (Body Mass Index – wskaźnik masy ciała). BMI to stosunek masy ciała wyrażony w kilogramach do wzrostu mierzonego w metrach podniesionego do kwadratu ( $BMI = \text{masa ciała kg/wzrost m}^2$ ). Nadwagę rozpoznaje się, jeżeli wartości BMI mieszczą się w zakresie 25,0-29,9 otyłość przy wartościach BMI wynoszących  $\geq 30$  (otyłość I stopnia – BMI 30,0-34,9; otyłość II stopnia – BMI 35,0-39,9; otyłość III stopnia – BMI  $\geq 40,0$ ). Drugim często stosowanym rodzajem pomiaru jest stopień otłuszczenia, w tym celu stosuje się najczęściej metody antropometryczne, takie jak pomiar grubości fałdów skórno-tłuszczowych i pomiar obwodów. Obwód talii należy mierzyć w połowie odległości między najwyższym punktem grzebienia kości biodrowej i najniższą częścią łuku żebrowego w linii pachowej środkowej. Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi Światowej Federacji Diabetologicznej (IDF) otyłość trzewną rozpoznaje się u Europejczyków przy obwodzie talii u: mężczyzn  $\geq 94$  cm, a kobiet  $\geq 80$  cm<sup>3</sup>.

Problemy zdrowotne związane z nadmierną masą ciała to m.in.: choroby układu sercowo-naczyniowego, takie jak nadciśnienie tętnicze, podwyższone ryzyko miażdżycy i chorób serca, ponadto cukrzyca typu 2 a także problemy natury psychologicznej (izolacja,

---

<sup>1</sup> Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietetyka – żywienie zdrowego i chorego człowieka, PZWL, Warszawa 2010: 612-613

<sup>2</sup> Ciborowska H., Rudnicka A. Dietetyka... op. cit.: 614

<sup>3</sup> Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań Nad Otyłością

wykluczenie społeczne, depresja)<sup>4</sup>. Tkanka tłuszczowa jest bowiem narządem, który nie tylko stanowi magazyn energetyczny, ale wykazuje również aktywne działanie wewnątrzwydzielnicze, wyrażone produkcją i uwalnianiem do krwi hormonów, cytokin i innych substancji<sup>5</sup>. Ponadto, zarówno w Polsce, jak i na świecie, nadwaga i otyłość mogą powodować inwalidztwo i skrócenie oczekiwanego czasu życia.

Cukrzyca (łac. *diabetes mellitus*) to grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiperglikemią, będącą wynikiem defektu produkcji lub działania insuliny wydzielanej przez komórki beta trzustki. Uważana jest obecnie za jedną z najczęstszych przewlekłych chorób niezakaźnych oraz czwartą lub piątą przyczynę śmierci w większości krajów o wysokim rozwoju gospodarczym (w zależności od regionu). Ze względu na etiologię i przebieg choroby wyróżnia się cukrzycę typu 1, typu 2, cukrzycę ciężarnych oraz tzw. inne specyficzne typy cukrzycy, przy czym cukrzyca typu 2 występuje najpowszechniej spośród wymienionych<sup>6</sup>.

Do niedawna uważano, że istotą cukrzycy typu 1 jest deficyt insuliny związany z destrukcją komórek  $\beta$ , a istotą cukrzycy typu 2 jest insulinooporność. W chwili obecnej wiadomo już, że w obu typach cukrzycy hiperglikemia jest wynikiem obu tych zaburzeń, a różnice są raczej ilościowe niż jakościowe. Odmienny też może być mechanizm i tempo narastania każdego z tych zaburzeń, co manifestuje się specyficznym obrazem klinicznym. Powoduje to trudności w ustaleniu typu cukrzycy wg dotychczas obowiązujących podziałów<sup>7</sup>.

Insulinooporność to upośledzona zdolność reagowania organizmu na działanie insuliny. Skutkiem tego zjawiska jest nieefektywny wychwyt i wykorzystanie glukozy przez tkanki, co prowadzi do zaburzeń metabolizmu białek, węglowodanów oraz lipidów<sup>8</sup>. Nieprawidłowe wydzielanie insuliny i/lub jej upośledzone działanie prowadzi do narastania hiperglikemii. Jest to stan zwiększonego stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej. Typowa dla cukrzycy, utrzymująca się przewlekle hiperglikemia, przyczynia się do powstawania uszkodzeń małych i dużych naczyń krwionośnych. Zmiany te dają początek niewydolności i upośledzenia funkcji wielu narządów.

---

<sup>4</sup> Juruć A, Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała Forum Zaburzeń Metabolicznych 2010, tom 1, nr 4: 210–219

<sup>5</sup> Bogołowska-Stieblich A, Tałałaj M. Otyłość a choroby układu sercowo-naczyniowego. Post N Med 2013; t 26, 5B: 19-25

<sup>6</sup> American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2014. Diabetes Care 2014; 37, Supplement 1: 14-80.

<sup>7</sup> <http://mojacukrzyca.pl/cukrzyca-ale-jaka-nowa-klasyfikacja/> (dostęp z dnia 20 czerwca 2018)

<sup>8</sup> Chmielewska-Kassassir M, Woźniak L, Ogrodniczek P, Wójcik M, Rola receptorów aktywowanych przez proliferatory peroksosomów  $\gamma$  (PPAR $\gamma$ ) w otyłości i insulinooporności. Postepy Hig Med Dosw 2013; 67: 1283-1299.

W powstawaniu cukrzycy typu 2 biorą udział zarówno czynniki środowiskowe jak i genetyczne. Do pierwszej grupy należy przede wszystkim nadwaga i otyłość (zwłaszcza brzuszna) oraz niska aktywność fizyczna. Osoby otyłe są trzykrotnie bardziej narażone na wystąpienie cukrzycy typu 2, a około 85-90% chorych to osoby z otyłością<sup>9</sup>. Nadmierna masa ciała przyczynia się do wytworzenia insulinooporności. Tkanka tłuszczowa powoduje nasiloną produkcję wolnych kwasów tłuszczowych, co prowadzi do zwiększonego utleniania tłuszczów m.in. w mięśniach i wątrobie, wynikiem tego procesu jest wstrzymanie metabolizmu glukozy. Odpowiedzią trzustki jest wyrównujące wydzielanie insuliny prowadzące do szybkiego wyczerpania się rezerw komórek  $\beta$ .

Siedzący tryb życia i brak wysiłku fizycznego przyczyniają się do rozwoju nadwagi i otyłości, a ponadto obniżenia aktywności komórkowych przekaźników glukozy, hamowania jej oksydacji i wzmożenia produkcji wolnych kwasów tłuszczowych. Innymi czynnikami predysponującymi do rozwoju cukrzycy typu 2 są zaburzenia gospodarki węglowodanowej, takie jak nieprawidłowa glikemia na czczo, czy upośledzona tolerancja glukozy<sup>10</sup>. Ryzyko wystąpienia opisywanego zaburzenia zwiększa także obecność zespołu metabolicznego, stanów zapalnych, nadciśnienia tętniczego, dyslipidemii i chorób układu sercowo-naczyniowego. Cukrzyca typu 2 występuje statystycznie częściej u kobiet z przebytą cukrzycą ciążową, lub u matek które urodziły dziecko o masie ciała powyżej 4 kg<sup>11</sup>. Wymienione powyżej czynniki mają w większości charakter modyfikowalny i są możliwe do wyeliminowania poprzez zmianę stylu życia i odpowiednie leczenie, natomiast czynniki genetyczne, niepoddające się modyfikacji, to np. płeć, wiek lub obciążający wywiad rodzinny w kierunku cukrzycy.

Cukrzyca typu 2 dotyczy statystycznie najczęściej osób otyłych w starszym wieku, gwałtowny wzrost zachorowań przypada na wiek powyżej 50 r.ż., co znajduje odzwierciedlenie również w historycznej nazwie tej choroby - cukrzyca starcza. Mechanizm patogenezy cukrzycy typu 2 wiąże się ze wzmożoną produkcją cytokin z monocytów i makrofagów oraz krążących białek fazy ostrej IL-6 i TNF- $\alpha$ , która zwiększa się z wiekiem, naturalnie wraz z prawdopodobieństwem rozwoju cukrzycy typu 2<sup>12</sup>. Niemniej jednak w związku z epidemią otyłości, jaką obserwujemy w ostatnich latach, wiek zachorowania na

---

<sup>9</sup>World Health Organization. Screening for type 2 diabetes 2003.

[http://www.who.int/diabetes/publications/en/screening\\_mnc03.pdf](http://www.who.int/diabetes/publications/en/screening_mnc03.pdf) (dostęp 20.06.2018).

<sup>10</sup> Jarosz M, Kłosiewicz-Latoszek L. Cukrzyca. Zapobieganie i leczenie. PZWL, Warszawa 2007.

<sup>11</sup> Ibidem.

<sup>12</sup> Pickup JC: Inflammation and Activated innate Immunity in the Pathogenesis of Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2004; 27: 813-823.

cukrzycę typu 2 znacznie się obniżył. Niezwykle istotnym elementem zapobiegania chorobie jest regularne prowadzenie badań przesiewowych pozwalających na wykrycie zaburzeń gospodarki węglowodanowej. Osobom po 45 roku życia zaleca się wykonywanie badań w kierunku cukrzycy typu 2 co 3 lata, w grupach ryzyka - co roku.

Leczenie cukrzycy ma charakter wielowymiarowy, na który składają się takie elementy jak edukacja pacjentów, leczenie nefarmakologiczne, leczenie hipoglikemizujące, zwalczanie czynników ryzyka oraz leczenie powikłań<sup>13</sup>. Głównym celem terapii jest osiągnięcie pożądaných wartości w zakresie glikemii, ciśnienia tętniczego, lipidogramu oraz masy ciała<sup>14</sup>, bowiem normalizacja tych parametrów zapobiega wystąpieniu powikłań cukrzycowych lub opóźnia ich rozwój, przyczynia się też do poprawy jakości życia diabetyka.

Kluczowym składnikiem terapii cukrzycy jest edukacja chorego, która prowadzi do pogłębienia wiedzy pacjentów i ich bliskich na temat choroby, pozwala wykształcić umiejętności praktyczne oraz przygotowuje pacjenta do prowadzenia skutecznej samokontroli. Edukacja w znacznym stopniu zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań cukrzycy (ostrych i przewlekłych), przez co zapobiega inwalidztwu i przedwczesnej śmierci<sup>15</sup>. Zmiana stylu życia bazująca przede wszystkim na stosowaniu odpowiedniego leczenia żywieniowego (diety) oraz wysiłku fizycznego, stanowi podstawowy element leczenia nefarmakologicznego cukrzycy. Dopiero, gdy sposób odżywiania i regularna aktywność fizyczna nie są w stanie unormować glikemii, do leczenia wprowadza się doustne leki przeciwcukrzycowe (hipoglikemizujące, hiperglikemiczne, działające na układ inkretynowy) i/lub insulinę<sup>16</sup>.

Nieodpowiednio leczona cukrzyca może prowadzić do uszkodzeń, zaburzenia czynności, a nawet niewydolności wielu układów i narządów oraz przedwczesnej śmierci. Utrzymujący się przez długi okres stan hiperglikemii, otyłość, hiperlipidemia i nadciśnienie tętnicze dają początek powikłaniom cukrzycowym. Chorujący na cukrzycę typu 2 predysponowani są przede wszystkim do rozwoju powikłań o charakterze mikroangiopatii i makroangiopatii<sup>17</sup>.

---

<sup>13</sup> Szczeklik A. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej. W: Choroby wewnętrzne. Red. Szczeklik A, Gajewski P. Medycyna Praktyczna; Kraków 2009; 640 -671.

<sup>14</sup> Jarosz M. Choroby metaboliczne. W: Praktyczny podręcznik dietetyki. Red. Jarosz M. Wydawnictwo Instytutu Żywności i Żywienia; Warszawa 2010; 341-352.

<sup>15</sup> Korzon-Burakowska A, Adamska K, Skuratowicz-Kubica A, Jaworska M. Wpływ edukacji na parametry wyrównania cukrzycy i jakość życia chorych na cukrzycę typu 2 leczonych insuliną. Diabetologia Praktyczna 2010; 11 (2): 46-53.

<sup>16</sup> Szczeklik A. Zaburzenia gospodarki... op. cit.

<sup>17</sup> Krystoń-Serafin M, Jankowiak B, Popławska E, Krajewska-Kułak E. Powikłania cukrzycy jako choroby przewlekłej. Nowiny Lekarskie 2007; 76 (6): 482-484.

## 2. Dane epidemiologiczne:

Nadwaga i otyłość w ciągu ostatniego trzydziestolecia przybrały formę epidemii. Wśród osób powyżej 20 r. ż. na nadwagę choruje 35%, a na otyłość 11% ludności świata. W Polsce także obserwuje się znaczący wzrost zachorowań w populacji dorosłej. Szacuje się, że łącznie na opisywane zaburzenia choruje 50-70% dorosłych Polaków, w tym na otyłość ponad 20%. W badaniu NATPOL PLUS z 2011 roku nadwagę zdiagnozowano u 47% badanych, częściej u mężczyzn niż u kobiet (39% vs. 29%), a otyłość u 19%. Natomiast w badaniu WOBASZ przeprowadzonym w latach 2003-2005, w populacji w wieku 20-74 lat nadwagę zdiagnozowano u 40,4% mężczyzn i 27,9% kobiet, a otyłość u 20,6% mężczyzn i 20,2% kobiet. W badaniu Pol Senior przeprowadzonym w latach 2007-2011 na reprezentatywnej grupie Polaków w wieku 55-59 lat i powyżej 65 r.ż., nadwagę zdiagnozowano odpowiednio u 41,1% badanych (37,9% kobiet i 44,8% mężczyzn) i u 40,8% (36,4% kobiet i 44,6% mężczyzn), a otyłość u 33,8% (37,1% kobiet i 29,9% mężczyzn) i u 31,9% (39,0% kobiet i 25,6% mężczyzn)<sup>18</sup>. Szacuje się, że osób otyłych jest w województwie lubuskim 44,87%<sup>19</sup>.

Cukrzyca typu 2 jest najczęściej występującym typem omawianej jednostki chorobowej i stanowi 85-95% wszystkich przypadków. Jest to jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych, zarówno w Polsce, jak i na całym świecie. Zgodnie z danymi Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (International Diabetes Federation) na cukrzycę choruje 382 mln osób (8,3% populacji światowej), a kolejnych 316 mln dotyczą zaburzenia tolerancji glukozy. Szczególnie niepokojące są przewidywania dotyczące rozpowszechnienia cukrzycy wśród populacji światowej w roku 2035, kiedy to liczba chorych ma osiągnąć 592 mln osób – 10,1% populacji (wzrost o 55%)<sup>20</sup>.

Na podstawie najnowszych danych epidemiologicznych<sup>21</sup>, od 1980 do 2014 roku rozpowszechnienie cukrzycy wśród osób dorosłych na świecie wzrosło z 4,3% do 9,0% w przypadku mężczyzn i z 5,0% do 7,9% w przypadku kobiet. Liczba dorosłych z cukrzycą wzrosła z 108 mln w 1980 roku do 422 mln w 2014 roku. Według profilu cukrzycowego stworzonego przez WHO dla Polski w 2016 roku, cukrzyca odpowiada za 2% wszystkich

<sup>18</sup> Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych...op. cit.

<sup>19</sup> Raport - Bieżące statystyki otyłości i nadwagi w Polsce na podstawie Interaktywnej mapy otyłości Polski, stan na: II półrocze 2015

<sup>20</sup> International Diabetes Federation. Diabetes Atlas, sixth edition 2014 update. [http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014\\_EN.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_EN.pdf). Dostęp z dnia 22.06.2018.

<sup>21</sup> Raport WHO z 2016 r. „Global Report on Diabetes” i badanie „NCD-RisC” z 2016 r.

zgonów w Polsce<sup>22</sup>. Wzrost rozpowszechnienia cukrzycy w Europie prognozowany jest na ponad 22% (do 68,9 mln) w roku 2035. Największe rozpowszechnienie cukrzycy w Europie odnotowuje się dla Turcji (14,8%), Portugalii (13%) i Niemiec (11,9%), a najmniejsze dla Litwy (4,9%)<sup>23</sup>.

W Polsce zgodnie z danymi Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej choruje ponad 1,9 mln osób, co przekłada się na rozpowszechnienie na poziomie 6,5%. Zdecydowana większość diabetyków zamieszkuje tereny miejskie (ponad 61%), ponad 51% przypadków to chorzy w wieku 60-79 lat, a kolejne 40% w wieku 40-59 lat<sup>24</sup>. Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy zapadalność rejestrowana dla tej jednostki chorobowej w roku 2014 wyniosła w Polsce 143,7 tysięcy przypadków. W okresie 2012-2014 w województwie lubuskim stwierdzono 641 zgonów z powodu cukrzycy, z których 77,5% dotyczyło osób w wieku 65 lat i starszym, 41% zmarłych stanowili mężczyźni. Współczynnik rzeczywisty umieralności z powodu tych chorób w województwie lubuskim wynosił 20,9/100 tys. ludności i był wyższy od ogólnopolskiego o 20,8%. Ta wartość współczynnika plasuje województwo na 5. miejscu w Polsce, licząc od województwa o najwyższej wartości<sup>25</sup>.

Ciężar cukrzycy znajduje odzwierciedlenie nie tylko w rosnących liczbach zapadalności, ale również w rosnącej liczbie zgonów, w tym zgonów przedwczesnych. W roku 2013 z ponad 5 mln zgonów chorych na cukrzycę ok. 48% dotyczyła osób przed ukończeniem 60 roku życia, przy czym w krajach o niskim rozwoju gospodarczym było to nawet ok. 75%, a w Europie ok. 28% przypadków. Wiodącą przyczyną zgonów wśród osób z cukrzycą są choroby układu sercowo-naczyniowego (ponad 50%). Oszacowanie danych jest trudne ze względu na braki informacji o cukrzycy jako chorobie współistniejącej, przy podawaniu przyczyny zgonu w dokumentacji medycznej w większości krajów.

---

<sup>22</sup> Ibidem.

<sup>23</sup> Ibidem.

<sup>24</sup> International Diabetes Federation. Global Diabetes Scorecard 2014. <http://www.idf.org/global-diabetes-scorecard/assets/downloads/Scorecard-29-07-14.pdf> (dostęp z dnia 9 kwietnia 2015)

<sup>25</sup> Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy dla województwa lubuskiego, [www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl](http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl) (dostęp z dnia 5 lipca 2018)



### 3. Opis obecnego postępowania

Uznanie cukrzycy typu 2 i nadwagi/otyłości za choroby cywilizacyjne zmieniło postrzeganie edukacji zdrowotnej i obecnie uważa się ją za jeden z czynników terapeutycznych. Edukacja pacjentów stanowi klucz do poprawy stanu zdrowia i zapobiegania powikłaniom wymienionych chorób.

W 2006 roku w Polsce utworzone zostało Polskie Stowarzyszenie Edukacji w Diabetologii (PFED). Aktualnie stowarzyszenie organizuje szkolenia, konferencje, zjazdy oraz bierze udział w opracowywaniu projektów edukacyjnych i kursów dla personelu medycznego. Celem PFED jest dokształcanie członków zespołu edukacyjnego, diabetyków oraz udoskonalenie standardów opieki medycznej. Działania te mają prowadzić do poprawienia stanu zdrowia populacji polskiej. Dzięki inicjatywie firmy farmaceutycznej Eli Lilly, pod patronatem PFED powstały pierwsze w Polsce centra edukacji Lilly (cCEL) oraz infolinia, dzięki którym pacjenci zyskali bezpłatny dostęp do wiedzy na temat cukrzycy. Doskonaleniem lekarzy i innych przedstawicieli zawodów powiązanych z diabetologią zajmuje się także Polskie Towarzystwo Diabetologiczne.

W połowie 1981 roku powstało Polskie Stowarzyszenie Diabetyków (PSD), którego celem do dzisiaj jest pomoc chorym na cukrzycę w wielu aspektach np. leczeniu i edukacji. PSD realizuje wiele turnusów edukacyjno-rehabilitacyjnych dla dorosłych oraz obejmuje edukacją diabetyków i ich rodziny<sup>26</sup>.

W roku 2009 powstała Koalicja na Rzecz Walki z Cukrzycą, której działania edukacyjne mają na celu zwiększenie świadomości na temat cukrzycy wśród społeczeństwa, ukazanie wielowymiarowego charakteru choroby i uświadomienie wpływu stylu życia na przebieg cukrzycy. Celem działalności Koalicji na Rzecz Walki z Cukrzycą jest także poprawa jakości życia pacjentów oraz profilaktyka powikłań. Koalicja stworzyła w 2015 r. akcję „Menu dla diabetyka”, dająca możliwość choremu zgłębienia informacji dotyczących diety w cukrzycy na specjalnie zaprojektowanej stronie internetowej ([www.menudiabetyka.pl](http://www.menudiabetyka.pl))<sup>27</sup>.

Od 2006 do 2008 roku ze środków Ministra Zdrowia realizowany był „Program Prewencji i Leczenia Cukrzycy w Polsce”, który dwa lata później kontynuowany był w ramach programu „Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym”. W

---

<sup>26</sup> Polskie Stowarzyszenie Diabetyków. Statut PSD 2012. <http://diabetyk.org.pl/uploads/formularze/statut-tekst-kompletny.pdf>. Dostęp z dnia: 08.04.2015 r.

<sup>27</sup> Koalicja na Rzecz Walki z Cukrzycą. Materiały prasowe – listopad miesiącem walki z cukrzycą 2011. [http://koalicja-cukrzyca.pl/docs/koalicja\\_na\\_rzecz\\_walki\\_z\\_cukrzyca\\_listopad\\_miesiacem\\_walki\\_z\\_cukrzyca\\_2011.pdf](http://koalicja-cukrzyca.pl/docs/koalicja_na_rzecz_walki_z_cukrzyca_listopad_miesiacem_walki_z_cukrzyca_2011.pdf). (dostęp z dnia 8 kwietnia 2015)

2012 roku powstał „Narodowy Program Profilaktyki i Edukacji Diabetologicznej”, którego głównym celem było pogłębienie wiedzy oraz świadomości społeczeństwa na temat cukrzycy, redukcja zachorowań, opracowanie skutecznych działań zapobiegających wystąpieniu powikłań i poprawa jakości życia chorych. Działaniami mającymi pomóc w osiągnięciu wyznaczonych celów są badania profilaktyczne (w celu diagnozy cukrzycy), akcje edukacyjno-informacyjne, szkolenia personelu przygotowujące do roli edukatora, szkolenia chorych i ich rodzin w zakresie diabetologii<sup>28</sup>.

Na początku 2011 roku zatwierdzony został program kursu specjalistycznego „Edukator w cukrzycy dla pielęgniarek i położnych”, który umożliwia pielęgniarkom oraz położnym przygotowanie do prowadzenia edukacji terapeutycznej mającej na celu podwyższenie jakości życia chorych na cukrzycę<sup>29</sup>. Rola pielęgniarki edukatora polega na przekazywaniu pacjentowi wiedzy umożliwiającej mu zrozumienie istoty choroby i jej powikłań, uświadomienie znaczenia leczenia, wyjaśnienie zasad dotyczących prowadzenia samokontroli oraz wspieranie i motywowanie chorego do walki z cukrzycą. Edukator ma także za zadanie uzmysłwić diabetykowi znaczenie aktywności fizycznej oraz przedstawić zasady żywienia w chorobie. Cykliczne spotkania z pielęgniarką - edukatorem w cukrzycy zwiększają poczucie bezpieczeństwa pacjenta i umożliwiają mu systematyczne uzupełnianie wiedzy, co daje ogromną szansę na osiągnięcie równowagi pomiędzy trudnościami związanymi z chorobą a prowadzeniem normalnego trybu życia.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej<sup>30</sup> oznaczenie glukozy, test obciążenia glukozą oraz oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c), znajdują się wśród świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej finansowanych ze środków publicznych. Oznaczenie stężenia glukozy na czczo jest również elementem badań przesiewowych realizowanych w ramach finansowanego w Polsce przez NFZ Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK)<sup>31</sup>.

Problematyka poruszana w Programie została podjęta na poziomie wojewódzkim w postaci „Programu polityki zdrowotnej wczesnego wykrywania oraz zapobiegania rozwojowi cukrzycy i jej powikłaniom wśród osób w wieku aktywności zawodowej zamieszkujących

<sup>28</sup> Narodowy Program Profilaktyki i Edukacji Diabetologicznej.

[www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/npped\\_20120418.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/npped_20120418.pdf). (dostęp z dnia: 08.04.2015 r.).

<sup>29</sup> PFED. Teraźniejszość i przyszłość pielęgniarstwa diabetologicznego 2015. [http://www.pfed.org.pl/uploads/1/9/9/8/19983953/a.szewczyk\\_2014r.pdf](http://www.pfed.org.pl/uploads/1/9/9/8/19983953/a.szewczyk_2014r.pdf) (dostęp z dnia 20 maja 2017).

<sup>30</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (DZ.U. 2009 nr 139 poz. 1139).

<sup>31</sup> [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl)

teren województwa lubuskiego”<sup>32</sup>. Działania w niniejszym powiatowym Programie zdrowotnym nie powielają tych zaplanowanych do realizacji w ramach programu wojewódzkiego, ponieważ, niniejszy program skupia się w pierwszej kolejności na interwencjach o charakterze edukacyjnym i jest skierowany do osób już chorujących na cukrzycę typu 2 a dodatkowo otyłych, a nie na procedurach diagnostycznych, co jest domeną programu wojewódzkiego.

Zmiana stylu życia diabetyka, będąca efektem edukacji zdrowotnej, poprzez stosowanie odpowiedniego leczenia żywieniowego (diety) oraz wysiłku fizycznego, stanowi podstawowy element leczenia niefarmakologicznego w cukrzycy. Długotrwała 3-5% redukcja masy ciała będąca wynikiem głównie zmniejszenia pola tłuszczu trzewnego może powodować klinicznie znaczące zmniejszenie ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2<sup>33</sup>. Starostwo Powiatowe w Żaganiu nie realizowało dotychczas programów zdrowotnych o tematyce profilaktyki cukrzycy typu 2 i/lub otyłości. Wśród PPZ realizowanych przez inne samorządy, posiadających pozytywną opinię AOTMiT, można wymienić m.in.:

- PPZ pn. „Program zapobiegający chorobom cywilizacyjnym w aspekcie nadwagi, otyłości i cukrzycy wśród mieszkańców województwa opolskiego” (na lata 2016-2022);
- PPZ pn. „Powiatowy program zwalczania otyłości i nadwagi „Czas na zdrowie” realizowany przez powiat Tczewski” (na lata 2016-2020);
- PPZ pn. „Edukacja w cukrzycy” skierowany do mieszkańców Gminy Miasta Sopotu;
- PPZ pn. „Program zapobiegający chorobom cywilizacyjnym w aspekcie nadwagi, otyłości i cukrzycy wśród mieszkańców województwa opolskiego” (na lata 2016-2022);
- PPZ pn. „Program polityki zdrowotnej wczesnego wykrywania oraz zapobiegania rozwojowi cukrzycy i jej powikłaniom wśród osób w wieku aktywności zawodowej zamieszkujących teren województwa lubuskiego”;
- PPZ pn. „Regionalny Program Zdrowotny w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2” dla mieszkańców województwa świętokrzyskiego.

---

<sup>32</sup> <http://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2017/OP-0008-2017.pdf> (dostęp z dnia 20 czerwca 2018 r.)

<sup>33</sup> Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Wytoczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań Nad Otyłością

#### 4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Cukrzyca typu 2 dotyczy statystycznie najczęściej osób otyłych w starszym wieku, gwałtowny wzrost zachorowań przypada na wiek powyżej 50 r.ż., jednak w związku z obserwowaną obecnie epidemią otyłości, wiek zachorowania na cukrzycę typu 2 znacznie się obniżył. Z tego względu wykonywanie badań w kierunku cukrzycy rekomendowane jest już po ukończeniu 45 roku życia (rutynowo co 3 lata a w grupach ryzyka – corocznie).

W redukcji masy ciała istotne jest zarówno odpowiednio zbilansowana dieta, jak i wzmożona aktywność fizyczna, dodatkowo nieodzowne jest wsparcie społeczne i psychologiczne. Najskuteczniejsze efekty w profilaktyce nadwagi i otyłości przynoszą skorelowane ze sobą działania ujęte w kompleksowym programie. Zgodnie z rekomendacjami WHO<sup>34</sup> do najważniejszych elementów należy zaliczyć: wsparcie w zakresie zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej oraz unikania nadmiernego przyrostu masy ciała.

Cukrzyca jako choroba przewlekła wiąże się z wysokimi obciążeniami finansowymi dla całego budżetu, dla przykładu w 2010 r. średnia wysokość wydatków na opiekę zdrowotną związaną z leczeniem cukrzycy wynosiła 12% ogółu wydatków na ochronę zdrowia w Polsce. Ponieważ największe obciążenie stanowi wysokość środków przeznaczanych na ograniczenie niepełnosprawności i utraty życia w związku z chorobą i jej następstwami, priorytetem powinno stać się wdrożenie skutecznych działań profilaktycznych, w tym przede wszystkim skutecznej edukacji żywieniowej<sup>35</sup>.

Program pozwoli na wykształcenie umiejętności praktycznych radzenia sobie z chorobą oraz przygotuje pacjentów do prowadzenia skutecznej samokontroli, zmniejszy ryzyko wystąpienia powikłań, a tym samym przyczyni się do zapobieżenia inwalidztwu i przedwczesnym zgonom z powodu cukrzycy.

Ponadto zaplanowany program wpisuje się w krajowe i lokalne strategie zdrowotne, ponieważ jego zakres jest zgodny z:

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych<sup>36</sup>
  - *Priorytet 1: zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu:*

---

<sup>34</sup> Europejska Karta Walki z Otyłością podpisana podczas Europejskiej Ministerialnej Konferencji WHO nt. walki z otyłością (15-17.11.2006 r.).

<sup>35</sup> Bodenheimer T., Loring K., Holman H. i wsp. Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA 2002; 288:2 469–2475.

<sup>36</sup>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469].

- a) *chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu,*
- b) *nowotworów złośliwych,*
- c) *przewlekłych chorób układu oddechowego,*
- d) *cukrzycy.*
- **Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020<sup>37</sup>:**
  - *Cel operacyjny 1: Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa;*
  - *Cel operacyjny 5: Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się (cel 3.2: Działania edukacyjne: popularyzacja wiedzy w zakresie specyficznych potrzeb i uwarunkowań dietetycznych w grupie seniorów (w tym zapobieganie utracie masy ciała i chorobom metabolicznym).*
- **Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa lubuskiego<sup>38</sup>:**
  - *Priorytet 3: Opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki występowania cukrzycy i otyłości, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży;*
  - *Priorytet 7: Zagwarantowanie profesjonalnej opieki dla osób przewlekle chorych;*
- **Lubuską Strategią Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020<sup>39</sup>:**
  - *Cel strategiczny 1: Dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych i epidemiologicznych;*
  - *Cel strategiczny 4: Promocja zdrowia i kształtowanie prozdrowotnych postaw mieszkańców województwa lubuskiego.*
- **Strategią Rozwiązywania Problemów Społecznych Powiatu Żagańskiego na lata 2011-2018<sup>40</sup>:**
  - *Cel operacyjny 2.8 Podniesienie jakości i efektywności systemu ochrony zdrowia w powiecie, rozwój profilaktyki i promocja zdrowia, w ramach celu strategicznego II: Usprawnienie systemu rozwiązywania problemów społecznych pozostających w gestii publicznych instytucji pomocowych, ograniczanie zakresu i skutków wykluczenia społecznego osób i rodzin oraz ich integracja ze społeczeństwem.*

---

<sup>37</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492]

<sup>38</sup> Załącznik do Zarządzenia Wojewody Lubuskiego z dnia 16 sierpnia 2016 r.

<sup>39</sup> Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020 (lubuskie.pl; dostęp 05 lipca 2018).

<sup>40</sup> Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Powiatu Żagańskiego na lata 2011-2018 (powiatzaganski.pl; dostęp 05 lipca 2018).

- Strategią Zrównoważonego Rozwoju Powiatu Żagańskiego na lata 2015–2023<sup>41</sup>:
  - *Cel strategiczny 2: Poprawa jakości życia mieszkańców, cel operacyjny: rozwój bezpieczeństwa socjalnego, zdrowotnego i publicznego, kierunek 3: wspieranie rozwoju profilaktyki, wczesnego wykrywania chorób i rehabilitacji oraz kierunek 7: promowanie zdrowego stylu życia oraz profilaktyka zdrowia.*

---

<sup>41</sup> Strategia Zrównoważonego Rozwoju Powiatu Żagańskiego na lata 2015–2023 (bip.powiatzaganski.pl; dostęp 05 lipca 2018).

## **II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**

### **1. Cel główny:**

Głównymi celami programu jest zmniejszenie negatywnych konsekwencji otyłości i cukrzycy typu 2 oraz zwiększenie świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców Powiatu Żagańskiego w wieku 45+ w latach 2019-2021.

### **2. Cele szczegółowe:**

- 1) Zwiększenie wiedzy i świadomości w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej otyłości, w tym czynników ryzyka jej powstawania oraz powikłań, w populacji docelowej osób w wieku 45+ poprzez działania edukacyjne realizowane w latach 2019-2021.
- 2) Zwiększenie wiedzy i świadomości w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej cukrzycy typu 2, w tym czynników ryzyka jej powstawania oraz wczesnych objawów, w populacji docelowej osób w wieku 45+ poprzez działania edukacyjne realizowane w latach 2019-2021.
- 3) Zmniejszenie częstotliwości występowania nadwagi i otyłości w wyniku zmiany nawyków żywieniowych u osób w grupie wiekowej 45+ w ramach Programu poprzez realizację porad żywieniowych w okresie 2019-2021.
- 4) Ograniczenie negatywnych konsekwencji cukrzycy typu 2 oraz otyłości u osób w grupie wiekowej 45+ w ramach Programu w okresie 2019-2021.

### **3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej**

- 1) Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy uczestników z zakresu profilaktyki otyłości oraz zasad prawidłowego żywienia (wd. wzrost o 30%),
- 2) Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy uczestników z zakresu profilaktyki cukrzycy typu 2 (wd. wzrost o 30%),
- 3) Liczba osób ze zdiagnozowaną nadwagą,
- 4) Liczba osób ze zdiagnozowaną otyłością,

- 5) Liczba osób z obniżonym wskaźnikiem BMI (pomiaru po zakończeniu interwencji, po 6 miesiącach oraz po roku od zakończenia programu).

### III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

#### 1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do osób zmagających się z nadwagą/otyłością w wieku 45+ (42 865 osób), zamieszkałych na terenie Powiatu Żagańskiego. Biorąc pod uwagę średnią zgłaszalność do badań przesiewowych na podstawie danych z programów ogólnopolskich oraz możliwości finansowych powiatu przyjęto, że do programu włączone zostanie 40% osób ze wskazanej grupy docelowej. W związku z powyższym populację docelową zainteresowaną wzięciem udziału w Programie zaplanowanym do realizacji przez Starostwo Powiatowe w Żaganiu w latach 2019-2021 oszacowano na poziomie ok. 7 500 osób w I etapie oraz 375 osób w II i III etapie.

Tab. I. Populacja docelowa programu.

Populacja docelowa/rok	
Wiek	45+
Liczba w populacji docelowej	42 865
Szacunkowa liczba osób z otyłością 44,9% <sup>42</sup>	19 000
Liczba uczestników przy założeniu 80% zgłaszalności do programu	15 000
Liczba uczestników I etapu/rok	2 500
Szacunkowa liczba osób z cukrzycą typu 2 – uczestników II i III etapu (ok. 5,0% <sup>43</sup> )/rok	125

#### 2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

##### 2.1. Etap I - Edukacja zdrowotna:

##### 2.1.1. Kryteria włączenia:

- wiek 45+ w danym roku trwania programu;
- zamieszkiwanie na terenie Powiatu Żagańskiego;

##### 2.1.2. Kryteria wyłączenia:

<sup>42</sup> Raport - Bieżące statystyki otyłości i nadwagi w Polsce na podstawie Interaktywnej Mapy Otyłości Polski, stan na: II półrocze 2015.

<sup>43</sup> Wg danych dla województwa lubuskiego z Raportu Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii.



- uczestniczenie w programie w latach poprzednich.

## 2.2 Etap II - kwalifikacja do programu:

### 2.2.1. Kryteria włączenia:

- wiek 45+ w danym roku trwania programu;
- zamieszkiwanie na terenie Powiatu Żagańskiego;
- oświadczenie o zdiagnozowanej cukrzycy typu 2;
- BMI 25,0 i więcej;
- wyrażenie pisemnej zgody na interwencje zawarte w programie.

### 2.2.2. Kryteria wyłączenia:

- uczestniczenie w programie w latach poprzednich.

## 2.3. Etap III – poradnictwo diabetologiczne:

### 2.3.1. Kryteria włączenia

- wiek 45+ w danym roku trwania programu;
- zamieszkiwanie na terenie Powiatu Żagańskiego;
- BMI 25,0 i więcej;
- zdiagnozowana cukrzyca typu 2;
- wyrażenie pisemnej zgody na interwencje zawarte w programie.

### 2.3.2. Kryteria wyłączenia:

- uczestniczenie w programie w latach poprzednich.

## 3. Planowane interwencje:

### 1) Akcja informacyjno-edukacyjna:

- realizowana za pomocą metod podających (ulotki/plakaty informacyjne) w wybranych podmiotach leczniczych oraz Urzędach Gmin i Miast oraz Starostwie Powiatowym Powiatu Żagańskiego;
- prowadzona przez Realizatorów w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe).

### 2) Etap I - Edukacja zdrowotna:

- realizowana poprzez edukację zdrowotną adresatów programu, zaplanowaną i prowadzoną przez doświadczonego lekarza diabetologa, pielęgniarkę diabetologiczną lub/i dietetyka: cykl wykładów z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej,

profilaktyki nadwagi/otyłości i ich powikłań, takich jak cukrzyca typu 2, odbywających się z częstotliwością 1 raz na 1 rok w każdej z 9 gmin, czas trwania pojedynczego wykładu wyniesie 90 minut. Celem zapewnienia równego dostępu do świadczeń akcja informacyjno-edukacyjna zostanie zaplanowana odrębnie dla poszczególnych gmin. Akcja edukacyjna będzie realizowana poprzez wykłady odbywające się w wynajętych salach dostępnych w ramach infrastruktury gmin, tj. urzędy, szkoły, centra kultury itp., posadowionych na terenie Powiatu. Badanie poziomu wiedzy uczestników zostanie przeprowadzone przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji;

### 3) Etap II – Kwalifikacja do programu:

- pomiary antropometryczne i obliczenie wskaźnika BMI (realizowane przez pielęgniarkę);
- zaświadczenie o zdiagnozowanej cukrzycy typu 2;
- przekazanie informacji o terminach porad pielęgniarki diabetologicznej lub lekarza diabetologa i porad dietetycznych.

### 3) Etap III – Poradnictwo diabetologiczne

- porady dietetyczne udzielane pacjentom przez dietetyka obejmujące rozpisanie jadłospisu, elementy edukacji żywieniowej w cukrzycy typu 2, prawidłowe stosowanie wymienników, interakcje składników diety z lekami itp., w cyklu 0:1:3:6:8 oraz regularne pomiary antropometryczne w trakcie trwania programu wszystkich osób objętych 3-etapem badania, a także po 6 miesiącach i po 1 roku od zakończenia programu, celem monitorowania wskaźników BMI,
- porady pielęgniarki diabetologicznej lub lekarza diabetologa w cyklu 1:5:9 obejmujące naukę wykonywania pomiarów poziomu cukru, naukę samokontroli rozpoznawania objawów hipo- i hiperglikemii, ryzyka powikłań itp.,
- w przypadku wykrycia zaburzeń i chorób wymagających dalszego leczenia (późne powikłania cukrzycowe), kierowanie pacjentów w trybie pilnym do dalszej opieki lekarskiej poza programem, ze wskazaniem jednostki mającej umowę z NFZ, gdzie takie świadczenie można otrzymać.

### **3.1. Dowody skuteczności planowanych działań**

#### **a. Opinie ekspertów klinicznych**

Edukację w cukrzycy typu 2 rekomendują wiodące organizacje i towarzystwa naukowe, takie jak:

- American Diabetes Association (ADA),
- International Diabetes Federation,
- Europejskie *Towarzystwo* Badań nad *Cukrzycą* (EASD),
- Polska Federacja Edukacji w Diabetologii,
- Polskie Stowarzyszenie Edukacji w Diabetologii (PFED),
- Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD),
- Polskie Stowarzyszenie Diabetyków (PSD),
- Polskie Towarzystwo Dietetyki (PTD).

#### **b. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym**

Wielu specjalistów traktuje cukrzycę jako poważne zagrożenie zdrowia i życia pacjentów. Jest to choroba, której nie da się uniknąć, lecz można znacząco zmniejszyć rozmiar występującej obecnie epidemii. Aby to osiągnąć wymagana jest ścisła współpraca między pacjentami, a przedstawicielami opieki medycznej, celem uniknięcia szeregu niebezpiecznych dla zdrowia i życia, a zarazem kosztownych powikłań, ze zgonami włącznie. Ponadto należy położyć nacisk na odpowiednie przygotowanie lekarzy podstawowej opieki medycznej, będących pierwszym ogniwem systemu, z którym spotyka się przeciętny pacjent. Niezbędne jest także zwiększanie świadomości społeczeństw w zakresie zdrowej diety i aktywności fizycznej, zwłaszcza u pacjentów z otyłością, która jest podstawowym czynnikiem ryzyka cukrzycy typu 2.

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD) z 2014 roku w celu rozpoznania cukrzycy określa się<sup>44</sup>:

- Glikemię przygodną - oznaczoną w próbce krwi pobranej w dowolnej porze dnia, niezależnie od pory ostatnio spożytego posiłku,
- Glikemię na czczo - oznaczoną w próbce krwi pobranej 8-14 godzin od ostatniego posiłku,

---

<sup>44</sup> Polskie Towarzystwo Diabetologiczne. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę. Diabetologia Kliniczna 2014, tom 3, supl. A: 3.

- Glikemię w 120 minucie doustnego testu tolerancji glukozy (OGTT, Oral Glucose Tolerance Test) - badanie to polega na spożyciu na czczo roztworu zawierającego 75g glukozy.

Do diagnostyki cukrzycy ADA (American Diabetes Association) wprowadziło oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA<sub>1c</sub>). Wartość tego parametru wynosząca co najmniej 6,5% uprawnia do rozpoznania cukrzycy. W Polsce jednak ze względu na nieustaloną wartość diagnostyczną i brak odpowiedniej kontroli jakości metod laboratoryjnych nie zaleca się stosowania oznaczenia (HbA<sub>1c</sub>)<sup>45</sup>.

Z kolei rozpoznanie otyłości opiera się o pomiary BMI. Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi WHO oceny stanu odżywienia dokonuje się na podstawie wartości wskaźnika masy ciała (BMI), który wylicza się ze wzoru:  $BMI = \text{masa ciała (kg)} / [\text{wzrost (m)}]^2$ . Nadwagę rozpoznaje się, jeżeli wartości BMI mieszczą się w zakresie 25,0-29,9, natomiast otyłość, jeżeli wartości BMI są  $\geq 30$ . Należy jednak pamiętać, że wskaźnik BMI nie powinien ze względu na swoje ograniczenia być stosowany do oceny stanu odżywienia kobiet w ciąży, a w przypadku osób uprawiających sport i pracujących fizycznie może być zawyżony z powodu zwiększonej masy mięśniowej. Ponadto BMI nie odzwierciedla dystrybucji tkanki tłuszczowej, która wiąże się ze wzrostem ryzyka rozwoju powikłań otyłości. Łatwym do wykorzystania w codziennej praktyce klinicznej jest w tym celu pomiar obwodu talii. Powinien on być wykonywany w połowie odległości między najwyższym punktem grzebienia kości biodrowej i najniższą częścią łuku żebrowego w linii pachowej środkowej, a centymetr z przodu należy poprowadzić przez pępek. Znalezienie tych punktów może okazać się trudne u osób bardzo otyłych, szczególnie jeżeli mają duży „fartuch” brzuszny (należy pamiętać żeby używać taśmy mierniczej co najmniej 200 centymetrowej)<sup>46</sup>. Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi Światowej Federacji Diabetologicznej (IDF) otyłość trzewną rozpoznaje się u Europejczyków przy obwodzie talii u: mężczyzn  $\geq 94$  cm kobiet  $\geq 80$  cm. Jednocześnie należy pamiętać, że w świetle aktualnej wiedzy medycznej, wzrost ryzyka metabolicznego obserwuje się już przy obwodach talii  $\geq 71$  cm u kobiet i  $\geq 86$  cm u mężczyzn. W warunkach codziennej praktyki klinicznej możliwa jest również ocena składu ciała metodą bioimpedancji (wagi, analizatory składu ciała). Na podstawie tego pomiaru otyłość u mężczyzn diagnozujemy jeżeli zawartość tłuszczu w ciele przekracza 25%, a u kobiet 30%.

Aby opracować odpowiedni dla danego pacjenta program edukacji należy ocenić jego potrzeby, a następnie wyznaczyć indywidualny cel w zależności od: wieku, bieżącego stanu

---

<sup>45</sup> Ibidem

<sup>46</sup> Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Wytyczne Kolegium op.cit.

wiedzy, współistnienia innych chorób, powikłań, stosowanego leczenia oraz sytuacji życiowej pacjenta. Po ustaleniu celu edukacji należy przedstawić pacjentowi informacje na temat istoty choroby (ogólne wiadomości) a następnie nauczyć go technik samodzielnej obserwacji (np. mierzenie stężenia glukozy we krwi oraz ciśnienia tętniczego). W przypadku chorych leczonych insuliną lub za pomocą pompy insulinowej, szkolenie powinno obejmować kolejno także edukację z zakresu podawania insuliny oraz obsługi pompy insulinowej. Kolejny etap szkolenia polega na edukacji chorego na temat powikłań ostrych i przewlekłych (czynniki ryzyka, rozpoznanie, leczenie i zapobieganie). Niezwykle istotnym elementem szkolenia jest również edukacja żywieniowa mająca na celu uświadomienie pacjentowi roli prawidłowego żywienia w cukrzycy i przekazanie zasad zdrowego odżywiania. Częścią edukacji zdrowotnej jest też przekazanie wiadomości na temat wysiłku fizycznego w cukrzycy, praw diabetyków, reguł korzystania z opieki zdrowotnej oraz poruszenie zagadnienia problemów psychologicznych towarzyszących chorobie. Wszystkie wiadomości przekazane na szkoleniach należy wprowadzać stopniowo, gdyż radykalne i nagłe zmiany mogą przynieść negatywne skutki – pacjent nie zastosuje się do zaleceń lub zniechęci się do kontynuowania edukacji<sup>47</sup>.

Szkolenie chorego w różnych etapach rozwoju choroby należy do zadań zespołu terapeutycznego. W jego skład powinni wchodzić lekarze, edukatorzy diabetologiczni, pielęgniarki, dietetycy oraz psychologowie i przedstawiciele innych zawodów medycznych. Relacje między zespołem terapeutycznym a pacjentem powinny opierać się na wsparciu i wzajemnej współpracy. Chory powinien brać aktywny udział w projekcie edukacyjnym, co wzmacnia jego pewność i niezależność.

Celem edukacji zdrowotnej jest usamodzielnienie pacjenta w postępowaniu z jego chorobą poprzez przekazanie mu niezbędnych wiadomości na temat cukrzycy (patogeneza, objawy, czynniki ryzyka rozwoju powikłań), wykształcenie umiejętności praktycznych w zakresie samokontroli oraz wdrożenie zachowań prozdrowotnych (np. zmiana złych nawyków żywieniowych na dobre i rozpoczęcie aktywności fizycznej). Szkolenie diabetyka ma także na celu normalizację glikemii, ciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych, zapobieganie ostrym i przewlekłym powikłaniom cukrzycy oraz osiągnięcie należnej masy ciała. Ważnym aspektem edukacji chorego jest osiągnięcie celów psychospołecznych, zmniejszenie lęku, a także przystosowanie do życia w rodzinie i pracy zawodowej.

---

<sup>47</sup> Kosicka B, Wrońska I. Rola pielęgniarki w edukacji chorych na cukrzycę. *Problemy pielęgniarstwa* 2007; 15 (2,3): 187-191.

PTD określiło pożądany czas trwania edukacji pacjenta w zależności od etapu szkolenia i rodzaju leczenia choroby. Edukacja wstępna osób stosujących dietę lub dietę i doustne leki przeciwcukrzycowe w terapii cukrzycy musi trwać minimum 5 godzin. W przypadku osób leczonych insuliną i pompą insulinową czas wydłuża się kolejno do 9 i 9-15 godzin. Szkolenie należy kontynuować przez rok, co dla chorych z cukrzycą typu 2 powinno wynosić 5-9 godzin. Czas trwania kolejnego etapu – reedukacji - zależy od ilości przyswojonej przez pacjenta wiedzy, liczby błędów przez niego popełnianych oraz pojawienia się powikłań i nowych chorób.

Edukacja jest podstawowym elementem zapewniającym skuteczność wszystkich form samokontroli, rehabilitacji, pielęgnacji oraz zmiany stylu życia i nawyków żywieniowych przyczynia się do poprawy jakości życia pacjenta, co w efekcie znacznie zmniejsza ryzyko rozwoju ostrych i przewlekłych powikłań cukrzycy<sup>48</sup>.

#### c. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Szacuje się, że w 2010 r. światowe wydatki na cukrzycę wyniosły około 376 mld dolarów amerykańskich (USD), czyli 418 mld dolarów międzynarodowych (ID) uwzględniających różnice w sile nabywczej w różnych krajach. Zgodnie z prognozami na 2030 r. poziom wydatków ma wzrosnąć do około 490 mld USD, czyli 561 mld ID<sup>49</sup>.

W Europie całkowite koszty cukrzycy szacowane są na poziomie 105,5 mld USD rocznie, z czego 25% wydatków alokowane jest w monitorowanie poziomu glukozy we krwi pacjentów, następne 25% w leczenie kosztów powikłań, natomiast pozostałe 50% to suma reszty kosztów bezpośrednich (konsultacje lekarskie i pielęgniarskie, koszty hospitalizacji, sprzętu medycznego i leków) i pośrednich (spadek wydajności pracy, absencje)<sup>50</sup>.

W związku z narastającą zachorowalnością na cukrzycę zwiększają się koszty związane z jej leczeniem. Wydatki na opiekę związaną z cukrzycą wyniosły w 2014 r. na świecie 612 miliardów dolarów amerykańskich<sup>51</sup>. Celem wdrażania działań profilaktycznych i wczesnego leczenia cukrzycy oraz jej powikłań jest także zmniejszenie kosztów jej późniejszej terapii.

Cukrzyca jako choroba przewlekła wiąże się z wysokimi obciążeniami finansowymi dla całego budżetu, dla przykładu w 2010 r. średnia wysokość wydatków na opiekę zdrowotną związaną z leczeniem cukrzycy wynosiła 12% ogółu wydatków na ochronę zdrowia w Polsce.

---

<sup>48</sup> Jankowska-Polańska B, Uchmanowicz I, Bober A. Wpływ edukacji na jakość życia chorych z cukrzycą typu 2. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2013; 2(1): 7-11.

<sup>49</sup> Niebieska Księga Cukrzycy, Warszawa 2013, [http://koalicja-cukrzyca.pl/docs/blue\\_paper\\_raport\\_cukrzyca\\_to.pdf](http://koalicja-cukrzyca.pl/docs/blue_paper_raport_cukrzyca_to.pdf) (dostęp z dnia 22 maja 2017)

<sup>50</sup> Ibidem

<sup>51</sup> International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas...* op.cit.

Ponieważ największe obciążenie stanowi wysokość środków przeznaczanych na ograniczenie niepełnosprawności i utraty życia w związku z chorobą i jej następstwami, priorytetem powinno stać się wdrożenie skutecznych działań profilaktycznych, w tym przede wszystkim skutecznej edukacji żywieniowej. Potwierdzona skuteczność działań edukacyjnych sprawia, że edukację zaleca się jako stały element wysokiej jakości opieki<sup>52</sup>.

#### **4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej**

W ramach akcji promocyjnej programu zostaną przekazane informacje dotyczące terminów i miejsca wykładów w zakresie profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2. O kwalifikacji do II i III etapu programu będzie decydować uzyskanie zgody uczestnika na udział w programie. Wzór zaświadczenia o udziale w programie (karta zgody uczestnika programu) określono w załączniku 1. Terminy kwalifikacji oraz poradnictwa diabetologicznego w ramach programu będą umawiane telefonicznie oraz osobiście w siedzibie realizatora. Oświadczenie o zdiagnozowanej cukrzycy typu 2 może mieć formę zaświadczenia wystawionego przez lekarza POZ albo lekarza specjalistę lub formę kserokopii karty historii choroby pacjenta.

#### **5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

Organizator dopuszcza zakończenie programu na każdym jego etapie na życzenie uczestnika. Po wykonaniu programu pacjent:

- w przypadku ukończenia pełnego cyklu programu:
  - zostaje ponownie poinformowany o zasadach postępowania w celu utrzymania efektu obniżenia nadmiernej masy ciała, konsekwencjach powrotu do poprzedniej masy ciała wraz z ryzykiem powikłań otyłości;
  - zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu (załącznik 4);
  - kończy udział w programie.
- w przypadku nie ukończenia pełnego cyklu programu, zostaje poinformowany o skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie uczestnictwa w programie (zwiększone ryzyko powikłań otyłości, konsekwencje zdrowotne i psychospołeczne nadmiernej masy ciała i cukrzycy typu 2).

---

<sup>52</sup> Bodenheimer T., Loring K., Holman H. i wsp. Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA 2002; 288:2 469–2475.

Organizator zapewnia monitorowanie wskaźników BMI u wszystkich włączonych do programu: po 6 miesiącach od zakończenia i po 1 roku od zakończenia programu oraz leczenie cukrzycy typu 2 w kolejnych latach, poza Programem.

#### **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

##### **1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów:**

- 1) opracowanie projektu programu (III kwartał 2018);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewodę Lubuskiego (IV kwartał 2018);
- 3) uchwalenie programu przez Radę Powiatu w Żaganiu (I kwartał 2019);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego kryteria wskazane w dalszej części projektu (I kwartał 2019/2020/2021);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2019/2020/2021);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (I-IV kwartał 2019/2020/2021);
- 7) ewaluacja (IV kwartał 2021):
  - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
  - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów;
  - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2022).

##### **2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych**

Koordynatorem programu będzie Starostwo Powiatowe w Żaganiu. W programie realizatorem będą wyłonione w drodze konkursu ofert podmioty lecznicze, spełniające następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej [tj. Dz.U. 2018 poz. 160 z póź.zm.];
- zapewnienie wykonywania interwencji edukacyjnych w programie wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: lekarza diabetologa, pielęgniarkę diabetologiczną oraz dietetyka;



- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmioty realizujące Program będą zobowiązane do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1 i 2), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 4). Ponadto realizatorzy będą przekazywali koordynatorowi raporty okresowe (załącznik 3), a także sporządzali sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji. Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w Programie są zobowiązane prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 1318 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 1845 ze zm.], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2018 poz. 1000].

## **V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

### **1. Monitorowanie**

#### **1) Ocena zgłaszalności do programu**

- analiza liczby osób, które zgłosiły się do programu i wzięły w nim udział prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu (załączniki 1, 2, 3),
- analiza liczby osób, które nie ukończyły pełnego cyklu interwencji prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu (załączniki 1, 2, 3),
- analiza liczby osób, które uczestniczyły w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej,
- procent uczestników, którzy ukończyli program.

#### **2) Ocena jakości świadczeń w programie**

- Coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik nr 4),
- Przekazywanie pisemnych uwag do realizatora programu.

### **2. Ewaluacja - ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez:**

- Liczbę osób, które uzyskały wyniki co najmniej dobre dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy z zakresu profilaktyki otyłości oraz zasad prawidłowego żywienia;

- Liczbę osób, które uzyskały wyniki co najmniej dobre dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy z zakresu profilaktyki cukrzycy typu 2;
- Liczbę osób, które uzyskały poprawę wskaźnika BMI (pomiary po zakończeniu interwencji, po 6 miesiącach oraz po roku od zakończenia programu);
- Liczba osób ze zdiagnozowaną nadwagą,
- Analiza liczby osób ze zdiagnozowaną otyłością,
- Procent uczestników, u których zanotowano 3% spadku masy ciała;
- Procent uczestników, u których zanotowano 5% spadku masy ciała;
- Identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu.

## VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

5 000zł – akcja edukacyjno-informacyjna w tym::

400 zł – koszt wynagrodzenia dla wykładowcy za jeden 90 min. Wykład z edukacji zdrowotnej

1400 zł- koszt materiałów informacyjnych.

1 000 – koszt monitoringu i ewaluacji

### 1. Koszty jednostkowe 165zł, w tym:

5 zł – pomiary antropometryczne

5 x 20zł – porada dietetyczna (w cyklu 0:1:3:6:8) = 100zł

3 x 20zł – porada pielęgniarki diabetologicznej lub lekarza diabetologa (w cyklu 1:5:9) = 60zł

### 2. Planowane koszty całkowite (w złotych):

Tab. II. Koszty całkowite w poszczególnych latach jako iloczyn kosztów jednostkowych i liczby uczestników (w złotych).

Lp.	Rok realizacji	2019	2020	2021	2019-2021
1	Szacunkowa liczba osób zakwalifikowanych do I etapu	2 500	2 500	2 500	7 500
2	Szacunkowa liczba osób zakwalifikowanych do III etapu	125	125	125	375
3	Koszt cząstkowy za interwencje u osób w II etapie ( 5 zł x poz.2)	625	625	625	1 875
4	Koszt cząstkowy za interwencje u osób w III etapie (165zł x poz. 3)	20 000	20 000	20 000	60 000

5	Koszt akcji edukacyjno-informacyjnej	5 000	5 000	5 000	15 000
6	Koszt monitoringu i ewaluacji	1 000	1 000	1 000	3 000
7	Koszt całkowity (poz. 3 + poz.4 + poz. 5)	26 625	26 625	26 625	79 875

Tab. III. Koszty całkowite w poszczególnych latach jako suma kosztów poszczególnych interwencji (w złotych).

Rok realizacji	Akcja informacyjno- edukacyjna*	Koszt monitoring u i ewaluacji	Badania antropometryczne	Porady dietetyczne	Porady pielęgniarki diabetologicznej lub lekarza diabetologa	Koszt całkowity
2019	5 000	1 000	625	12 500	7 500	<b>26 625</b>
2020	5 000	1 000	625	12 500	7 500	<b>26 625</b>
2021	5 000	1 000	625	12 500	7 500	<b>26 625</b>
Razem	15 000	3 000	1 875	37 500	22 500	<b>79 875</b>

\* koszt wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej oraz akcji informacyjnej

### 3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Starostwa Powiatowego w Żaganiu. Powiat będzie starał się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie w roku 2019 przez Lubuski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz. U z 2017 poz. 1938] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9].

## Załączniki

### Załącznik 1

#### **Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu żagańskiego w wieku 45+ na lata 2019-2021” (wzór)**

##### I. Dane uczestnika programu

Nazwisko		Miejsce zamieszkania
Imię		.....
Nr PESEL*		.....

##### II. Zgoda na badania antropometryczne i wypełnienie ankiety kwalifikującej

Zostałam/em poinformowana/y o znaczeniu profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2. Informacja przekazana mi przez pielęgniarkę była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania. Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i **wyrażam zgodę na planowane interwencje.**

.....  
(data i podpis pacjenta)

Wynik wskaźnika BMI: .....

Załącznik 2

**Karta kwalifikacyjna udziału pacjenta w „Programie profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu żagańskiego w wieku 45+ na lata 2019-2021**

Niniejszym zaświadczam, że:

u Pana/i ..... urodzonego/ej w dniu .....

zamieszkałego/ej w

.....

nr PESEL\* .....

rozpoznano/nie rozpoznano\*\* cukrzycy typu 2.

Na podstawie przeprowadzonej procedury kwalifikuję/nie kwalifikuję\*\* pacjenta do udziału w „Programie profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu żagańskiego w wieku 45+ na lata 2019-2021”

....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis pielęgniarki)

\* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

\*\* niewłaściwe skreślić

Załącznik 3

**Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu żagańskiego w wieku 45+ na lata 2019-2021” (wzór)**

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych procedur w ramach programu za okres sprawozdawczy  od ..... do .....	Adresat: Starostwo Powiatowe w Żaganiu
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

Liczba wykonanych interwencji edukacyjnych (liczba wykładów)	Liczba uczestników wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej	Liczba wykonanych badań antropometrycznych	Liczba osób z BMI>25

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby  
działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 4

**Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika programu pn. „Program profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu żagańskiego w wieku 45+ na lata 2019-2021” (wzór)**

I. Ocena rejestracji

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena opieki pielęgniarskiej w trakcie pomiarów antropometrycznych

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość pielęgniarki?					
poszanowanie prywatności podczas badań?					
staranność wykonywania badań?					
rzetelność udzielania porad pielęgniarskich?					

III. Ocena dietyka w trakcie porad dietetycznych

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość dietyka?					
poszanowanie prywatności podczas udzielania porad?					
staranność wykonywania porad?					

IV. Ocena porad diabetologicznych

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość personelu*?					
poszanowanie prywatności podczas udzielania porad?					
staranność wykonywania porad?					

\* pielęgniarki diabetologicznej  
lekarza diabetologa  
(niepotrzebne skreślić)

IV. Ocena warunków panujących w przychodni

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
oznakowanie gabinetów?					

V. Dodatkowe uwagi/opinie:

--



**FORMULARZ OGÓLNY - OBOWIĄZEK INFORMACYJNY DO DANYCH ZAWARTYCH  
W DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (zgodny z RODO)**

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą pod firmą:**

.....

**z siedzibą w ....., ul. ...., kod pocztowy: .....**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej również „*RODO*”), informujemy, że:

- 1) administratorem danych osobowych Pana/Pani jest ..... (*nazwa Realizatora*),
- 2) dane osobowe Pana/Pani przetwarzane będą na podstawie art. 23 i następnych ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w celu udokumentowania stanu zdrowia Pana/Pani oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych,
- 3) odbiorcą danych osobowych Pana/Pani mogą być osoby i podmioty wskazane w art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych,
- 4) dane osobowe Pana/Pani przetwarzane będą na podstawie art. 2 oraz art. 49 i następnych ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a w przypadkach, o których mowa w art. 12 i następnych ww. ustawy – na podstawie wskazanych przepisów szczególnych
- 5) dane osobowe Pana/Pani przetwarzane będą w celach weryfikacji jego uprawnień do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także w celach rozliczenia tych świadczeń z podmiotem je finansującym (Starostwo Powiatowe w Żaganiu)
- 6) dane osobowe Pana/Pani nie będą przekazywane do innych podmiotów,
- 7) dane osobowe Pana/Pani będą przechowywane przez okresy, o których mowa w art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych,
- 8) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z zastrzeżeniem jednak zasad gromadzenia i przetwarzania danych w dokumentacji medycznej, o których mowa w rozdziale 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych,
- 9) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO,
- 10) podanie przez Pana/Panią danych osobowych gromadzonych w dokumentacji medycznej jest obowiązkowe.

.....

(*data i podpis pacjenta*)