



Załącznik nr 1
do Uchwały nr 542/159/20
Zarządu Województwa Pomorskiego
z dnia 30.06.2020 roku.

Regionalny Program Polityki Zdrowotnej dotyczący prewencji cukrzycy typu 2

Opracowanie

Departament Zdrowia

Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego

Wersja uwzględniająca uwagi zawarte w Opinii Prezesa
AOTMiT nr 290/2017 z dnia 16 października 2017 r. oraz
opinię zawartą w piśmie numer OT.0712.4.2020.JS.2 z dnia
19.06.2020 r.

2020

Spis treści

GRUPA EKSPERCKA	3
I. Streszczenie.....	4
II. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO.....	6
1. Problem zdrowotny.....	6
2. Epidemiologia.....	12
3. Populacja podlegająca jst i populacja kwalifikująca się do włączenia do Programu.....	25
4. Obecne postępowanie.....	28
5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu.....	32
III. CELE PROGRAMU.....	33
1. Cel główny.....	33
2. Cele szczegółowe.....	33
3. Oczekiwane efekty.....	34
4. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu.....	34
IV. ADRESACI PROGRAMU.....	35
1. Oszacowanie populacji której włączenie do programu jest możliwe.....	35
2. Tryb zapraszania do Programu.....	36
V. ORGANIZACJA PROGRAMU.....	37
1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne.....	37
2. Planowane interwencje.....	40
3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników.....	43
1) Kryteria kwalifikujące uczestników.....	43
2) Kryteria wykluczające osoby z Programu.....	43
4. Zasady udzielania świadczeń w ramach Programu.....	43
5. Sposób powiązania działań Programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.....	44
6. Spójność merytoryczna i organizacyjna.....	45
7. Sposób zakończenia udziału w Programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników Programu, jeżeli istnieją wskazania.....	45
8. Bezpieczeństwo planowanych interwencji.....	46
9. Kompetencje/warunki i niezbędne do realizacji Programu.....	46
10. Dowody skuteczności planowanych działań.....	47
VI. KOSZTY.....	66
1. Koszty jednostkowe Programu.....	66
2. Koszty całkowite Programu.....	68
3. Źródła finansowania.....	68
4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne ..	68
VII. MONITOROWANIE I EWALUACJA.....	69
1. Ocena zgłaszalności do Programu.....	69
2. Ocena jakości świadczeń w Programie.....	70
3. Ocena efektywności Programu.....	70
4. Ocena trwałości efektów Programu.....	70
BIBLIOGRAFIA.....	94
Dokumenty programowe.....	98
Spis tabel.....	99
Załączniki.....	100

Program został opracowany na podstawie zleconej przez Samorząd Województwa Pomorskiego „**Diagnozy potrzeb województwa pomorskiego w obszarze realizacji projektów zdrowotnych w zakresie chorób cywilizacyjnych – cukrzyca typu 2**”

Program „Regionalny Program Polityki Zdrowotnej dotyczący prewencji cukrzycy typu 2” został opracowany przez Województwo Pomorskie we współpracy z grupą ekspercką składającą się ze specjalistów z zakresu diabetologii oraz samorządowców realizujących zbieżne tematycznie programy, na czele z Panem Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie Diabetologii **dr n. med. Bogumiłem Wolnikiem**.

Autor: Agnieszka Stecz Departament Zdrowia UMWP

GRUPA EKSPERCKA

<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Instytucja</i>
dr n. med. Bogumił Wolnik	Konsultant Wojewódzki ds. diabetologii
dr med. Elżbieta Orłowska - Kunikowska	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
lek. Jolanta Wierzbicka	Departament Zdrowia UMWP
Katarzyna Lewińska	Urząd Miasta Gdańsk
Małgorzata Jarystow	Urząd Miasta Słupsk
Barbara Sinkiewicz	Powiat Tczewski
Beata Biełacka	Powiat Pucki
prof. Jacek Bigda	Reprezentant Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych
dr Marek Jankowski	Reprezentant Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych
lek. Andrzej Zapaśnik	NZOZ Baltimed
dr Beata Szczodrak-Kosno	Sp. Copernicus- Szpital św. Wojciecha

I. Streszczenie

Cele Programu	Zmniejszenie zachorowalności (zapadalności) na cukrzycę typu 2. mieszkańców województwa pomorskiego w wieku 35-64 w trakcie realizacji Programu.
Problem zdrowotny	Cukrzyca jest chorobą przewlekłą, na którą w Polsce choruje ok. 2,73 mln osób i liczba ta stale wzrasta. Aż 26% chorych z cukrzycą nie wie o swojej chorobie , ponieważ przez długi czas może ona nie dawać dolegliwości. Przebieg cukrzycy typu 2. jest przez bardzo długi okres bezobjawowy. Typowe objawy kliniczne, jak polidypsja (wzmoczone pragnienie), poliuria (częste oddawanie moczu w dużych ilościach), polifagia (wzmoczony apetyt), utrata masy ciała, osłabienie i inne, towarzyszą znacznemu stopniowi hiperglikemii, która pojawia się w dość zaawansowanym stadium rozwoju choroby. Brak jakichkolwiek dolegliwości powoduje zbyt późne rozpoznawanie cukrzycy, a chwili jej stwierdzenia około 50 % osób (wg. badania UKPDS) obecne są przewlekłe powikłania naczyniowe.
Populacja docelowa	<p>Osoby w wieku w wieku aktywności zawodowej w wieku 35-64, dotychczas nieleczone z powodu cukrzycy typu 2., w ciągu jednego roku przed przystąpieniem do Programu nie wykonywały badań przesiewowych w kierunku cukrzycy (OGTT) i w ankiecie FINDRISK uzyskały 12 punktów i więcej oraz bez względu na wynik ankiety osoba w wieku 45 i więcej.</p> <p>Wśród osób w wieku aktywności zawodowej wskazano na grupę, którą przede wszystkim należy objąć wsparciem tj. w wieku 35-64 w związku z danymi epidemiologicznymi oraz wskazaniem grupy eksperckiej co do grupy docelowej przedmiotowego Programu.</p> <p>Ankieta FINDRISK: min 270 000 w skali województwa (ZIT 180 900, poza ZIT 89 100)</p> <p>Badanie przesiewowe: min 30 000 osób w tym 20 000 ZIT, 10 000 poza ZIT</p> <p>Kompleksowy program edukacyjny: min 5 000 osób (osoby z wykrytym stanem przedcukrzycowym) 3 333 ZIT, 1 667 poza ZIT</p>
Interwencje	<ul style="list-style-type: none">➤ Akcja informacyjno-edukacyjna➤ Kwalifikacja do programu <p>Wstępna kwalifikacja będzie odbywała się na podstawie wyników ankiety FINDRISK oraz badania przesiewowego (OGTT lub glikemii na czczo)</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Włączenie do dalszego etapu przez kadrę medyczną

	<p>➤ Realizacja kompleksowego programu edukacyjnego</p> <p>Program zakłada cykl szkoleń indywidualnych oraz grupowych dla uczestników Programu.</p> <p>Przygotowane zostaną materiały edukacyjne: np. dzienniczek pacjenta, w którym uczestnik będzie mógł notować i porównywać wyniki swoich badań, wykonywane ćwiczenia oraz inne informacje, które posłużą mu do budowania nowego schematu funkcjonowania w życiu codziennym, płyta multimedialna z filmem prezentującym, jak należy wykonywać ćwiczenia w warunkach domowych, książka kucharska, itd.).</p> <p>Kompleksowy program edukacyjny ma na celu zmianę szkodliwych nawyków żywieniowych i poprawę aktywności fizycznej wśród uczestników.</p>
<p>Oczekiwane efekty Programu</p>	<p>➤ Ocena efektów i zakończenie Programu.</p> <hr/> <p>➤ Wzrost zgłaszalności mieszkańców województwa pomorskiego w wieku 35-64 na badania przesiewowe w kierunku cukrzycy typu 2.</p> <p>➤ Oszacowanie stopnia wykrywalności osób ze stanem przedcukrzycowym w trakcie realizacji Programu.</p> <p>➤ Zmiana nieprawidłowych nawyków żywieniowych u 40% uczestników Programu w ciągu trwania Programu.</p> <p>➤ Zwiększenie aktywności fizycznej do wartości rekomendowanych u 40 % uczestników na przestrzeni trwania Programu.</p> <p>➤ Redukcja o co najmniej 5% masy ciała oraz obwodu pasa u co najmniej 1/3 osób uczestniczących w Programie (u osób z nadwagą lub otyłością).</p> <p>➤ Obniżenie wartości glikemii w badaniu przesiewowym (OGTT lub badaniu glikemii na czczo) po 1 roku interwencji</p> <p>➤ Zmniejszenie liczby osób nieświadomych cukrzycy w trakcie realizacji Programu.</p> <p>Zasadniczym efektem Programu będzie zmniejszenie liczby nowych przypadków cukrzycy typu 2. wśród osób ze stanem przedcukrzycowym oraz wykrywanie nowych przypadków cukrzycy typu 2. w celu podjęcia jak najszybszego leczenia (ścieżka poza Programem).</p>
<p>Wartość dodana</p>	<p>➤ Edukacja zdrowotna prowadzona przez multidyscyplinarny zespół – stanowi wartość dodaną do Programu, zaś wiedza zdobyta i odpowiednio utrwalona przez uczestników może pozytywnie oddziaływać na ich zachowania w życiu codziennym.</p> <p>➤ Materiały edukacyjne przygotowane pod nadzorem specjalistów stanowiące uzupełnienie edukacji zdrowotnej i dające możliwość samokształcenia w warunkach domowych.</p> <p>➤ Rola koordynatora pacjenta, który motywuje, kontroluje i opiekuje się pacjentem w ramach Programu.</p> <p>➤ Zajęcia w godzinach popołudniowych i w soboty – dostosowane do potrzeb uczestników Programu.</p> <p>➤ Instruktarz oraz materiały edukacyjne do indywidualnych ćwiczeń w domu.</p>

	➤ Promocja aktywności fizycznej.
Okres realizacji Programu	4 lata
Budżet Programu	Program będzie realizowany poprzez projekty dofinansowane ze środków RPO WP 2014-2020
Kontynuacja/trwałość Programu	Program zostanie poddany ewaluacji. Program został stworzony w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych – zgodnie z art. 48a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.).

II. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

1. Problem zdrowotny

W 1923 r. kanadyjscy badacze otrzymali Nagrodę Nobla za odkrycie insuliny – leku, który doprowadził do przełomu w leczeniu cukrzycy i na zawsze zmienił sytuację dotkniętych nią osób. W kolejną rocznicę tych wydarzeń powstrzymanie cukrzycy nadal jest jednym z największych globalnych wyzwań.

Już ponad 371 milionów ludzi na świecie cierpi z powodu cukrzycy. Chorobowość w skali globalnej kształtuje się na poziomie 8,3 %, nieco niższa jest w Europie i wynosi 6,7 %.

W XXI wieku żadnemu z państw na świecie nie udało się zmniejszyć liczby osób z cukrzycą. Niektórym krajom rozwiniętym udaje się powstrzymać szybkość rozprzestrzeniania się choroby, jednak według danych Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (IDF) większość regionów notuje systematyczny wzrost zachorowań. W 1980 r. liczba osób z cukrzycą na świecie wynosiła 153 mln. Blisko 30 lat później – w 2008 – statystyki mówiły już o 347 mln. IDF prognozuje dalszy wzrost liczby diabetyków do 552 mln w 2030 roku.

Tak szybkie rozprzestrzenianie się cukrzycy wynika z dwóch czynników: niezdrowego trybu życia oraz wciąż zbyt niskiej świadomości choroby w społeczeństwach, co przekłada się negatywnie na profilaktykę i wczesną diagnostykę. Według szacunków IDF u połowy chorych na świecie cukrzyca nadal pozostaje nierozpoznana. Tylko w Europie szacuje się tę liczbę na 21,2 mln. Dane zawarte w IDF Diabetes Atlas 6th Edition pokazują, że w Polsce żyje 3,082 mln dotkniętych cukrzycą, z których 1,105 mln osób (29%) jeszcze nie wie, że na nią choruje. W tej grupie nie podejmuje się żadnych działań terapeutycznych. Do rozpoznania choroby dochodzi najczęściej wtedy, gdy pojawiają się pierwsze powikłania. Stopień rozwoju cukrzycy jest już wtedy na tyle poważny, że prowadzi do dotkliwych konsekwencji zdrowotnych.

Zgodnie z obowiązującą definicją Światowej Organizacji Zdrowia WHO¹ „cukrzyca” to termin używany na określenie grupy chorób metabolicznych charakteryzujących się hiperglikemią, która wynika z defektu wydzielania i/lub działania insuliny. Przewlekła hiperglikemia powoduje zaburzenie czynności, uszkodzenie i niewydolność różnych narządów, wśród których najważniejsze to: oczy, nerki, nerwy, naczynia krwionośne i serce. Przewlekłe powikłania cukrzycy to retinopatia cukrzycowa mogąca doprowadzić do utraty wzroku, nefropatia związana z ryzykiem progresji do niewydolności

¹ World Health Organization, *Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications: Report of a WHO Consultation. Part 1. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus.*, Geneva, World Health Org., 1999, str. 2.

nerek, neuropatia zwiększająca ryzyko wystąpienia owrzodzenia stóp, amputacji, oraz neuropatia wegetatywna, która wiąże się m.in. z zaburzeniami czynności seksualnych. Pacjenci chorujący na cukrzycę mają szczególne predyspozycje do zachorowania na choroby sercowo-naczyniowe, choroby naczyń mózgowych i naczyń obwodowych.

Cukrzyca jest zaburzeniem metabolicznym o etiologii wieloczynnikowej, charakteryzującym się przewlekłą hiperglikemią, której towarzyszą zaburzenia gospodarki węglowodanowej, lipidowej i białkowej, wywołane niedostatecznym uwalnianiem insuliny i/lub niedostatecznym efektem jej działania. **W cukrzycy typu 1** spowodowane jest to całkowitym brakiem produkcji endogennej insuliny przez wyspy trzustkowe, natomiast **w cukrzycy typu 2. podwyższenie stężenia glukozy zależy od kombinacji predyspozycji genetycznych, braku aktywności fizycznej, nieprawidłowej diety oraz wzrostu masy ciała z zaznaczoną brzuszną dystrybucją tkanki tłuszczowej.**

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą, na którą w Polsce choruje ok. 2,73 mln osób i liczba ta stale wzrasta. Aż 26% chorych z cukrzycą nie wie o swojej chorobie, ponieważ przez długi czas może ona nie dawać dolegliwości. Przebieg cukrzycy typu 2. jest przez bardzo długi okres bezobjawowy. Typowe objawy kliniczne jak: polidypsja (wzmoczone pragnienie), poliuria (częste oddawanie moczu w dużych ilościach), polifagia (wzmoczony apetyt), utrata masy ciała, osłabienie i inne, towarzyszą znacznemu stopniowi hiperglikemii, która pojawia się w dość zaawansowanym stadium rozwoju choroby. Brak jakichkolwiek dolegliwości powoduje zbyt późne rozpoznawanie cukrzycy, a w chwili jej stwierdzenia u około 50 % osób (wg. badania UKPDS) obecne są przewlekłe powikłania naczyniowe.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD) w najnowszych „Zaleceniach klinicznych dotyczących postępowania u chorych na cukrzycę 2017” wskazuje następujące zasady rozpoznawania zaburzeń gospodarki węglowodanowej:

- 1) oznaczenie stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej (glikemia przygodna) w chwili stwierdzenia występowania objawów hiperglikemii — jeśli wynosi ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l), wynik ten jest podstawą do rozpoznania cukrzycy;
- 2) przy braku występowania objawów lub przy współistnieniu objawów i glikemii przygodnej $< 11,1$ mmol/l należy 2-krotnie (każde oznaczenie należy wykonać innego dnia) oznaczyć glikemię na czczo; jeśli glikemia 2-krotnie wyniesie ≥ 126 mg/dl ($\geq 7,0$ mmol/l) — rozpoznaje się cukrzycę;
- 3) przy braku występowania objawów hiperglikemii i przygodnej glikemii ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) należy oznaczyć glikemię na czczo i jeżeli wynosi ona ≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l), rozpoznaje się cukrzycę;
- 4) jeśli jednokrotny lub dwukrotny pomiar glikemii na czczo wyniesie 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l), a także wówczas, gdy przy glikemii na czczo poniżej 100 mg/dl (5,6 mmol/l) istnieje uzasadnione podejrzenie nieprawidłowej tolerancji glukozy lub cukrzycy, należy wykonać doustny test tolerancji glukozy (OGTT, oral glucose tolerance test);
- 5) OGTT należy wykonywać bez wcześniejszego ograniczania spożycia węglowodanów, w godzinach porannych u osoby będącej na czczo, wypoczętej, po przespanej nocy; dwugodzinny okres między wypiciem roztworu zawierającego 75 g glukozy a pobraniem próbki krwi osoba badana powinna spędzić w miejscu wykonania testu, w spoczynku; wszystkie oznaczenia stężenia glukozy powinny być wykonywane w osoczu krwi żyłnej, w laboratorium;

- 6) w przypadku konieczności wykonania OGTT u osoby z nietolerancją glukozy (tj. stanem przedcukrzycowym) przyjmującej z tego powodu metforminę należy przerwać jej stosowanie na co najmniej tydzień przed dniem, w którym przeprowadzony zostanie OGTT;
- 7) preferowaną metodą diagnostyki zaburzeń tolerancji węglowodanów jest wykonywanie OGTT.

Nie należy stosować do celów diagnostycznych oznaczeń glikemii wykonywanych przy użyciu glukometrów.

W związku z zaleceniami PTD, badanie przesiewowe należy przeprowadzić za pomocą oznaczenia glikemii na czczo (FPG, fasting plasma glucose) lub testu tolerancji (OGTT) z użyciem 75 glukozy.

Doustny test obciążenia glukozą (OGTT), jest bardziej czuły w przypadku diagnozy stanów przedcukrzycowych niż badanie FPG, w związku z czym w programie zdecydowano się na wybór OGTT jako badania przesiewowego.

OGTT zostało w programie wskazane jako test przesiewowy pierwszego wyboru. W przypadku braku zgody pacjenta na wykonanie testu OGTT można zaproponować alternatywną metodę polegającą na oznaczeniu glikemii na czczo. Realizator zapewni pacjentowi pełną informację o zaletach i wadach ww. testów diagnostycznych w celu podjęcia wyboru, przy czym realizator ma obowiązek zalecać w pierwszej kolejności test OGTT.

Zgodnie z Programem, zakwalifikowani uczestnicy zostaną skierowani do laboratorium celem wykonania badania przesiewowego.

Badanie przesiewowe polegające na wykonaniu testu OGTT zostało uwzględnione w innych analogicznych regionalnych programach polityki zdrowotnej i spotkało się z pozytywną opinią Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (np. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 8/2017 z dnia 16 stycznia 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej wczesnego wykrywania oraz zapobiegania rozwojowi cukrzycy i jej powikłaniom wśród osób w wieku aktywności zawodowej zamieszkujących teren województwa lubuskiego”).

W naturalnej historii cukrzycy wyróżnia się okres zwiększonego ryzyka powstawania cukrzycy oraz okres stanu przedcukrzycowego. Zwiększone ryzyko cukrzycy dotyczy wszystkich osób, w których genotypie od początku życia osobniczego występują nieprawidłowości predysponujące do powstania cukrzycy. Stan przedcukrzycowy stwierdza się u osób ze zwiększeniem glikemii na czczo w granicach 100-125 mg/dl lub z wartościami glikemii w 2 h po doustnym podaniu testowej dawki 75,0 g glukozy w granicach 140-199 mg/dl. Te wartości glikemii mogą już łączyć się z różnymi, przeważnie utajonymi, zaburzeniami klinicznymi lub metabolicznymi (biochemicznymi).

Do zmian naczyniowych, zwiększenia ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego może dochodzić już we wczesnym okresie zaburzeń, kiedy hiperglikemia nie spełnia jeszcze kryteriów rozpoznania cukrzycy i określana jest **stanem przedcukrzycowym**. Dlatego tak ważne jest wykrywanie zaburzeń, jako najistotniejszego czynnika umożliwiającego wdrażanie skutecznych działań mających na celu zahamowanie progresji choroby i zapobieganie jej przewlekłym powikłaniom.

Bezobjawowy okres trwania choroby sprawia, że jest ona wykrywana przypadkowo w trakcie badań kontrolnych bądź wystąpienia powikłań – zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu, ciężkiej infekcji czy osłabionego widzenia. Mówiąc o przewlekłych powikłaniach cukrzycy, najczęściej rozważa się mikroangiopatię wynikającą bezpośrednio z hiperglikemii, zapominając o makroangiopatii będącej główną przyczyną zgonów chorych na cukrzycę.

Choroba niedokrwienna serca (ChNS) jest główną przyczyną zgonu chorych na cukrzycę. U osób dorosłych chorujących na cukrzycę występuje do czterech razy wyższe ryzyko wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego w porównaniu z osobami nieobciążonymi tą chorobą. **Zarówno sama cukrzyca, jak i współistniejące z nią dyslipidemia i nadciśnienie tętnicze są czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Palenie tytoniu jest kolejnym czynnikiem niekorzystnie wpływającym na występowanie powikłań w cukrzycy. W ostatnich latach coraz większą uwagę zwraca się również na wpływ otyłości w tej grupie chorych.**

Na podstawie 5-letniej obserwacji populacji chorych ze świeżo rozpoznaną cukrzycą w 3 krajach (Anglii, Danii i Holandii) w praktykach lekarzy rodzinnych (w ramach badania ADDITION) stwierdzono, że u pacjentów z cukrzycą typu 2. występowały podwyższone wartości potencjalnie modyfikowalnych czynników ryzyka chorób serca. Było to nadciśnienie tętnicze i podwyższone wartości cholesterolu, w większości przypadków dotychczas nieleczone lub leczone niewłaściwie, bez osiągnięcia wartości referencyjnych dla danego przypadku². Wspomniana praca dowodzi, że prowadzenie badań przesiewowych w kierunku cukrzycy w praktykach lekarzy rodzinnych pozwala na identyfikację osób z cukrzycą typu 2., u których występuje podwyższone ryzyko choroby niedokrwiennej serca. Ryzyko to może zostać obniżone poprzez wprowadzenie intensywnych zmian stylu życia i prowadzenie odpowiedniej farmakoterapii.

Drugim znaczącym powikłaniem o typie makroangiopatii u chorych na cukrzycę jest udar mózgu. Udar mózgu współistniejący z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej rozpoznawany jest często. U około 25% chorych z udarem mózgu występuje cukrzyca, która stwierdzana jest w coraz większej liczbie przypadków³. Ma to związek z rosnącą „pandemią” cukrzycy na świecie. Ryzyko względne udaru u chorych na cukrzycę waha się od 1,8 do 6,0, przy czym jest wyższe u kobiet (średnio: 5,8) niż u mężczyzn (średnio: 4,1)⁴.

Bardzo ważnym elementem w zapobieganiu występowania udaru mózgu jest tzw. profilaktyka pierwotna, dotycząca modyfikowalnych czynników ryzyka. Do najważniejszych należą: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zaburzenia metabolizmu lipidów, otyłość, mała aktywność fizyczna, styl życia, palenie tytoniu i alkohol⁵.

Dieta jest elementarnym składnikiem całego procesu terapeutycznego u chorych na cukrzycę. W terapii zarówno cukrzycy typu 1, jak i typu 2, cukrzycy ciąży oraz stanów przedcukrzycowych, do których należy nieprawidłowa glikemia na czczo i upośledzona tolerancja glukozy, dieta stanowi nieodłączny element pozwalający na osiągnięcie wyrównania metabolicznego i utrzymania normoglikemii. Jest czynnikiem opóźniającym powstawanie i progresję powikłań tej przewlekłej choroby poprzez utrzymanie normoglikemii. Odgrywa także kluczową rolę w prewencji cukrzycy i opóźnia przejście nieprawidłowej tolerancji glukozy w pełnoobjawową chorobę.

² Sandbaek A., Griffin S.J., Rutten G., Davies M., Stolk R., Khunti K. i wsp.: Stepwise screening for diabetes identifies people with high but modifiable coronary heart disease risk. The ADDITION study. *Diabetologia* 2008; 51:1127-1134.

³ Wild A., Roglic G., Green A., Sicree R., King H.: Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004;27:1047-1053.

⁴ Megherbi S.E., Milan C., Minier D., Couvreur G., Osseby G.V., Tilling K.: Association between diabetes and stroke subtype on survival and functional outcome 3 months after stroke: data from the European BIOMED Stroke Project. *Stroke* 2003;34(3):688-694.

⁵ UK Prospective Diabetes Study Group: Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *BMJ* 1998;317:703-712.

Nieprawidłowe odżywianie i brak ruchu przyczyniają się do rozwoju cukrzycy, natomiast właściwa dieta, normalizacja masy ciała i wysiłek fizyczny odgrywają zasadniczą rolę w walce z nią^{6,7}.

Prawidłowa dieta u chorych na cukrzycę typu 2. jest bardzo istotna. Podstawowym zadaniem diety w tej grupie chorych jest zarówno utrzymanie wyrównania metabolicznego (glikemia, lipidy), jak i utrzymanie, a w wielu przypadkach redukcja masy ciała. Zmiana nawyków żywieniowych jest konieczna u większości tych chorych. Dotyczy to składu jakościowego posiłków, ilości spożywanych produktów, częstości i pór spożywania posiłków.

Istnieje kilka celów leczenia dietetycznego w cukrzycy. Wśród głównych celów wymienia się utrzymywanie:

- prawidłowych lub bliskich normy stężeń glukozy, zarówno na czczo, jak i poposiłkowych, celem zapobiegania powikłaniom cukrzycy,
- właściwych (referencyjnych) stężeń lipidów i lipoprotein w surowicy,
- właściwych (zalecanych dla osób chorych na cukrzycę) wartości ciśnienia tętniczego, co redukuje ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych,
- prawidłowej masy ciała; w przypadku istniejącej nadwagi lub otyłości dążenie do redukcji masy ciała.

Rekomendacje terapeutyczne towarzystw naukowych: Roboczej Grupy ds. Cukrzycy i Żywnienia Europejskiego Towarzystwa Badań nad Cukrzycą (European Association Study of Diabetes – EASD), Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego (American Diabetes Association – ADA), Amerykańskiego Towarzystwa Endokrynologicznego (American Endocrine Society – AES), Kanadyjskiego Towarzystwa Diabetologicznego (Canadian Diabetes Association – CDA) są bardzo podobne i polecają stosowanie zrównoważonej diety.

U większości chorych na cukrzycę typu 2. występuje otyłość lub nadwaga, która jest również czynnikiem ryzyka wystąpienia samej choroby i przewlekłych jej powikłań. Obok braku aktywności fizycznej i czynników genetycznych jest jedną z przyczyn wystąpienia choroby. Z tego powodu tak ważna w terapii cukrzycy jest redukcja masy ciała, a w przypadku prawidłowej wagi – dążenie do jej utrzymania. Leczenie otyłości jest długotrwałe, trudne i wymaga od chorego dużego zaangażowania polegającego głównie na zmianie dotychczasowych przyzwyczajeń i nawyków żywieniowych.

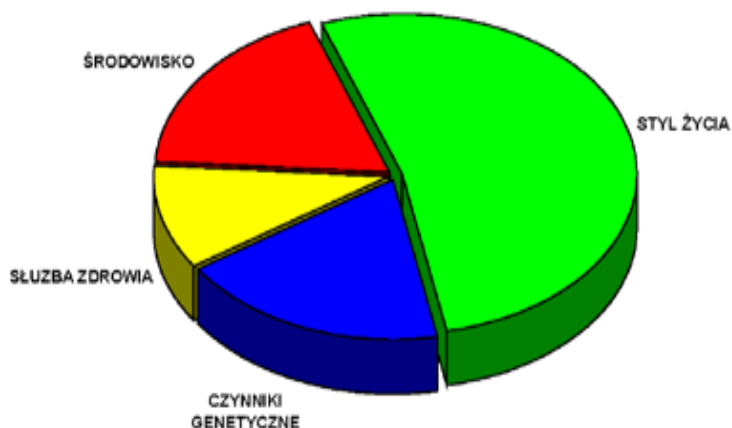
Pacjenci chorzy na cukrzycę, zwłaszcza typu 2, popełniają wiele błędów w stosowaniu zalecanej diety. Najczęstszym z nich jest nieregularność posiłków, pomijanie śniadania bądź jedzenie go zdecydowanie zbyt późno (w godzinach 11:00 – 12:00), zbyt długie przerwy między posiłkami, zbyt obfite tzw. przekąski. Innym błędem dietetycznym jest spożywanie zbyt dużych porcji pokarmów, nawet o właściwym składzie. Kolejnym błędem jest spożywanie produktów zawierających zbyt dużo tłuszczu, a także węglowodanów prostych.

Wczesne rozpoznanie cukrzycy, jej właściwe leczenie, leczenie innych współistniejących zaburzeń metabolicznych może doprowadzić do wydłużenia życia pacjentów i poprawy jego jakości. Nie zależy to jedynie od postępowania lekarskiego, ale sukces można osiągnąć w ścisłej współpracy z pacjentem, który musi być świadomy swojej roli w procesie terapeutycznym.

Wpływ stylu życia na zdrowie człowieka określił M. Lalonde w 1974 r. w koncepcji tzw. pól zdrowia.

⁶ Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę, 2016, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

⁷ American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 2011;34, Supl. 1:23–24



Według koncepcji M. Lalonde wśród czynników, które wpływają na zdrowie człowieka wyróżnia się 4 grupy:

- styl życia – jego udział jest największy (50-60%) i jednocześnie jego zmiana leży w zasięgu możliwości każdego człowieka,
- środowisko – fizyczne oraz społeczne życia i pracy (ok. 20%),
- czynniki genetyczne (ok. 20%),
- służba zdrowia (ochrona zdrowia), która może rozwiązać (10-15)% problemów zdrowotnych społeczeństwa⁹.

Deklaracja Parlamentu Europejskiego z 16 kwietnia 2006 r. oraz rezolucja ONZ z 20 grudnia 2006 r. wskazały cukrzycę jako pierwszą z chorób niezakaźnych za chorobę epidemiczną, uznając ją za światowe zagrożenie. To pokazuje, jak cukrzyca typu 2. stała się istotnym problemem zdrowia publicznego, wymuszającym podejmowanie szeregu inicjatyw w skali międzynarodowej, narodowej i regionalnej. O ile doskonalenie opieki nad pacjentem jest oczywiste i konsekwentnie realizowane, tak profilaktyka i zapobieganie rozprzestrzenianiu się epidemii cukrzycy wymaga podejmowania szeregu działań.

Wyżej wymienione ogólne informacje o interwencjach behawioralnych, które w skuteczny sposób przyczyniają się do redukcji ryzyka rozwoju choroby, wskazują, a tym samym mogą obniżyć, szybko rosnące koszty społeczno-ekonomiczne, jakie pociąga za sobą cukrzyca typu 2, zarówno bezpośrednio – związane z diagnostyką i leczeniem, jak i pośrednio – wynikające ze zwiększonej absencji chorobowej, przedwczesnych rent i utraconej produktywności.

Według raportu „Cukrzyca. Ukryta pandemia. Sytuacja w Polsce. Edycja 2013”, cukrzyca znacząco obciąża budżety narodowe i krajowe systemy opieki. W 2012 wydatki związane z leczeniem cukrzycy na świecie stanowiły 11% wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną. W skali Europy Polska należy do państw, w których wydatki związane z leczeniem cukrzycy w przeliczeniu na osobę należą do jednych z najniższych. Bezpośrednie i pośrednie koszty leczenia cukrzycy typu 2. kształtują się następująco: opieka ambulatoryjna i szpitalna 361 mln zł, refundacja leków 740 mln zł oraz koszty pośrednie 983 mln zł.

⁸ Z. J. Pierożek, *Czynniki warunkujące zdrowie i dbałość ludzi o zdrowie*. UM, Lublin

⁹ P. Goryński, B. Wojtyniak, *Sytuacja zdrowotna ludności polski i Narodowy Program Zdrowia 2006-2015*, Reumatologia 2007, 45/1 (supl. 1): S 5-17.

Jednocześnie leczenie powikłań cukrzycy generuje połowę kosztów całkowitych tej choroby (choroby serca, udary, stopa cukrzycowa, choroba nerek czy choroba oczu). Te koszty można ograniczyć poprzez odpowiednią kontrolę cukrzycy na wczesnym etapie rozwoju choroby, wczesne wykrycie i profilaktykę.

Średnia wartość współczynnika chorobowości na cukrzycę typu 2. w okresie 2013-2015 w województwie pomorskim przekracza średnią wartość tego współczynnika dla Polski, w grupach wieku 35-54 i 55-64 (szczegółowe dane epidemiologiczne w dalszej części dokumentu).

W latach 2013-2015 wartość współczynnika nowych schorzeń z powodu cukrzycy wyniosła w Polsce 509,9. W województwie pomorskim wartość współczynnika była wyższa o 20,1% od wartości współczynnika dla Polski i wyniosła 612,2. Ta wartość współczynnika plasowała województwo pomorskie na 3. miejscu w Polsce pod względem wielkości tego współczynnika.

Dane epidemiologiczne, liczne powikłania choroby, rosnące koszty pośrednie oraz bezpośrednie oraz przeprowadzone badania kliniczne, dostarczające dowodów naukowych o możliwości zapobiegania cukrzycy wskazujące, że wczesne wykrywanie cukrzycy i jej zapobieganie to najefektywniejsza metoda pierwotnej prewencji tej choroby przybierającej formę pandemii, skłoniły Samorząd Województwa Pomorskiego do opracowania i wdrożenia przedmiotowego programu polityki zdrowotnej.

Zapobieganie chorobie o ogólnopopulacyjnym charakterze, w tym także cukrzycy, jest oczywiście zadaniem społecznym. Oznacza to, że jego wykonanie wymaga aktywności wielu grup i sektorów społecznych. System ochrony zdrowia może jedynie uświadamiać społeczeństwu potrzebę takiej akcji, proponować metody i ewentualnie wpływać na mechanizmy społecznej polityki w tym zakresie. Nie jest natomiast w stanie takiej prewencji wykonywać. Problemy pierwotnej prewencji cukrzycy wymagają obecnie opracowania nowych planów, technik i programów.

2. Epidemiologia

Liczne dane epidemiologiczne globalne i regionalnego potwierdzają skalę problemu, jakim staje się cukrzyca typu 2.

Według danych Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (IDF) i Światowej Organizacji Zdrowia WHO na świecie w 2014 NCD Country Profiles 2014) liczba chorych z cukrzycą na świecie kształtowała się na poziomie 422 mln, w Europie 64 mln, zaś w Polsce 3,6 mln. Umieralność globalna w 2012 r. wynosiła 1,5 mln zgonów z powodu cukrzycy, 2,2 mln zgonów z powodu hiperglikemii.

W województwie pomorskim w 2015 r. liczba ludności wynosiła 2 307 710, w tym w wieku produkcyjnym było 1 436 214 mieszkańców. Strukturę ludności w wieku produkcyjnym według płci, miejsca zamieszkania (miasto, wieś) oraz powiatów przedstawia Tabela 1.

Tabela 1. Ludność w wieku produkcyjnym według płci, miejsca zamieszkania oraz powiatów województwa pomorskiego w 2015 r.

Powiat	Ogółem	Miasta			Wieś		
		razem	mężczyźni	kobiety	razem	mężczyźni	kobiety
bytowski	49 889	17 207	9 089	8 118	32 682	17 597	15 085
chojnicki	60 163	34 360	18 081	16 279	25 803	13 987	11 816
człuchowski	36 374	15 860	8 352	7 508	20 514	11 167	9 347
gdański	70 052	18 430	9 364	9 066	51 622	27 137	24 485
kartuski	79 354	13 067	6 765	6 302	66 287	35 108	31 179

Powiat	Ogółem	Miasta			Wieś		
		razem	mężczyźni	kobiety	razem	mężczyźni	kobiety
kościerski	44 408	14 532	7 578	6 954	29 876	16 237	13 639
kwidzyński	53 192	29 807	15 763	14 044	23 385	12 801	10 584
łęborski	41 779	24 627	13 007	11 620	17 152	9 287	7 865
malborski	40 745	27 051	14 328	12 723	13 694	7 418	6 276
nowodworski	23 260	7 209	3 803	3 406	16 051	8 807	7 244
pucki	52 424	17 836	9 459	8 377	34 588	18 322	16 266
stąpski	63 258	12 063	6 486	5 577	51 195	27 841	23 354
starogardzki	80 336	38 257	20 199	18 058	42 079	22 574	19 505
sztumski	27 264	10 100	5 294	4 806	17 164	9 410	7 754
tczewski	72 505	46 267	24 443	21 824	26 238	14 114	12 124
wejherowski	131	76 639	39 987	36 652	54 820	29 185	25 635
m. Gdańsk	281	281 839	146 120	135			
m. Gdynia	149	149 112	77 485	71 627			
m. Słupsk	56 897	56 897	29 775	27 122			
m. Sopot	21 904	21 904	11 454	10 450			
Województwo	1 436	913 064	476 832	436	523	280 992	242 158

Źródło: Opracowanie własne na podstawie GUS. Demografia. Stan i struktura ludności, tablica 5.

Zgodnie z definicją wieku produkcyjnego, stosowaną przez Główny Urząd Statystyczny (GUS), za wiek produkcyjny uznany jest wiek zdolności do pracy, tj. dla mężczyzn grupa wieku 18-64 lata, dla kobiet – 18-59 lat. W województwie pomorskim w 2015 r. w wieku produkcyjnym było 1 436 214 osób, co stanowi 62,4% ogółu mieszkańców, w tym 757 824 mężczyzn i 678 390 kobiet. Ludność w wieku produkcyjnym mieszkająca w miastach to 913 064 osoby (63,57%), mieszkająca na wsiach to 523 150 osób (36,43%). W 10 z 16 powiatów województwa pomorskiego liczba osób w wieku produkcyjnym zamieszkująca na wsiach była większa od liczby ludności w wieku produkcyjnym mieszkającej w miastach. W powiecie kartuskim liczba ludności w wieku produkcyjnym mieszkająca na wsiach była ponad 5,1 razy większa od liczby ludności w wieku produkcyjnym zamieszkałej w miastach. W powiecie słupskim wskaźnik ten wynosi 4,2 razy; w powiecie gdańskim 2,8. Największa zbieżność liczby ludności w wieku produkcyjnym zamieszkałej w miastach z liczbą ludności zamieszkałą na wsiach jest w powiecie starogardzkim – wskaźnik wynosi 1,1 razy. W powiatach: malborskim, tczewskim, lęborskim, wejherowskim, chojnickim i kwidzyńskim liczba ludności w wieku produkcyjnym mieszkająca w miastach jest większa od liczby ludności w wieku produkcyjnym mieszkającej na wsiach, z tym jednak iż proporcje liczby osób mieszkających w miastach w stosunku do liczby osób mieszkających na wsiach są największe: w powiatach: malborskim 2:1 oraz tczewskim 1,8:1 i lęborskim 1,3:1.

Tabela 2. Liczba pracujących w województwie pomorskim (stan w dniu 31.12)¹⁰

Wyszczególnienie	2005		2010		2013		2014		2015	
	ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety
O G Ó Ł E M, w tym:	666	309	744	344	753	360	774	370	798	380
	963	522	874	404	429	283	807	527	217	995
- sektor publiczny	180	-	174	-	171	111	172	112	171	112
	547		289		168	208	179	142	783	699
- sektor prywatny	486	-	570	-	582	249	602	258	626	268
	416		585		261	075	628	385	434	296
Rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo	62 323	23 846	66 408	27 666	66 394	28 084	66 970	28 300	66 982	28 384

Źródło. Opracowanie własne na podstawie Tab. 3 (77) Rocznik Statystyczny Województwa Pomorskiego: 2006, 2011, 2014, 2015, 2016 – str. 135.

Liczba pracujących ogółem w okresie 2005-2015 wzrosła o 131 254 osoby, tj. o 19,68%. W sektorze publicznym liczba pracujących zmalała o 8 764, tj. o 4,85%. Liczba pracujących w sektorze prywatnym zwiększyła się o 140 018, tj. o 28,79%. Liczba pracujących w sektorze rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo w ww. wskazanym okresie zwiększyła się o 4 659, tj. o 7,48%.

o

¹⁰ Dane o pracujących dotyczą osób wykonujących pracę przynoszącą im zarobek lub dochód; do pracujących zalicza się:

- 1) osoby zatrudnione na podstawie stosunku pracy (umowa o pracę, powołanie, mianowanie, wybór lub stosunek służbowy);
- 2) pracodawców i pracujących na własny rachunek, a mianowicie:
 - a) właścicieli, współwłaścicieli i dzierżawców gospodarstw indywidualnych w rolnictwie (łącznie z pomagającymi członkami ich rodzin) z pewnymi wyłączeniami w latach 2005-2009;
 - b) właścicieli i współwłaścicieli (łącznie z pomagającymi członkami ich rodzin; z wyłączeniem wspólników spółek, którzy nie pracują w spółce) podmiotów prowadzących działalność gospodarczą poza gospodarstwami indywidualnymi w rolnictwie,
 - c) inne osoby pracujące na własny rachunek, np. osoby wykonujące wolne zawody;
- 3) osoby wykonujące pracę nakładczą;
- 4) agentów (łącznie z pomagającymi członkami ich rodzin oraz osobami zatrudnionymi przez agentów);
- 5) członków spółdzielni produkcji rolniczej (rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni powstałych na ich bazie oraz spółdzielni kółek rolniczych);
- 6) duchownych pełniących obowiązki duszpasterskie.

Tabela 3. Rzeczywiste współczynniki chorobowości z powodu cukrzycy (E10-E14) /10⁵ w wybranych latach okresu 2005-2015

Województwo	2005			2010			2013			2014			2015		
	Ogółem m (19+)	wiek chorych		Ogółem (19+)	wiek chorych		Ogółem (19+)	wiek chorych		Ogółem (19+)	wiek chorych		Ogółem (19+)	wiek chorych	
		35-54	55-64		35-54	55-64		35-54	55-64		35-54	55-64		35-54	55-64
dolnośląskie	3	2	10 592,3	4 182,2	2	7	4 636,3	2	7	4 719,5	2	8	4 542,3	1	7
kujawsko-	3	2	10 223,0	3 927,9	2	8	4 542,5	2	8	4 662,5	2	8	4 682,8	2	8
lubelskie	3	2	8 912,3	4 931,1	2	9	5 093,7	2	8	5 082,5	2	8	5 965,7	2	9
lubuskie	3	2	10 098,7	4 739,9	2	9	4 945,2	2	8	4 998,3	2	8	4 900,7	2	8
łódzkie	3	2	11 492,5	4 928,3	2	8	5 275,9	3	9	5 025,4	2	8	4 723,9	2	8
małopolskie	2	1	7 181,0	3 275,9	1	6	3 545,8	1	6	3 581,6	1	6	3 852,3	1	6
mazowieckie	3	2	10 465,3	3 652,5	2	7	3 878,8	1	6	4 093,2	1	6	3 748,1	1	6
opolskie	3	2	10 051,1	4 849,2	2	9	4 085,3	1	7	3 595,1	1	6	3 983,7	1	6
podkarpackie	2	1	10 000,3	3 585,8	2	8	3 521,5	1	6	3 364,1	1	6	3 661,7	1	6
podlaskie	2	1	10 192,6	3 531,7	1	7	4 121,7	2	7	4 099,5	2	7	4 553,0	2	7
pomorskie	3	2	11 850,5	3 811,3	2	7	3 968,6	2	7	4 135,4	2	7	3 878,1	1	7
śląskie	2	1	8 864,5	3 957,4	2	7	3 829,5	2	7	3 658,9	1	6	3 693,5	1	6
świętokrzyskie	2	1	8 755,5	4 170,6	2	8	4 612,0	2	8	4 690,0	2	8	4 725,2	2	7
warmińsko-	2	1	11 006,8	3 873,9	2	7	4 645,5	2	8	4 694,4	2	8	4 568,2	2	7
wielkopolskie	2	1	9 586,5	1 949,4	1	4	3 134,4	1	5	2 997,0	1	5	2 681,3	1	4
zachodniopomor	3	2	10 689,2	4 568,8	2	8	4 978,1	2	8	4 697,7	2	7	4 701,6	2	7
Polska	3	2	9 899,5	3 850,4	2	7	4 162,0	2	7	4 137,3	2	7	4 125,0	1	7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CSIOZ

Rzeczywiste współczynniki chorobowości obejmujące populację 19+ w okresie 2005-2015 wzrosły o 37%, z 3 012,0 w 2005 roku do 4 125,0 w 2015 roku. W 2015 roku najwyższa wartość współczynnika chorobowości była w województwach: lubelskim 5 965,7; lubuskim 4 900,7; świętokrzyskim 4 725,2; łódzkim 4 723,9; zachodniopomorskim 4 701,6. Najniższa wartość współczynnika chorobowości była w województwach: wielkopolskim 2 681,3; podkarpackim 3 661,7; śląskim 3 693,5. Największy wzrost współczynnika chorobowości w okresie 2005-2015 miał miejsce w województwach: podlaskim wzrost o 85%; lubelskim wzrost o 77,3%; warmińsko-mazurskim 64,0%.

Średnia wartość współczynnika chorobowości w okresie 2013-2015 w województwie pomorskim przekracza średnią wartość tego współczynnika dla Polski, w grupach wieku 35-54 i 55-64.

Tabela 4. Nowe schorzenia z powodu cukrzycy (E10-E14) w latach 2013-2015

Województwo	Liczba chorych	Współczynnik
łódzkie	13 551,0	658,8
warmińsko-pomorskie	7 509,3	650,4
lubelskie	11 161,3	612,2
lubuskie	10 138,0	584,7
dolnośląskie	13 797,7	577,6
zachodniopomorskie	7 907,0	566,5
małopolskie	15 030,7	560,4
świętokrzyskie	5 657,7	547,7
mazowieckie	22 584,3	527,5
kujawsko-pomorskie	8 496,7	505,6
lubuskie	3 741,3	455,4
podlaskie	4 186,3	433,2
opolskie	3 536,3	426,7
podkarpackie	7 223,7	425,6
śląskie	14 870,7	394,3
wielkopolskie	9 068,0	328,5
Polska	158	509,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CSIOZ

W latach 2013-2015 wartość współczynnika nowych schorzeń z powodu cukrzycy /10⁵ wyniosła w Polsce 509,9. W województwie pomorskim wartość współczynnika była wyższa o 20,1% od wartości współczynnika dla Polski i wyniosła 612,2. Ta wartość współczynnika plasowała województwo pomorskie na 3. miejscu w Polsce pod względem wielkości tego współczynnika. Wyższe niż w województwie pomorskim wartości tego współczynnika były w województwie warmińsko-mazurskim (650,4) oraz w województwie łódzkim (658,8). Najniższe wartości współczynnika były w województwie wielkopolskim (328,5) oraz w województwie śląskim (394,3).

Tabela 5. Hospitalizacje z powodu cukrzycy¹¹ w Polsce i w podziale na województwa w 2014 r.

Województwo	Liczba hospitalizacji (w tys., w tym tryb jednodniowy)	Liczb hospitalizacji /10 ⁵ dorosłych (>18 lat)
dolnośląskie	5,9	243,2
kujawsko-pomorskie	3,8	221,0
lubelskie	4,9	277,2
lubuskie	2,6	311,1
łódzkie	6,7	321,5
małopolskie	7,0	258,0
mazowieckie	10,8	248,3
opolskie	2,4	283,0
podkarpackie	4,6	264,5
podlaskie	2,4	222,5
pomorskie	2,9	158,8
śląskie	9,0	243,3
świętokrzyskie	2,9	275,2
warmińsko-mazurskie	2,3	195,9
wielkopolskie	7,0	248,9
zachodniopomorskie	3,8	266,6

Źródło: Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy dla województwa pomorskiego

W 2014 r. w Polsce było 79 000 hospitalizacji z powodu cukrzycy. W województwie pomorskim było 2 900 hospitalizacji. Liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 000 dorosłych wyniosła 158,8 i był to najniższy współczynnik hospitalizacji /10⁵ wśród wszystkich województw.

Według klasyfikacji ICD-10 cukrzyca (*diabetes mellitus*) obejmuje zakres E10-E14, gdzie:

- E10 Cukrzyca insulinozależna
- E11 Cukrzyca insulinoniezależna
- E12 Cukrzyca związana z niedożywieniem
- E13 Inne określone postaci cukrzycy
- E14 Cukrzyca nieokreślona

¹¹ E10-E15, E66, E78, E74,9

Tabela 6. Rzeczywiste współczynniki zgonów /z powodu 12 głównych przyczyn zgonów w Polsce w 2015 r.

Województwa	Zgony ogółem	I50	I70	C34	I25	I21	I63	I46	J18	R54	C18	J44	E11
		Niewydolność serca	Miażdżyca	Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	Przewlekła choroba niedokrwienna serca	Ostry zawał mięśnia sercowego	Zawał mózgu	Zatrzymanie akcji serca	wywołane przez niezidentyfikowany	Starość	Nowotwór złośliwy jelita grubego inne przewlekłe	obturacyjne choroby nac	Cukrzyca insulinoniezależna
śląskie	1 101,4	143,2	98,6	58,4	44,9	45,1	33,3	4,7	26,8	7,2	22,8	11,1	27,5
pomorskie	912,7	50,2	6,0	67,8	103,5	32,5	33,5	16,6	20,3	0,7	21,7	22,5	24,0
wielkopolskie	954,8	113,4	51,7	57,5	33,7	38,8	30,6	18,8	34,1	47,2	19,0	19,4	22,0
dolnośląskie	1 085,6	139,5	107,5	67,2	53,0	35,1	35,7	21,6	34,1	22,3	21,4	19,7	20,5
warmińsko-mazurskie	960,9	78,7	77,4	71,0	31,5	33,8	18,0	28,2	20,3	23,3	17,3	18,1	16,6
lubuskie	996,2	150,5	60,8	66,1	32,6	34,7	29,4	58,5	15,6	57,5	19,8	12,2	15,6
podlaskie	1 033,6	19,5	40,4	54,3	135,8	26,3	48,1	0,6	29,2	37,0	18,2	22,0	14,9
łódzkie	1 245,9	154,7	97,6	69,3	45,8	38,7	42,5	2,4	44,6	23,5	24,7	23,7	14,8
lubelskie	1 064,6	144,5	121,6	55,4	29,8	25,9	38,0	50,4	28,9	38,5	16,5	19,8	14,7
opolskie	1 048,0	159,2	121,3	45,6	28,8	23,1	19,6	54,4	13,6	43,8	19,2	12,7	14,0
mazowieckie	1 030,4	122,9	20,3	67,1	92,4	50,7	36,5	16,4	41,9	24,1	20,7	21,0	13,7
kujawsko-pomorskie	983,0	164,7	85,8	73,0	21,7	32,6	20,2	82,2	31,4	50,3	19,7	12,1	13,5
podkarpackie	912,8	177,3	103,3	43,1	25,9	24,6	21,8	75,7	21,1	47,3	14,6	9,8	11,8
małopolskie	931,1	3,2	179,8	52,2	135,5	25,6	22,6	4,0	18,3	14,6	18,8	15,6	11,6
świętokrzyskie	1 143,7	223,5	157,1	63,7	26,4	28,5	24,0	74,7	20,1	39,0	21,5	13,6	10,9
zachodniopomorskie	1 007,4	147,9	21,9	71,3	49,4	34,4	25,0	83,3	26,5	6,5	21,2	16,3	10,2
Polska	1 027,0	120,6	82,0	61,7	60,6	35,9	31,0	29,3	29,1	26,7	20,2	17,2	17,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

W 2015 r. w Polsce cukrzyca typu 2. (E11) stanowiła 12. przyczynę zgonów w Polsce, natomiast w województwie pomorskim cukrzyca typu 2. była 6. przyczyną wszystkich zgonów w województwie pomorskim. Wartość rzeczywistego współczynnika zgonów / 10^5 wynosiła 24,0 i była 2. co do wielkości, po województwie śląskim, najwyższą wartością tego współczynnika wśród wszystkich województw oraz była wyższa o 41,2% od wartości tego współczynnika dla Polski. Potwierdza to wysoki, ponadprzeciętny wpływ cukrzycy typu 2. na zgony w województwie pomorskim opisane rzeczywistym współczynnikiem umieralności / 10^5 .

W okresie 2012-2014, w województwie pomorskim wystąpiło 1455 zgonów spowodowanych cukrzycą (E10-E14). Wartość surowych współczynników zgonów / 10^5 , wyniosła w okresie 2012-2014 w skali całego województwa w okresie 2012-2014 - 21,2. **Pomiędzy powiatami województwa pomorskiego istnieje duża różnica w wartości tego współczynnika. Rozpiętość jego wartości zawiera się w przedziale od 11,5/ 10^5 (powiat gdański) do 30,5/ 10^5 (powiat chojnicki).** Rozpiętość wartości rzeczywistego współczynnika umieralności jest prawie trzykrotna (2,7). Mediana współczynnika wynosi 20,8 i jest zbliżona do wartości rzeczywistego współczynnika zgonów dla województwa pomorskiego wynoszącego 20,2. Najniższe wartości współczynnika występują w powiatach: gdańskim 11,5; wejherowskim 15,3; malborskim 15,5; słupskim 15,8; lęborskim 16,6.

Najwyższe zaś wartości współczynnika występują w powiatach: chojnickim 30,5, puckim 29,2; w mieście Sopot 28,9; kwidzyńskim 27,9 oraz starogardzkim 27,0.

Tabela 7. Zgony i współczynniki surowe/10⁵ zgonów z powodu cukrzycy (E10-E14) w powiatach województwa pomorskiego w okresie 2012-2014

L.p.	Nazwa powiatu	Liczba zgonów	Współczynnik surowy 10 ⁵
1.	chojnicki	88	30,5
2.	pucki	71	29,2
3.	m. Sopot	33	28,9
4.	kwidzyński	70	27,9
5.	starogardzki	103	27,0
6.	nowodworski	27	24,7
7.	człuchowski	41	23,9
8.	m. Słupsk	65	22,9
9.	sztumski	29	22,7
10.	kartuski	78	20,9
11.	m. Gdańsk	285	20,6
12.	m. Gdynia	179	20,4
13.	tczewski	66	19,0
14.	kościerski	39	18,3
15.	bytowski	42	17,9
16.	lęborski	33	16,6
17.	słupski	46	15,8
18.	malborski	30	15,5
19.	wejherowski	94	15,3
20.	gdański	36	11,5
	Razem:	1 455	21,2

Źródło: Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy dla województwa pomorskiego

Wpływ cukrzycy na aktywność zawodową pracujących

Absencja chorobowa w pracy

Tabela 8. Liczba osób ubezpieczonych w ZUS, którym w 2015 roku wystawiono zaświadczenie lekarskie¹² z tytułu choroby własnej według wieku, płci oraz wybranych jednostek chorobowych

Wyszczególnienie		Ogółem - Polska						woj. pomorskie					
		Ogółem liczba osób	w tym liczba osób w wieku:					Ogółem liczba osób	w tym liczba osób w wieku:				
			30-39	40-49	50-59	60-64	65 lat i więcej		30-39	40-49	50-59	60-64	65 lat i więcej
E00-E90	OG	74 077	15 683	18 208	22 516	6 421	1 498	3 988	819	1 045	1 184	345	97
	M	30 206	4 766	7 033	10 657	4 280	1 113	1 627	247	383	542	241	75
	K	43 821	10 909	11 164	11 841	2 136	383	2 361	572	662	642	104	22
	re	50	8	11	18	5	2	-	-	-	-	-	-
E10-E14	OG	30 284	4 058	6 797	12 006	4 278	1 037	1 463	171	316	575	222	65
	M	21 537	2 675	4 909	8 477	3 438	874	1 082	118	239	415	192	57
	K	8 722	1 381	1 880	3 522	836	162	381	53	77	160	30	8
	re	25	2	8	7	4	1	-	0	0	0	0	0
E11	OG	19 543	1 591	4 277	9 160	3 356	822	870	70	164	418	162	43
	M	14 443	1 160	3 189	6 515	2 697	692	668	51	130	303	141	38
	K	5 081	430	1 081	2 639	656	129	202	19	34	115	21	5
	re	19	1	7	6	3	1	-	-	-	-	-	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z ZUS Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatycznych.

W 2015 r., ogółem w Polsce, zaświadczenia lekarskie z tytułu choroby własnej *Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych* (E00-E90) wystawiono 74 077 osobom, w tym 30 284 osobom (40,9%) z powodu cukrzycy (E10-E14). Zaświadczenia z powodu cukrzycy typu 2. (E11) otrzymały 19 543 osoby, tj. 64,5% liczby osób z grupy (E10-E14).

W 2015 r., ogółem w województwie pomorskim, zaświadczenia lekarskie z tytułu choroby własnej *Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych* (E00-E90) wystawiono 3 988 osobom, w tym 1 463 osobom (36,7%) z powodu cukrzycy (E10-E14). Zaświadczenia z powodu cukrzycy typu 2. (E11) otrzymały 870 osób, tj. 59,5% liczby osób z grupy (E10-E14).

Zarówno w skali Polski jak i w skali województwa pomorskiego udział liczby osób w wieku 30-64 lat, w grupie która otrzymała zaświadczenia lekarskie z powodu chorób w grupie: (E00-E90) wynosi ok. 85% osób, w grupie chorób (E10-E14) wynosi ok. 89% zaś w cukrzycy typu 2. (E11) udział jest najwyższy i wynosi 94%.

¹² Na podstawie zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy wydanych na druku ZUS ZLA zarejestrowanych w Rejestrze zaświadczeń lekarskich.

Udział liczby kobiet, którym wystawiono zaświadczenie lekarskie w ogólnej liczbie osób, którym wystawiono zaświadczenie lekarskie, wynosił: w grupie (E00-E90) 59%, w grupie (E10-E14) ok 28%, zaś w przypadku E11 udział ten wynosił 26%.

Tabela 9. Liczba dni absencji chorobowej¹⁰ z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według wieku, płci oraz wybranych jednostek chorobowych

Wyszczególnienie		Liczba dni absencji chorobowej - Polska			Liczba dni absencji chorobowej - woj. pomorskie		
		Ogółem	ponoszący koszt absencji		Ogółem	ponoszący koszt absencji	
			pracodawca	ZUS		pracodawca	ZUS
E00-E90	OG	2 006 876	549 163	1 457 713	107 611	34 073	73 538
	M	906 421	214 117	692 304	46 148	12 311	33 837
	K	1 099 598	334 938	764 660	61 463	19 377	42 086
	re	857	108	749	-	-	-
E10-E14	OG	876 755	159 636	717 119	39 204	9 312	29 892
	M	658 716	112 538	546 178	30 707	6 809	23 898
	K	217 512	47 098	170 414	8 497	2 503	5 994
	re	527	-	527	-	-	-
E11	OG	551 628	92 971	458 657	22 427	5 028	17 399
	M	427 177	69 615	357 562	18 131	3 864	14 267
	K	124 066	23 356	100 710	4 296	1 164	3 132
	re	385	-	385	-	-	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z ZUS, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych.

Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS, w grupie chorób (E00-E90) w województwie pomorskim wyniosła 107 611 dni, co stanowi 5,4% liczby dni absencji chorobowej z ww. powodu w skali kraju. W grupie chorób (E10-E14) liczba dni absencji chorobowej w województwie pomorskim wynosi 39 204, co stanowi 4,5% liczby dni absencji chorobowej z ww. powodu w skali kraju. Cukrzyca E11 była powodem 22 427 dni absencji chorobowej w województwie pomorskim co stanowiło 4,1% liczby dni absencji chorobowej w skali kraju.

Tylko w grupie chorób (E00-E90) liczba dni absencji chorobowej kobiet przewyższała liczbę dni absencji chorobowej mężczyzn. W grupie (E10-E14) liczba dni absencji chorobowej mężczyzn była ponad

3-krotnie większa niż liczba dni absencji chorobowej kobiet, zarówno w skali Polski jak i w skali województwa. **Z powodu cukrzycy typu 2. E11 liczba dni absencji chorobowej mężczyzn była 4-krotnie większa niż liczba dni absencji chorobowej kobiet, zarówno w skali Polski jak i w skali województwa.**

Orzeczenia lekarskie ustalające niezdolność do pracy

Tabela 10. Orzeczenia*) pierwszorazowe lekarzy orzeczników ZUS wydane w 2013 r. ustalające stopień niezdolności do pracy i uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego, w tym z jednoczesną potrzebą rehabilitacji leczniczej według płci i wybranych z grupy (E00-E90) jednostek chorobowych

Wyszczególnienie		2010		2013		2015	
		Polska	woj. pomorskie	Polska	woj. pomorskie	Polska	woj. pomorskie
E00-E90	Orzeczenia z tytułu niezdolności do pracy, w tym:	1 084	49	931	34	803	26
	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	29	-	31	2	40	-
	Całkowita niezdolność do pracy	182	12	189	9	174	7
	Częściowa niezdolność do pracy	873	37	711	23	589	19
E10-E14	Orzeczenia z tytułu niezdolności do pracy, w tym:	910	39	760	30	672	24
	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	29	9	30	2	36	-
	Całkowita niezdolność do pracy	149	-	155	7	151	6
	Częściowa niezdolność do pracy	732	30	575	21	485	18
E11	Orzeczenia z tytułu niezdolności do pracy, w tym:	270	8	211	3	226	3
	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	7	-	5	-	13	-
	Całkowita niezdolność do pracy	35	1	45	1	43	-
	Częściowa niezdolność do pracy	228	7	161	2	170	3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z ZUS Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatycznych.

Liczba orzeczeń pierwszorazowych ustalających stopień niezdolności do pracy w latach 2010, 2013, 2015 systematycznie malała – w grupie (E00-E90) o ponad 25%, w grupie (E10-E14) o ponad 26% – w roku 2015 w stosunku do roku 2010. Najmniejszy spadek liczby wydanych orzeczeń w okresie

2010-2015 był z powodu cukrzycy typu 2. (E11) i wynosił ponad 16%. W każdej z wymienionych wyżej grup chorób, częściowa niezdolność do pracy była podstawą wydania ponad 80% liczby wszystkich orzeczeń w poszczególnych grupach chorób.

Tabela 11. Orzeczenia¹³ ponowne lekarzy orzeczników ZUS wydane w latach 2010, 2013, 2015 r., ustalające stopień niezdolności do pracy i uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego, w tym z jednoczesną potrzebą rehabilitacji leczniczej według płci i wybranych z grupy (E00-E90) jednostek chorobowych

Wyszczególnienie		2010		2013		2015	
		Polska	woj. pomorski	Polska	woj. pomorski	Polska	woj. pomorski
E00-E90	Orzeczenia z tytułu niezdolności do pracy, w tym:	10 393	724	8 085	491	6 329	324
	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	528	38	514	30	461	16
	Całkowita niezdolność do pracy	1 686	132	1 272	100	1 088	56
	Częściowa niezdolność do pracy	8 179	554	6 299	361	4 780	252
E10-E14	Orzeczenia z tytułu niezdolności do pracy, w tym:	8 672	615	6 841	409	5 345	275
	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	463	35	480	29	423	15
	Całkowita niezdolność do pracy	1 371	120	1 074	87	899	48
	Częściowa niezdolność do pracy	6 838	460	5 287	293	4 023	212
E11	Orzeczenia z tytułu niezdolności do pracy, w tym:	2 166	71	1 612	38	1 363	24
	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	105	4	102	5	110	1
	Całkowita niezdolność do pracy	318	6	217	10	210	1
	Częściowa niezdolność do pracy	1 743	61	1 293	23	1 043	22

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z ZUS Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych.

Liczba orzeczeń ponownych ustalających niezdolność do pracy istotnie zmalała w okresie 2010-2015, w grupie (E00-E90) o 39% (Polska), o 55% (woj. pomorskie); w grupie (E10-E14) o 38% (Polska), o 55%

¹³ Bez orzeczeń w sprawie renty socjalnej oraz orzeczeń o rentę rodzinną

(woj. pomorskie); cukrzyca typu 2. (E11) spadek o 37% (Polska), o 66% (woj. pomorskie). Liczba ponownych orzeczeń z powodu cukrzycy (E10-E14) stanowiła ponad 83% liczby ponownych orzeczeń w grupie chorób (E00-E90) – (Polska, woj. pomorskie) zaś liczba orzeczeń z powodu cukrzycy typu 2. (E11) stanowiła 24% liczby orzeczeń z powodu cukrzycy (E10-E14) – Polska.

W każdej z wymienionych wyżej grup chorób, częściowa niezdolność do pracy była podstawą wydania ok. 80% liczby wszystkich orzeczeń w poszczególnych grupach chorób.

Tabela 12. Osoby pobierające renty z tytułu niezdolności do pracy^{14,15} wypłacane przez ZUS (stan w grudniu 2015 r.)

Wyszczególnienie	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Ogółem, w tym:	959 157	632 841	326 316
woj. pomorskie	52 836	34 230	18 606

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z ZUS, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych.

W 2015 r. 959 157 osób w Polsce pobierało renty z tytułu niezdolności do pracy. **Liczba mężczyzn pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy była prawie dwukrotnie większa od liczby kobiet pobierających renty.** W stosunku do liczby 1 130 068 osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy w roku 2011, w 2015 r. nastąpiło istotne zmniejszenie liczby osób pobierających renty do 959 157 osób, tj. o ponad 15%.

Wnioski

Na ogólną liczbę 1 436 214 ludności w wieku produkcyjnym w województwie pomorskim, według danych GUS na koniec 2015 r., pracowało łącznie 798 217 osób. Według Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności – BAEL (GUS) pracujących w województwie pomorskim w IV kwartale 2016 r. było 989 000 (różnica między powyższymi danymi wynika z zastosowanych definicji osób pracujących). Pracujący stanowią więc odpowiednio: 55,6% i 68,9% ludności województwa pomorskiego w wieku produkcyjnym (2015 r.). Analogiczne wskaźniki dla Polski wynoszą odpowiednio: 60,4% i 68,0%. Pracujących w województwie pomorskim, według danych GUS, jest mniej o 4,8 punktu procentowego od wielkości wskaźnika pracujących dla Polski.

Jedną z przyczyn niskiej wartości współczynnika pracujących w województwie pomorskim jest brak odpowiedniego stanu zdrowia, w tym z powodu cukrzycy. Około 25% spośród osób niepracujących w wieku 55-64 lata podaje chorobę i niepełnosprawność, jako przyczynę niezdolności do pracy¹⁶.

Średnia wartość współczynnika chorobowości z powodu cukrzycy, w grupach wieku 35-54 i 55-64, w okresie 2013-2015 w województwie pomorskim przekraczała średnią wartość współczynnika dla Polski o około 1%.

¹⁴ Bez świadczeń realizowanych na mocy umów międzynarodowych oraz bez świadczeń pobieranych łącznie ze świadczeniami rolniczymi.

¹⁵ Według miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy.

¹⁶ RPO WP 2014-2020, str. 83

Nowe schorzenia z powodu cukrzycy w latach 2013-2015 wystąpiły w województwie pomorskim u 11 161 chorych (współczynnik /10⁵ wynosi 612,2). Wartość tego współczynnika jest wyższa o 20,1% od wartości współczynnika dla Polski, który wynosi 509,9 /10⁵. Ta wartość współczynnika plasuje województwo pomorskie na 3. miejscu w Polsce.

Pod względem hospitalizacji z powodu cukrzycy (2014 r.) województwo pomorskie charakteryzowało się najniższą wartością współczynnika hospitalizacji spośród wszystkich województw (158,8 /10⁵).

W 2015 r. cukrzyca typu 2. stanowiła 12. przyczynę wszystkich zgonów w Polsce, zaś w województwie pomorskim stanowiła 6. przyczynę wszystkich zgonów.

Wartość rzeczywistego współczynnika zgonów z powodu cukrzycy typu 2. (E11), wynosząca 24,0 /10⁵, jest **druga** co do wielkości wśród wszystkich województw w Polsce i jednocześnie **o 41,2% wyższa** od wartości tego współczynnika dla Polski (17,0 /10⁵).

W województwie pomorskim rzeczywisty współczynnik zgonów /10⁵ z powodu cukrzycy w latach 2012-2014 najwyższy był w powiecie chojnickim (30,5) i puckim (29,2), najniższy zaś w powiecie gdańskim (11,5). Współczynnik dla całego województwa wynosił 21,2 /10⁵.

Cukrzyca (E10-E14) ma bezpośredni wpływ na aktywność zawodową pracujących. W 2015 r. w województwie pomorskim zaświadczenia lekarskie z powodu choroby na cukrzycę (E10-E14) otrzymały 1 463 osoby, zaś z powodu cukrzycy (E11) 870 osób. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu cukrzycy (E10-E14) wyniosła 39 204 dni, zaś z powodu E11 – 22 427 dni. Liczba dni absencji chorobowej kobiet z powodu cukrzycy zarówno w grupie E10-E14, jak i w E11, była ponad 3 razy mniejsza niż liczba dni absencji chorobowej mężczyzn.

W 2015 r. w województwie pomorskim wydano 275 orzeczeń ponownych do celów rentowych z powodu cukrzycy (E10-E14), w Polsce – 5 345 orzeczeń.

W województwie pomorskim jest 52 836 osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy, w tym 34 230 mężczyzn i 18 606 kobiet.

Powyższe dane potwierdzają konkluzję, iż cukrzyca typu 2. w województwie pomorskim wśród ludności w wieku produkcyjnym stanowi istotny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny, zaś w zakresie współczynników zgonów i nowych zachorowań na cukrzycę (E10-E14) województwo pomorskie plasuje się na wysokich pozycjach wśród wszystkich województw.

3. Populacja podlegająca jst i populacja kwalifikująca się do włączenia do Programu

W województwie pomorskim w 2015 r. liczba ludności wynosiła 2 307 710, w tym w wieku produkcyjnym było 1 436 214 mieszkańców. Zgodnie z definicją wieku produkcyjnego stosowaną przez GUS, za wiek produkcyjny uznany jest wiek zdolności do pracy, tj. dla mężczyzn grupa wieku 18-64 lata, dla kobiet – 18-59 lat.¹⁷ W województwie pomorskim w 2015 r. w wieku produkcyjnym było 1

¹⁷ Definicja-<http://stat.gov.pl/metainformacje/sloownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/861,pojecie.html>.

436 214 osób, co stanowi 62,4% ogółu mieszkańców, w tym 757 824 mężczyzn i 678 390 kobiet. Ludność w wieku produkcyjnym mieszkająca w miastach to 913 064 osoby (63,57%), mieszkająca na wsiach to 523 150 osób (36,43%). W dniu 31 grudnia 2015 r. liczba pracujących ogółem w województwie pomorskim wynosiła 798 217 osób, w tym 380 995 kobiet. W stosunku do roku 2005 r. wzrost liczby pracujących ogółem wyniósł 19,68%.

W Badaniu Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) zdefiniowano ludność aktywną zawodowo jako wszystkie osoby w wieku 15 lat i więcej uznane za pracujące lub bezrobotne, przy czym zaliczono wszystkie osoby w wieku 15 lat i więcej.

Ważnym problemem zdrowotnym, w szczególności w wieku aktywności zawodowej, jest cukrzyca wraz z jej powikłaniami oraz stany przedcukrzycowe. Średnia wartość współczynnika chorobowości z powodu cukrzycy (E10-E14) w okresie 2013-2015 przekroczyła w województwie pomorskim średnią wartość tego współczynnika dla Polski, w grupach wieku 35-54 i 55-64 lat. W województwie pomorskim nowe zachorowania z powodu cukrzycy (E10-E14) wyrażone wartością współczynnika nowych schorzeń /10⁵ są o 20,1% wyższe od wartości współczynnika dla Polski, wynosząc odpowiednio

612,2 /10⁵ i 509,9 /10⁵. Ta wartość współczynnika plasowała województwo pomorskie na 3. miejscu w Polsce pod względem wielkości tego współczynnika. Hospitalizacje z powodu cukrzycy w województwie pomorskim, których współczynnik wynosi 158,8 /10⁵ był najniższym wśród wszystkich województw.

W 2015 r. w Polsce cukrzyca typu 2. (E11) stanowiła 12. przyczynę zgonów w Polsce, natomiast w województwie pomorskim cukrzyca typu 2. była 6. przyczyną wszystkich zgonów w województwie pomorskim. Wartość rzeczywistego współczynnika zgonów /10⁵ wynosiła 24,0 i była 2. co do wielkości, po województwie śląskim, najwyższą wartością tego współczynnika wśród wszystkich województw oraz była wyższa o 41,2% od wartości tego współczynnika dla Polski. Potwierdza to wysoki, ponadprzeciętny wpływ cukrzycy typu 2. na zgony w województwie pomorskim opisane rzeczywistym współczynnikiem umieralności /10⁵.

Współczynnik surowy zgonów /10⁵ w skali województwa w okresie 2012-2014 wynosił 21,2, przy dużej rozpiętości wartości tego współczynnika dla poszczególnych powiatów. Najniższy był w powiecie gdańskim 11,5 /10⁵ i prawie 3-krotnie większy w powiecie chojnickim 30,5 /10⁵. Cukrzyca i jej powikłania oraz stany przedcukrzycowe mają istotny wpływ na aktywność zawodową osób w wieku produkcyjnym.

Według raportu „Polska w stanie przedcukrzycowym” (Warszawa, październik 2016, Polpharma) szacunki epidemiologiczne mówią, że liczba osób ze stanem przedcukrzycowym pokrywa się z liczbą chorych. Corocznie u 10 % osób ze stanem przedcukrzycowym rozwija się jawna cukrzyca. Ponadto podwyższone stężenie glukozy może być sygnałem, że osoba ta rozwija tak zwany zespół metaboliczny – grupę nieprawidłowości, które w okresie 5-10 lat prowadzą do powikłań miażdżycowych.

Diagnostyka stanu przedcukrzycowego w teorii jest niezwykle prosta. Wystarczy oznaczenie stężenia glukozy we krwi i odpowiednia interpretacja wyniku. Problemem codziennej praktyki jest zgłaszalność do badań kontrolnych krwi, w tym do oznaczania glikemii u zdrowych osób, które nie mają poczucia zagrożenia chorobą.

Dlatego też Polskie Towarzystwo Diabetologiczne w ślad za rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia zaleca wykonywanie oznaczeń stężenia glukozy co 3 lata u wszystkich osób, które przekroczyły 45 rok życia, zaś co roku w przypadku współistnienia czynników ryzyka cukrzycy.

Według PTD (Zalecenia Kliniczne 2017) niezależnie od wieku, badanie to należy wykonać co roku u osób z następujących grup ryzyka:

- 1) z nadwagą lub otyłością [BMI \geq 25 kg/m² i/lub obwód w talii > 80 cm (kobiety); > 94 cm (mężczyźni)];
- 2) z cukrzycą występującą w rodzinie (rodzice bądź rodzeństwo);
- 3) mało aktywnych fizycznie;
- 4) z grupy środowiskowej lub etnicznej częściej narażonej na cukrzycę;
- 5) u których w poprzednim badaniu stwierdzono stan przedcukrzycowy;
- 6) u kobiet z przebytą cukrzycą ciążową;
- 7) u kobiet, które urodziły dziecko o masie ciała > 4 kg;
- 8) z nadciśnieniem tętniczym (\geq 140/90 mm Hg);
- 9) z dyslipidemią [stężenie cholesterolu frakcji HDL < 40 mg/dl (< 1,0 mmol/l) i/lub triglicerydów > 150 mg/dl (>1,7 mmol/l)];
- 10) u kobiet z zespołem policystycznych jajników;
- 11) z chorobą układu sercowo-naczyniowego.

Zalecenia dotyczące zapobiegania lub opóźnienia wystąpienia cukrzycy, według PTD:

- 1) osoby obciążone wysokim ryzykiem rozwoju cukrzycy typu 2. należy poddać odpowiedniej edukacji na temat zasad zdrowego stylu życia (korzyści zdrowotne związane z umiarkowanym zmniejszeniem masy ciała i regularną aktywnością fizyczną — przynajmniej 150 min. tygodniowo);
- 2) wskazania do wykonania badań przesiewowych;
- 3) pacjentom charakteryzującym się obecnością stanu przedcukrzycowego (IFG lub IGT) należy zalecać zmniejszenie masy ciała i zwiększenie aktywności fizycznej (przynajmniej 150 min tygodniowo). U osób w stanie przedcukrzycowym, zwłaszcza przy współistniejących IFG i IGT, oraz u kobiet po przebytej GDM należy rozważyć prewencję farmakologiczną cukrzycy w postaci stosowania metforminy;
- 4) powtarzanie porad dotyczących zmian stylu życia ma decydujące znaczenie w skuteczności prewencji;
- 5) zaleca się obserwację pacjentów pod kątem występowania innych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego (np. otyłość, palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe) oraz ich leczenia;
- 6) należy unikać, jeżeli to możliwe, leków o działaniu diabetogennym.

Poniżej zasady rozpoznawania zaburzeń gospodarki węglowodanowej, według PTD:

Glikemia przygodna — oznaczona w próbce krwi pobranej o dowolnej porze dnia, niezależnie od pory ostatnio spożytego posiłku.	Glikemia na czczo — oznaczona w próbce krwi pobranej 8–14 godzin od ostatniego posiłku	Glikemia w 120. minucie doustnego testu tolerancji glukozy (OGTT), według WHO
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

<p>≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) – cukrzyca (gdy występują objawy hiperglikemii, takie jak: wzmożone pragnienie, wielomocz, osłabienie)</p>	<p>Stężenie glukozy w osoczu krwi żyłnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 70–99 mg/dl (3,9–5,5 mmol/l) prawidłowa glikemia na czczo • 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l) nieprawidłowa glikemia na czczo (IFG) • ≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l) – cukrzyca* 	<ul style="list-style-type: none"> • < 140 mg/dl (7,8 mmol/l) prawidłowa tolerancja glukozy (NGT) • 140–199 mg/dl (7,8–11,0 mmol/l) nieprawidłowa tolerancja glukozy (IGT) • ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) cukrzyca¹⁸
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Biorąc powyższe dane epidemiologiczne oraz zalecenia m.in. PTD, Program zakłada zidentyfikowanie osób zagrożonych rozwojem cukrzycy, u których nie rozwinęła się jeszcze pełnoobjawowa choroba. Badania przesiewowe skierowano do osób w wieku aktywności zawodowej zwłaszcza 35-64, będących w grupie ryzyka, u których nie rozpoznano jeszcze cukrzycy typu 2. Aby nie powiełać świadczeń gwarantowanych z NFZ, warunkiem uczestnictwa w Programie będzie brak wykonanych badań skriningowych w kierunku cukrzycy u danego uczestnika w okresie jednego roku poprzedzającego jego przystąpienie do Programu.

4. Obecne postępowanie

W roku 2014 w województwie pomorskim, w 34 poradniach diabetologicznych udzielono 159 770 porad 50 250 pacjentom, w wieku 19+. W skali Polski, w 2014 r., w 673 poradniach diabetologicznych udzielono 2 265 190 porad 801 280 pacjentom. Wskaźniki na 10 000 pacjentów poradni diabetologicznych wynoszą: 31 795 województwo pomorskie oraz 28 270 dla Polski (dane dotyczą 2014 r.).

W województwie pomorskim funkcjonowały 2 oddziały diabetologiczne (Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Gdańsku), realizujące świadczenia w ramach umowy z NFZ, gdzie leczono 941 pacjentów przy 1 061 hospitalizacjach. Liczba łóżek na oddziałach diabetologicznych w województwie wynosiła 29. Liczba hospitalizacji na pacjenta wyniosła 1,13¹⁹.

Należy zauważyć, iż w województwie pomorskim hospitalizacje z powodu cukrzycy u dorosłych odbywały się głównie na oddziałach chorób wewnętrznych (61% hospitalizacji). Hospitalizacje te odbywały się w 26 szpitalach w województwie (było to 81% świadczeniodawców sprawozdających hospitalizacje z powodu cukrzycy).

Ogółem w województwie pomorskim w 2014 r. było 2 940 hospitalizacji z powodu cukrzycy²⁰. Liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 000 dorosłych wyniosła 158,8 i był to najniższy współczynnik hospitalizacji /10⁵ wśród wszystkich województw.

W strukturze porad udzielanych pacjentom z analizowaną grupą chorób (E10, E11, E12, E13, E14, E15, E74.9) w województwie pomorskim, 92,40% to porady w poradniach diabetologicznych – bezpośrednio dedykowanych i 7,60% to porady w pozostałych poradniach.

W 2014 r. w województwie pomorskim przypadało 4 700 porad na jedną poradnię diabetologiczną. Jest to jedna z najwyższych w kraju liczba porad przypadających na jedną poradnię.

¹⁸ Do rozpoznania cukrzycy konieczne jest stwierdzenie jednej z nieprawidłowości, z wyjątkiem glikemii na czczo, gdy wymagane jest 2-krotne potwierdzenie zaburzeń; przy oznaczaniu glikemii należy uwzględnić ewentualny wpływ czynników niezwiązanych z wykonywaniem badania (pora ostatnio spożytego posiłku, wysiłek fizyczny, pora dnia)

¹⁹ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa pomorskiego, MZ, str. 414.

²⁰ E10-E15, E66, E78, E74.9.

Tabela 13. Poradnie diabetologiczne w 2014 r. (NFZ)

Województwo	Liczba porad (tys.)	Liczba poradni	Liczba porad na poradnię (tys.)
podlaskie	102,35	20	5,12
pomorskie	159,77	34	4,70
małopolskie	231,71	56	4,14
wielkopolskie	188,35	56	3,36
łódzkie	171,18	53	3,23
warmińsko-mazurskie	70,22	24	2,93
podkarpackie	113,19	39	2,90
lubelskie	104,6	37	2,83
kujawsko-pomorskie	114,98	41	2,80
lubuskie	41,45	15	2,76
śląskie	365,74	134	2,73
zachodniopomorskie	85,89	32	2,68
mazowieckie	270,37	103	2,62
świętokrzyskie	73,14	29	2,52
opolskie	48,50	20	2,42
dolnośląskie	123,75	56	2,21
Polska	2 265,19	749	3,02

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy dla województwa pomorskiego

W 2014 r. w województwie pomorskim przypadało 6 940 porad na 100 000 ludności. Jest to jeden z najwyższych w kraju wskaźników liczby porad na 100 000 ludności.

Tabela 14. Poradnie diabetologiczne – liczba porad na 100 000 ludności (2014 r.)

Województwo	Liczba porad na 100 tys.000 ludności
podlaskie	8 587
śląskie	7 975
pomorskie	6 940
małopolskie	6 879
łódzkie	6 836
świętokrzyskie	5 790
kujawsko-pomorskie	5 502
wielkopolskie	5 424
podkarpackie	5 316
mazowieckie	5 068
zachodniopomorskie	5 007
warmińsko-mazurskie	4 863
lubelskie	4 870
opolskie	4 845
dolnośląskie	4 255
lubuskie	4 063

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy dla województwa pomorskiego

W województwie pomorskim czas oczekiwania na poradę lekarza specjalisty z zakresu diabetologii

jest długi, według *Mapy potrzeb zdrowotnych* mediana czasu oczekiwania na poradę w województwie wyniosła 345 dni (2014 r.).

Aktualnie, według rejestru NFZ, kolejka oczekujących wynosi 1 488 osób, średni ważony czas oczekiwania na wizytę u diabetologa wynosi 64,4 dni, mediana zaś wynosi 52 dni. Powyższe dane oparte o Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne w poradniach diabetologicznych w województwie pomorskim, według stanu na 24 lutego 2017 r. różnią się zasadniczo od analogicznych danych zamieszczonych w *Mapie potrzeb zdrowotnych*, co w znacznej mierze wynika z zastosowanej metody RTT (Referral To Treatment), w której czas oczekiwania był obliczany jedynie dla porad w trybie planowym ze skierowaniem.

W Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne liczba osób oczekujących określona przez świadczeniodawcę na koniec miesiąca sprawozdawczego to liczba osób wpisanych przez świadczeniodawcę na listę oczekujących. W liczbie tej nie są uwzględnione osoby kontynuujące leczenie u danego świadczeniodawcy.

Zakres świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych w przedmiotowym problemie zdrowotnym

Świadczenia gwarantowane w zakresie cukrzycy dotyczą diagnostyki schorzeń, leczenia oraz usprawniania i pielęgnacji pacjenta w chorobie. Zgodnie z Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2016, poz. 86 z późn. zm.), ze środków publicznych finansowane są badania biochemiczne w zakresie zarówno oznaczenia glukozy, testu obciążenia glukozą oraz oznaczenia hemoglobiny glikowanej. Ponadto, w trakcie leczenia osób przewlekle chorych z rozpozną i potwierdzoną diagnostycznie cukrzycą, lekarz POZ monitoruje proces leczenia poprzez zlecenie wykonywania badań diagnostycznych spośród określonych w części IV załącznika nr 1 tego rozporządzenia.

Chorzy na cukrzycę mogą korzystać z poradni diabetologicznej.

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej NFZ wprowadził produkt w postaci kompleksowej opieki nad pacjentem z cukrzycą (KAOS), której celem jest poprawa skuteczności leczenia cukrzycy, w tym zmniejszenia liczby hospitalizacji. Jednym z elementów tej opieki jest edukacja zdrowotna w zakresie cukrzycy. KAOS stanowi formę opieki koordynowanej, tj. świadczeniodawca zapewnia konsultacje okulistyczne, kardiologiczne, neurologiczne, wynikające z ustalonego planu opieki, a także konsultacje chirurgiczne.

W województwie pomorskim w ciągu ostatnich 3 lat były realizowane programy zdrowotne dotyczące m.in. cukrzycy – poniżej wskazano ich przykłady.

Program 6-10-14 dla Zdrowia. W ramach Programu założono objęcie interwencją wszystkich dzieci w wybranych rocznikach, w wieku 6 i 14 lat oraz wybranych grup dzieci w wieku 9-11 lat. Łączna liczba uczestników szacowana jest na 30 000 osób. Spośród włączonych do Programu, około 15% zostanie zaangażowanych do dalszej interwencji, podjętej na rzecz osób z czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych oraz wstępnym rozpoznaniem nadwagi i otyłości.

Program obejmuje:

- przeprowadzenie badań przesiewowych i ankietowych w kierunku czynników ryzyka, stylu życia i zachowań zdrowotnych wśród uczniów 6, 9-11 i 14-letnich;
- wyselekcjonowanie z powyższych grup dzieci z czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych takimi jak: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia odżywiania, zaburzenia depresyjne;
- przeprowadzenie pełnej interwencji edukacyjno-leczniczej u dzieci z wykrytymi problemami zdrowotnymi;
- przygotowanie oraz przeprowadzenie kompleksowego programu edukacyjnego dla dzieci i rodziców (w zakresie diety, aktywności fizycznej, budowania pozytywnych zachowań zdrowotnych);
- przeprowadzenie programu edukacyjnego dla środowiska szkolnego w zakresie nadwagi i otyłości oraz chorób cywilizacyjnych u dzieci.

Program realizowany jest przez Miasto Gdańsk od 2011 r., w 2017 r. rozpoczęto kolejną edycję, która potrwa do 2020 r.

Starostwo Powiatowe w Tczewie w 2016 r. wdrożyło do realizacji program pośrednio zapobiegający cukrzycy pn. **Powiatowy Program Zwalczenia Otyłości i Nadwagi „Czas na zdrowie”**. Realizację programu przewidziano na lata 2016-2020 z możliwością kontynuacji w latach następnych. W programie przewidziano:

- szkolenie dla nauczycieli z zakresu diety i prawidłowego odżywiania dzieci i młodzieży – 85 osób;
- zajęcia i spotkania promujące zdrowy styl życia – dedykowane wszystkim mieszkańcom powiatu – liczba uczestników trudna do oszacowania (uzależniona będzie od rodzaju i charakteru realizowanych zadań);
- wsparcie dietetyczne, fizjoterapeutyczne oraz psychologiczne osób z otyłością (BMI powyżej 30kg/m²) w wieku do lat 18 lub w wieku aktywności zawodowej zamieszkujących na terenie powiatu tczewskiego i deklarujących chęć uczestnictwa w diagnostyce, poradnictwie i zajęciach fizycznych – 450 osób.

Przewidywany koszt programu to 780 000 zł.

Aktualnie w powiecie kartuskim Kaszubskie Centrum Medyczne w Sierakowicach w ramach działalności podstawowej **prowadzi prewencję cukrzycy typu 2. ze środków podstawowej opieki zdrowotnej**. W ramach zawartego kontraktu z NFZ wszystkim pacjentom wykonywane są pomiary glukozy, a w przypadkach nieprawidłowych wyników glukozy na czczo wykonywany jest doustny test obciążenia glukozą.

Kociewskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. od 2013 r. organizuje **Dni Walki z Cukrzycą**. W ramach akcji przygotowywane są punkty pomiaru cukru, gdzie pacjenci mogą bezpłatnie skontrolować cukier oraz uzyskać poradę pielęgniarską. Coroczne stałe punkty dostępne są w Kociewskim Centrum Zdrowia Sp. z o. o. oraz w Starostwie Powiatowym w Starogardzie Gdańskim. W 2016 r. dodatkowe punkty zostały przygotowane w Powiatowym Urzędzie Pracy, I Liceum Ogólnokształcącym oraz PKS Starogard Gdański.

Miasto Pruszcz Gdański w 2012 r. otrzymało pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych o projekcie programu zdrowotnego pn. **"Projekt Miejskiego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Cukrzycy (typu 2.)"**, który był adresowany do mieszkańców gminy miejskiej Pruszcz Gdański – osoby powyżej 45 roku życia lub powyżej 40 roku życia z co najmniej jednym czynnikiem ryzyka (11 271 osób).

Celem programu było:

- wczesne wykrycie cukrzycy, w celu zmniejszenia powikłań oraz obniżenia zachorowalności i umieralności z powodu cukrzycy i jej powikłań;
- obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu cukrzycy poprzez promowanie zdrowego stylu życia.

Przewidziane interwencje:

- wywiad i ocena ryzyka;
- badanie poziomu glukozy we krwi na czczo;
- w zależności od wyniku: skierowanie na konsultacje diabetologiczne lub wydanie zaleceń profilaktycznych.

Nie otrzymano informacji potwierdzającej zrealizowanie tego programu.

Działania i interwencje, które zmniejszają zachorowalność na cukrzycę typu 2., wpływając tym samym na wydłużenie życia w zdrowiu i zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu, obejmują tzw. modyfikację stylu życia poprzez usunięcie bądź ograniczenie modyfikowalnych czynników ryzyka, takich jak: nadwaga, otyłość, zmniejszenie ilości spożywanych tłuszczów (szczególnie nasyconych), spożywanie potraw zawierających węglowodany złożone oraz rozpuszczalne włókno pokarmowe, unikanie lub ostrożne stosowanie leków diabetogennych, zwiększenie aktywności fizycznej, która ma największy wpływ na insulinowrażliwość niezależnie od wpływu na masę ciała. Działania mogą być stosowane razem bądź rozdzielnie, jak np. stosowanie wyłącznie odpowiedniej diety, stosowanie zwiększonego wysiłku fizycznego lub stosowanie jednocześnie obydwu działań, tzn. diety i ćwiczeń fizycznych. Istotną kwestią jest także zaprzestanie palenia tytoniu oraz ograniczenie ilości konsumowanego alkoholu.

Mimo dostępności mieszkańców województwa pomorskiego do diagnostyki i leczenia cukrzycy w ramach NFZ, sytuacja w tym zakresie nie jest dobra. Wysoka liczba nowych zachorowań na cukrzycę w województwie pomorskim świadczy o tym, iż stany przedcukrzycowe nie są w wystarczającym stopniu diagnozowane w ramach świadczeń NFZ, co w efekcie prowadzi do rozwoju cukrzycy wraz z poważnymi jej powikłaniami. W związku z tym realizacja przedmiotowego programu zdrowotnego jest w pełni uzasadniona.

Planowany przez Województwo Pomorskie, w ramach RPO WP na lata 2014-2020, Regionalny Program Polityki Zdrowotnej dotyczący prewencji cukrzycy typu 2. jest pierwszym, w skali województwa, kompleksowym programem z ww. zakresu.

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu

Choroby cywilizacyjne to jeden z największych obecnie problemów zdrowotnych społeczeństw państw wysoko rozwiniętych i krajów szybko rozwijających się, do grona których zalicza się również Polska. Zjawiskami mającymi decydujący wpływ na wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne są niezmiennie: nieustający postęp technologiczny, stres, złe odżywianie, brak ruchu oraz środowisko naturalne. Istotnymi zagadnieniami dotyczącymi chorób cywilizacyjnych są także kwestie prowadzenia odpowiedzialnej profilaktyki i edukacji społeczeństwa w zakresie unikania czynników ryzyka. Istotne jest podnoszenie świadomości zdrowotnej, wprowadzanie zdrowych nawyków żywieniowych, wprowadzenie aktywności fizycznej, wykonywanie systematycznie badań i odpowiednio szybkie reagowanie na pojawianie się niepokojących objawów choroby.

Przedstawiona sytuacja epidemiologiczna i ranga problemu zdrowotnego, związana z dramatycznie szybko narastającą liczbą osób z cukrzycą, wymusza działania mające na celu redukcję zapadalności i chorobowości z jej powodu.

Według raportu „Polska w stanie przedcukrzycowym” szacunki epidemiologiczne mówią, że liczba osób ze stanem przedcukrzycowym pokrywa się z liczbą chorych. Corocznie u 10 % osób ze stanem przedcukrzycowym rozwija się jawną cukrzycę. Ponadto podwyższone stężenie glukozy może być sygnałem, że osoba ta rozwija tak zwany zespół metaboliczny – grupę nieprawidłowości, które w okresie 5-10 lat prowadzą do powikłań miażdżycowych.

Diagnostyka stanu przedcukrzycowego w teorii jest niezwykle prosta. Wystarczy oznaczenie stężenia glukozy we krwi i odpowiednia interpretacja wyniku. Problemem codziennej praktyki jest zgłaszalność do badań kontrolnych krwi w tym do oznaczania glikemii u zdrowych osób, które nie mają poczucia zagrożenia chorobą.

Program będzie skupiał się na badaniach przesiewowych, podniesieniu świadomości i wiedzy społeczeństwa na temat cukrzycy. Przeprowadzenie Programu wczesnego wykrywania i prewencji cukrzycy będzie skutkowało długofalowymi zmianami, ponieważ redukcja modyfikowalnych czynników ryzyka wśród wcześniej zidentyfikowanych osób o szczególnie wysokim prawdopodobieństwie jej rozwoju, to jedynie skuteczny sposób powstrzymania lawinowego wzrostu liczby osób z tą chorobą wśród mieszkańców regionu. Program wpłynie nie tylko na rozwój cukrzycy typu 2, ale zapewne wpłynie również na schorzenia układu krążenia.

Z uwagi na fakt, że Program dedykowany jest osobom w wieku aktywności zawodowej 35-64, będzie prowadził do poprawy sytuacji na rynku pracy poprzez zmniejszenie liczby osób przedwcześnie niezdolnych do pracy zarobkowej, niepełnosprawnych. Zredukuje koszty ponoszone z tytułu absencji chorobowej pracowników, wypłacanych zasiłków i rent, leczenia i rehabilitacji.

Jednocześnie Program będzie stanowił uzupełnienie świadczeń finansowanych z NFZ z uwagi na fakt, że procedury w postaci porad dietetycznych czy z zakresu wysiłku fizycznego nie są finansowane przez NFZ.

III. CELE PROGRAMU

1. Cel główny

Zmniejszenie zachorowalności (zapadalności) na cukrzycę typu 2 mieszkańców województwa pomorskiego w wieku aktywności zawodowej w ciągu 4 lat trwania Programu.

2. Cele szczegółowe

1. Wczesna identyfikacja osób ze stanem przedcukrzycowym oraz chorych na cukrzycę w fazie jej bezobjawowego przebiegu – wzrost wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 poprzez badania przesiewowe
2. Podniesienie świadomości zdrowotnej oraz zwiększenie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych
3. Redukcja czynników ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2
4. Podniesienie wiedzy dotyczącej znaczenia stylu życia dla utrzymania i umacniania zdrowia, (w tym przeciwdziałanie cukrzycy)
5. Zwiększenie poziomu aktywności fizycznej
6. Ograniczenie lub eliminacja błędnych zachowań żywieniowych

7. Redukcja nadmiaru masy ciała u osób z nadwagą i otyłością

3. Oczekiwane efekty

Zasadniczym efektem/ oczekiwaniem Programu będzie zmniejszenie liczby nowych przypadków cukrzycy typu 2. wśród osób ze stanem przedcukrzycowym oraz wykrywanie nowych przypadków cukrzycy typu 2. w celu podjęcia jak najszybszego leczenia (ścieżka poza programem).

- 1) Wzrost zgłaszalności mieszkańców województwa pomorskiego na badania przesiewowe w kierunku cukrzycy typu 2
- 2) Oszacowanie stopnia wykrywalności osób ze stanem przedcukrzycowym w okresie realizacji Programu
- 3) Zmiana nieprawidłowych nawyków żywieniowych u 40 % uczestników programu w ciągu trwania programu (u osób, które ukończyły wszystkie etapy programu profilaktycznego)
- 4) Zwiększenie aktywności fizycznej do wartości rekomendowanych u 40 % uczestników na przestrzeni trwania projektu (u osób, które ukończyły wszystkie etapy programu profilaktycznego)
- 5) Redukcja o co najmniej 5 % masy ciała oraz obwodu pasa u co najmniej 1/3 osób uczestniczących w programie (u osób z nadwagą lub otyłością (BMI powyżej 25 kg/m²))
- 6) Obniżenie wartości glikemii w badaniu przesiewowym po 1 roku interwencji (po przejściu wszystkich etapów programu).
- 7) Zmniejszenie liczby osób nieświadomych cukrzycy w okresie realizacji Programu.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu

- 1) **Wczesna identyfikacja osób ze stanem przedcukrzycowym oraz chorych na cukrzycę w fazie jej bezobjawowego przebiegu – wzrost wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2. poprzez badania przesiewowe.**

Miernik: Zwiększenie identyfikacji osób ze stanem przedcukrzycowym będzie polegała na porównaniu liczby osób ze stanem przedcukrzycowym (R73 w klasyfikacji ICD-10 **R73** nazwa „podwyższone stężenie glukozy, nieprawidłowa krzywa cukrowa) wykrytych na przestrzeni 4 lat przed rozpoczęciem programu w danej jednostce uczestniczącej w projekcie (POZ) i porównanie z liczbą wykrytych w ciągu trwania programu. Np. POZ sprawdza ile wykryto stanów przedcukrzycowych w ciągu 4 lat poprzedzających rozpoczęcie projektu i porównuje to z 4 latami trwania projektu.

Na końcu programu zostanie również oceniona ilość osób u których mimo udziału w programie, u których stwierdzono cukrzycę typu 2 . Analogicznie mierzona identyfikacja osób z cukrzycą typu 2

2) Redukcja czynników ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2

- 1) Podniesienie wiedzy dotyczącej znaczenia stylu życia dla utrzymania i umacniania zdrowia, (w tym przeciwdziałanie cukrzycy)

Miernik: oceniana będzie wiedza uczestnika projektu na podstawie ankiety-testu wiedzy, którą dostaną uczestnicy na początku i na końcu programu

- 2) Zwiększenie poziomu aktywności fizycznej

Miernik: ocena zmiany aktywności fizycznej poprzez porównanie wyników ankiety oceniającej jej poziom przy przystępowaniu do programu i na jego zakończenie. Szczególnie zalecany jest wystandaryzowany Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej IPAQ (Załącznik 7 lub 7a)

- 3) Ograniczenie lub eliminacja błędnych zachowań żywieniowych

Miernik: oceniana będzie na podstawie ankiety _testu np.: „ Ocena poziomu wiedzy pacjenta na temat żywienia i żywności” . Szczególnie zalecany jest wystandaryzowany Kwestionariusz do badania zachowań żywieniowych i opinii na temat żywności i żywienia QEB opracowany przez Zespół Behawioralnych Uwarunkowań Żywienia, Komitet Nauki o Żywieniu Człowieka PAN

4) Redukcja nadmiaru masy ciała u osób z nadwagą i otyłością

Miernik: oceniana będzie efektywność redukcji masy ciała na podstawie pomiaru masy ciała przy włączeniu do projektu i po jego zakończeniu (co najmniej 5 %-w skali roku u osób z nadwagą lub otyłością na podstawie BMI)

IV. ADRESACI PROGRAMU

1. Oszacowanie populacji której włączenie do programu jest możliwe

Regionalny program polityki zdrowotnej zostanie bezpośrednio skierowany do mieszkańców województwa pomorskiego w wieku aktywności zawodowej, przede wszystkim do osób w wieku 35-64, z niezdiagnozowaną cukrzycą typu 2.

Planowany budżet realizacji Programu pozwala na uczestnictwo:

- a) **270 000 osób** wykonujących test FINDRISK (Finnish Diabetes Risk Score)
- b) **30 000 osób** poddanych badaniu przesiewowemu OGTT – test obciążenia glukozą lub badaniu glikemii na czczo (wyłonionych na podstawie punktacji kwestionariusza FINDRISK)
- c) **5 000 osób** udział w kompleksowym programie edukacyjnym (ze stwierdzonym stanem przedcukrzycowym na podstawie badania przesiewowego)

Spośród potencjalnych uczestników, w Programie będą brały udział osoby kwalifikujące się do udziału zgodnie z kolejnością zgłaszania się.

W Programie zostanie zapewnione równe traktowanie uczestników oraz równy dostęp wszystkim mieszkańcom.

Test FINDRISK

Uczestnicy będą kwalifikowani do Programu przy pomocy kwestionariusza FINDRISK. Jest to najczęściej stosowane i rekomendowane narzędzie oceny ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2. Ankieta FINDRISK jest swoistą edukacją, wypełniając ją uczestnik poznaje czynniki ryzyka rozwoju choroby, dlatego tak ważne jest aby ta ankieta dotarła do jak największej liczby mieszkańców.

Do oszacowania liczby uwzględniono liczbę mieszkańców województwa pomorskiego w wieku 35-64 w roku 2015 r. według GUS (951 658 osób) pomniejszoną o liczbę chorujących na cukrzycę w roku 2015 (34 536 osób – wg sprawozdania rocznego MZ 11).

Liczba mieszkańców województwa w wieku 35-64 bez stwierdzonej cukrzycy w roku 2015 r. wynosi 917 122 osób.

Ze względu na ograniczone środki finansowe Programu do oszacowania populacji posłużono

się zgłaszalnością do programów profilaktycznych i promocji zdrowia w województwie pomorskim która kształtuje się na poziomie około 30 %.ⁱ

W związku z powyższym liczba osób wykonujących test FINDRISK została oszacowana na poziomie 270 000 osób.

Badanie przesiewowe

Uczestnicy tego etapu Programu zostaną wyłonieni na podstawie punktacji uzyskanej w kwestionariuszu FINDRISK.

Liczba chorych w roku 2015 w grupie 35-64 wynosiła 34 536 tyś mieszkańców, biorąc pod uwagę, że dane dotyczą również chorych na cukrzycę typu 1, przyjęto, że do programu zostanie włączona **grupa minimum 30 000 pacjentów/uczestników** (wartość zbliżona do liczby chorych na cukrzycę typu 2).

Uczestnictwo w kompleksowym programie edukacyjnym

Planuje się przystąpienie do etapu kompleksowego programu edukacyjnego **5 000 osób** ze stanem przedcukrzycowym stwierdzonym na podstawie przebytego badania przesiewowego .

Stan przedcukrzycowy to pierwszy sygnał zagrożenia wystąpienia jawnej postaci choroby. Corocznie u 10 % osób ze stanem przedcukrzycowym rozwija się jawna cukrzyca typu 2.ⁱⁱ

W związku z zaplanowanymi środkami finansowymi na realizację Programu możemy objąć wsparciem liczbę 5 000 osób (tj. 16,6 % osób poddanych badaniom przesiewowym w Programie).

2. Tryb zapraszania do Programu

1. Zaproszenie do Programu powinno być ściśle powiązane z akcją informacyjno-edukacyjną, którą będzie miał obowiązek przeprowadzić realizator Programu.
2. Kampania informacyjno-edukacyjna Programu (zwłaszcza ulotki, plakaty) powinna dotrzeć do jak największej liczby mieszkańców i stanowiły element edukacji – w tym celu ulotka powinna zawierać ankietę FINDRISC.
3. Ankieta FINDRISK powinna być łatwo dostępna (również w wersji elektronicznej, aplikacja).
4. Przeprowadzenie kampanii informacyjnej o Programie w mediach lokalnych (telewizja regionalna, rozgłośnie radiowe, prasa).
5. Informacja o Programie w portalach społecznościowych (np. FACEBOOK, TWITTER).
6. Przekazanie informacji o Programie do jednostek samorządu terytorialnego, parafii, organizacji pozarządowych, itp.
7. Przekazanie informacji i rozpropagowanie informacji o programie i zachęcenie członków rodzin osób z cukrzycą Programie m.in. do Pomorskiego Oddziału Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, poradni diabetologicznych,
8. Rozesłanie informacji do pomorskich pracodawców.
9. Umieszczenie informacji o Programie w siedzibach realizatorów oraz wszystkich miejscach, gdzie Program będzie realizowany

10. Informacja do zakładów pracy (dotarcie do lekarzy medycy pracy – zostawienie ulotek w gabinetach, przekazywanie zaleceń o uczestnictwie w Programie osobom z podwyższonym poziomie cukru na podstawie cyklicznych badań pracowniczych)
11. Za pomocą poczty lub innego dostawcy.
12. Inne formy mające wpływ na zgłaszalność do Programu.

V. ORGANIZACJA PROGRAMU

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

1) Wykonanie projektu Programu

Program został przygotowany po przeprowadzeniu analizy problemu zdrowotnego, jakim jest cukrzyca typu 2 w województwie pomorskim. Projekt programu zdrowotnego uwzględnia interwencje będące działaniami o udowodnionej skuteczności i bezpieczeństwie i stanowiącymi aktualną praktykę lekarską. W dalszej części przedstawiono dowody naukowe i/lub rekomendacje, wytyczne, opinie ekspertów, wskazujące na zasadność prowadzenia zaproponowanych w programie działań w określonej populacji.

Program został opracowany przez Departament Zdrowia UMWP przy wsparciu merytorycznym grupy eksperckiej na czele z dr. Bogumiłem Wolnikiem – Konsultantem Wojewódzkim dr w dziedzinie diabetologii.

Jednocześnie Program uwzględnia rodzaj i zakres świadczeń gwarantowanych z zakresu problematyki cukrzycy, finansowanych ze środków publicznych.

2) Wybór realizatora

W ramach Osi Priorytetowej 5. Zatrudnienie wydzielono Działanie 5.4. **Zdrowie na rynku pracy**, którego celem szczegółowym jest zwiększenie udziału mieszkańców w programach zdrowotnych dotyczących chorób stanowiących istotną barierę w utrzymaniu i wydłużeniu aktywności zawodowej (Priorytet inwestycyjny 8vi – Aktywne i zdrowe starzenie się). RPZ będzie realizowany przez podmioty, zwane dalej realizatorem, wybrane:

- a) w **konkursie** przeprowadzonym przez Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020;
- b) w **trybie pozakonkursowym** ZIT zostanie wezwane do złożenia wniosku w **trybie pozakonkursowym** na realizację programu zdrowotnego na obszarze metropolitalnym (OMT). Obszar realizacji ZIT dla OMT stanowią następujące jednostki terytorialne: Gminy miast: Gdańsk, Gdynia, Sopot, Hel, Jastarnia, Pruszcz Gdański, Puck, Reda, Rumia, Tczew, Wejherowo, Władysławowo, a także gminy: Cedry Wielkie, Kartuzy, Kolbudy, Kosakowo, Luzino, Pruszcz Gdański, Przywidz, Pszczółki, Przodkowo, Puck, Somonino, Stegna, Suchy Dąb, Szemud, Tczew, Trąbki Wielkie, Wejherowo, Żukowo. Na obszarze funkcjonowania ZIT nie będzie realizowany program polityki zdrowotnej w trybie konkursowym.

Tryb pozakonkursowy obejmuje wsparciem mieszkańców zamieszkałym na terenie OMT.

Realizatorami mogą być w szczególności podmioty wskazane w RPO WP 2014-2020. tj.:

- 1) publiczne i prywatne podmioty świadczące usługi zdrowotne i ich organy założycielskie,
- 2) jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne,
- 3) związki i stowarzyszenia jednostek samorządu terytorialnego,
- 4) organizacje pozarządowe,
- 5) organizacje przedsiębiorców,
- 6) przedsiębiorcy,
- 7) instytucje edukacyjne,

- 8) szkoły wyższe,
- 9) podmioty ekonomii społecznej/przedsiębiorstwa społeczne.

Zgodnie z obligatoryjnymi rekomendacjami Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, weryfikacji będzie podlegało, czy wnioskodawca lub partner w projekcie jest podmiotem leczniczym udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (na podstawie zawartej umowy o udzielanie świadczeń z płatnikiem).

Planuje się merytoryczne szkolenie warsztatowe dla realizatorów wybranych do realizacji przedmiotowego programu polityki zdrowotnej z zakresy profilaktyki cukrzycy typu 2.

3) Prowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnej

Za ten etap Programu będzie odpowiedzialny realizator Programu. Akcja informacyjno-edukacyjna ma pełnić dwojaką funkcję. Przede wszystkim ma służyć informacji o projekcie i zapewnić jak największą zgłaszalność do Programu, dlatego też informacje o nim powinny być udostępnione / rozpowszechnione zgodnie z treścią punktu 2. Tryb zapraszania do Programu. Jednocześnie informacje, m.in. ulotki, plakaty, strony internetowe, informacje w mediach, powinny pełnić również funkcję edukacyjną, tj.:

- zawierać podstawowe informacje o cukrzycy – jej objawach i sposobach, zapobiegania, o dużym znaczeniu wczesnego wykrywania;
- zawierać ankietę FINDRISC;
- zachęcać do udziału w Programie (informacja o tym, kto kwalifikuje się do wzięcia w nim udziału).

4) Etapy programu

Etap lp.	Nazwa etapu	Czynności podejmowane w etapie	Uczestnicy danego etapu
I	Akcja promocyjno-edukacyjna		
	Promocja programu	Promocja i informacja programu	Ogół społeczeństwa
II	Kwalifikacja do programu		
	Wstępna kwalifikacja	Rekrutacja uczestników, wypełnienie ankiety FINDRISK	osoby spełniające kryterium programu (opis w dalszej części dokumentu)
	Skierowanie na badanie laboratoryjne	Wykonanie badania	osoby spełniające kryteria programu oraz będące w grupie ryzyka, na podstawie uzyskanej punktacji FINDRISK oraz osoby po 45 r.ż.

			niezależnie od wyniku ankiety FINDRISK
III	Włączenie do dalszego etapu przez kadrę medyczną		
	Wstępna wizyta pielęgniarska	Wykonanie pomiarów antropometrycznych, wypełnienie niezbędnych ankiet, dokumentów związanych z monitorowaniem programu, przekazanie materiałów edukacyjnych oraz umówienie na pierwsze warsztaty grupowe	Osoby zakwalifikowane na podstawie badania
	Konsultacja lekarska	Konsultacja lekarska w celu wykluczenia osób, które z powodu stanu zdrowia nie powinny zostać włączone do programu	Osoby ze stanem przedcukrzycowym, zakwalifikowane na podstawie wyników badania laboratoryjnego
IV	Realizacja kompleksowego programu edukacyjnego dla uczestników programu		
	Wstępne warsztaty grupowe (1 z 2)	Ogólna edukacja, wprowadzenie w tematykę problemu zdrowotnego - cukrzyca typu 2, omówienie czynników ryzyka	Grupa uczestników programu
	Konsultacje indywidualne (1 z 3) 1-2 tygodnie od szkolenia grupowego	Edukacja według indywidualnego planu uczestnika	Indywidualny uczestnik programu
	Konsultacje indywidualne (2 z 3) 1 miesiąc od pierwszego spotkania	Edukacja według indywidualnego planu uczestnika	Indywidualny uczestnik programu
	Konsultacje indywidualne (3 z 3) 6 miesięcy od drugiego spotkania	Edukacja według indywidualnego planu uczestnika	Indywidualny uczestnik programu
	Zakończenie warsztatów grupowych (2 z 2) Po roku uczestnictwa w programie	Podsumowanie programu edukacyjnego, dyskusja i pytania	Grupa uczestników programu
V	Ocena efektów i zakończenie programu		
	Badanie laboratoryjne po roku uczestnictwa w programie	wykonanie badania	uczestnik programu
	Wizyta pielęgniarska	Wykonanie pomiarów antropometrycznych, wypełnienie niezbędnych ankiet, dokumentów związanych z monitorowaniem programu	uczestnik programu

	Konsultacja lekarska	Ocena stanu zdrowia, ocena wyników badania laboratoryjnego, ustalenie dalszych zaleceń	uczestnik programu
VI	Monitoring i ewaluacja programu		

2. Planowane interwencje

Zaplanowane działania odpowiadają zaplanowanym założonym celom Programu, ich odpowiednie przeprowadzenie umożliwi realizację celów. Interwencje zostały dostosowane do potrzeb grupy docelowej. Sposób i kolejność udzielania świadczeń w ramach Programu został przedstawiony w załączniku nr 1, natomiast zaplanowane interwencje wykazują zależność pomiędzy sobą.

Każdy realizator powinien na czele zespołu projektowego wyznaczyć **koordynatora/lidera** Programu, **zaleca się aby była to pielęgniarka**, która zawsze może służyć informacją o Programie i w zakresie problemu zdrowotnego – cukrzyca typu 2.

I Etap – akcja informacyjno-edukacyjna

II Etap – kwalifikacja do Programu

- a) **Wstępna kwalifikacja** weryfikacja następujących kryteriów: osoba w wieku aktywności zawodowej 35-64, dotychczas nieleczona z powodu cukrzycy typu 2., w okresie jednego roku przed przystąpieniem do Projektu nie wykonywała badań przesiewowych w kierunku cukrzycy (OGTT) i w ankiecie FINDRISK uzyskała 12 punktów i więcej oraz bez względu na wynik ankiety FINDRISK osoba w wieku 45 lat i więcej. Uczestnik może wypełnić ankietę samodzielnie i zgłosić się do siedziby realizatora/ punktu pielęgniarskiego lub zgłosić się do punktu koordynującego i wypełnić ankietę w siedzibie realizatora z pomocą pracownika punktu koordynującego.
- b) **Skierowanie na badanie laboratoryjne** po wstępnej kwalifikacji i spełnieniu kryteriów Programu uczestnik otrzymuje skierowanie na badanie laboratoryjne i zostaje skierowany do punktu pielęgniarskiego (pozyskanie podstawowych informacji o pacjencie oraz danych kontaktowych, w tym numer telefonu). W przypadku wyniku wskazującego na stan przedcukrzycowy (weryfikacja wyniku w punkcie pielęgniarskim), uczestnik zostaje skierowany do kolejnego etapu Programu. Na tym etapie pielęgniarka zakłada uczestnikowi Programu Kartę pacjenta przystępującego do Programu .
- c) Na tym etapie zostanie również określona jasna **Procedura wykluczenia** pacjenta z uczestnictwa w dalszym etapie programu, osoby te muszą również być zewidencjonowane:
 - ✓ **Prawidłowa glikemia i/lub prawidłowa tolerancja glukozy – wykluczenie stanu przedcukrzycowego**
 - ze względu na zwiększone ryzyko rozwoju cukrzycy uczestnik otrzymuje materiały edukacyjne wraz z zaleceniami, np. wykonywanie badania przesiewowego regularnie co rok;
 - ✓ **wynik** wskazujący na podejrzenie cukrzycy.
 - uczestnik otrzymuje materiały edukacyjne nt. cukrzycy typu 2. oraz otrzymuje informację o wyniku badania odbiegającym od normy i zalecenie zgłoszenia się do lekarza POZ w ramach procedur realizowanych w POZ, finansowanych poza Programem przez NFZ.

III Etap – włączenie do dalszego etapu Programu przez kadrę medyczną

- a) **Wstępna wizyta pielęgniarska** – zebranie pomiarów antropometrycznych: wzrost, waga, BMI, WHR, informacja o Programie, wypełnienie niezbędnych dokumentów projektowych, również tych, które będą służyły monitorowaniu Programu: test wiedzy nt. cukrzycy typu 2., ankieta oceniająca sposób odżywiania i wiedzę na temat zdrowego odżywiania, informacja o wysiłku fizycznym (IPAQ – International Physical Activity Questionnaire). Wypełnione załączniki są weryfikowane przez pielęgniarkę, dietetyka oraz fizjoterapeutę, a wyniki zapisane w Karcie Pacjenta. Wyniki powinny zostać przedstawione pacjentowi na pierwszym spotkaniu indywidualnym.
Uczestnik otrzymuje materiały edukacyjne oraz zostaje umówiony na pierwsze warsztaty grupowe.
- b) **Konsultacja lekarska** (– zebranie wywiadu, kwalifikacja do udziału w dalszym etapie Programu).
Wywiad powinien obejmować: ocenę stanu ogólnego, wydolność układu oddechowego i krążenia, ocenę wyniku badania laboratoryjnego (zakwalifikowanie IGT, IFG, IGT i IFG), pomiar ciśnienia, wywiad dotyczący palenia papierosów. Lekarz kwalifikujący do udziału w Programie, według posiadanej wiedzy specjalistycznej oceni stan zdrowia oraz występowanie chorób/ schorzeń uniemożliwiających udział danej osoby w Programie .

IV Etap – realizacja kompleksowego programu edukacyjnego

- a) **Warsztaty grupowe (w formie tradycyjnej-stacjonarnej bądź zdalnej e-learningu)** – 2 szkolenia grupowe, wstępne i kończące uczestnictwo w Programie (po roku uczestnictwa w Programie uczestnika). Pierwsze szkolenie grupowe w formie warsztatów powinno być prowadzone przez zespół interdyscyplinarny (pielęgniarka lub lekarz, dietetyk, trener-fizjoterapeuta, psycholog lub edukator) i powinien zawierać informację o cukrzycy typu 2., o jej przebiegu, sposobie zapobiegania, informacje o diecie, sposobie odżywiania, roli wysiłku fizycznego oraz o motywacji do podjęcia odpowiedzialności za własne zdrowie. Grupa powinna liczyć maksymalnie 15 osób (w przypadku szkoleń stacjonarnych).
- ✓ Informacje o cukrzycy typu 2. (czynniki ryzyka, objawy, przebieg choroby, w tym szczególny nacisk na temat stanu przedcukrzycowego, sposób zapobiegania chorobie) – lekarz diabetolog, pielęgniarka diabetologiczna.
 - ✓ Rola diety w stanie przedcukrzycowym – zasady i zalecenia – dietetyk.
 - ✓ Rola aktywności fizycznej w stanie przedcukrzycowym – zasady i zalecenia –fizjoterapeuta.
 - ✓ Palenie tytoniu – motywacja do zerwania z nałogiem.
 - ✓ Robimy wszystko, by mieć cukrzycę – motywacja do zmian, omówienie procesu wprowadzania zmian, radzenie sobie z kryzysami psycholog.
- Szkolenie grupowe kończące uczestnictwo w Programie powinno zawierać przypomnienie wiadomości z pierwszego szkolenia, omówienie zgłaszanych przez uczestników pytań i wątpliwości w trakcie trwania Programu.
Liczebność grupy (w przypadku szkoleń stacjonarnych) (max 15 osób), termin oraz miejsce będą zależne od rekrutowanych uczestników. Uczestnicy będą zobowiązani do podpisu na listach obecności. Realizator zobowiązany jest do przestrzegania zasad wdrażania projektów unijnych.

Na zakończenie szkolenia grupowego uczestnicy otrzymują skierowanie na kontrolne badanie laboratoryjne (OGTT lub badanie glikemii na czczo).

- b) **Konsultacje indywidualne:** planuje się uczestnictwo w 3 wizytach indywidualnych: z zakresu diety, wysiłku fizycznego oraz modyfikacji innych modyfikowalnych czynników wpływających na rozwój cukrzycy typu 2. Terminy muszą być dostosowane do potrzeb danego uczestnika Programu. Materiały oraz treści wiedzy powinny być zgodne ze standardami i zaleceniami

towarzystw naukowych, np. Instytutu Żywności i Żywienia. Szkolenia powinny mieć charakter indywidualny – odpowiednie dobranie diety, wysiłku fizycznego itd. Zaleca się, aby pierwsze dwa szkolenia indywidualne odbyły się w krótkim przedziale czasu, np. w odstępie miesięcznym, natomiast trzecie szkolenie po 6 miesiącach od drugiego szkolenia. Pacjent musi być pozostawiony „sam sobie”, aby nauczył się brać odpowiedzialność za swoje zdrowie. Uczestnik powinien mieć ułatwiony kontakt ze swoim koordynatorem projektu w sytuacji pojawiania się ewentualnych pytań lub wątpliwości (telefoniczny lub mailowy).

Każda z trzech wizyt indywidualnych powinna być prowadzona przez zespół składający się z dietetyka oraz fizjoterapeuty. Na pierwszym spotkaniu pacjent powinien zostać zapoznany z wynikami wypełnianej przez siebie ankiety oceniającej sposób odżywiania i aktywność fizyczną, omówienie wyników ankiet i przedstawienie zaleceń.

Dietetyk: katalog otwarty, zawierający plan spotkania indywidualnego

- 1) Omówienie wyników ankiety, w tym omówienie najczęściej popełnianych błędów żywieniowych, omówienie konieczności wprowadzenia zmian w odżywianiu – pierwsza i ostatnia wizyta.
- 2) Omówienie znaczenia diety w stanie przedcukrzycowym.
- 3) Kontrola masy ciała, porównanie wagi z wynikiem z poprzednich wizyt – spotkanie pierwsze i trzecie.
- 4) Zebranie wywiadu od pacjenta pod kątem ustalenia indywidualnej diety (alergie, preferencje, dostępność składników, rodzaj wykonywanej pracy itd. – pierwsza wizyta.
- 5) Indywidualne zalecenia dietetyczne oraz wyznaczenie celów (redukcja masy ciała co najmniej o 5 %), przykładowe jadłospisy.
- 6) Wyjaśnienia wątpliwości i zwiększenie motywacji do zmian.

Fizjoterapeuta: katalog otwarty zawierający plan spotkania indywidualnego

- 1) Omówienie wyników ankiety dotyczącej aktywności fizycznej – pierwsza i ostatnia wizyta.
- 2) Omówienie roli aktywności fizycznej w stanie przecukrzycowym.
- 3) Korzyści zdrowotne osiągnięte poprzez prowadzenie regularnej aktywności fizycznej.
- 4) Wskazania oraz przeciwwskazania do wysiłku fizycznego.
- 5) Ustalenie indywidualnego planu aktywności fizycznej (forma i częstotliwość), wyznaczenie celów.
- 6) Wskazanie form aktywności fizycznej najkorzystniejszych dla danego uczestnika.
- 7) Instruktor zapropionowanych ćwiczeń.

V Etap: Ocena efektów i zakończenie Programu:

- a) **Wykonanie badania laboratoryjnego OGTT** – po upływie 1 roku (12 miesięcy) od pierwszego badania OGTT w Programie. W związku z powyższym, a także ze względu na ramy czasowe Programu, należy mieć na uwadze terminy rekrutacji uczestników Programu.
- b) **po 1 roku uczestnictwa w programie (12 miesięcy) wizyta pielęgniarska:** zostaną wykonane pomiary parametrów antropometrycznych (ciężar ciała, BMI, WHR) i porównanie ich z wynikami pomiarów na pierwszej wizycie. Pacjent/uczestnik wypełnia wszystkie dokumenty niezbędne do monitoringu Programu: ankieta oceniająca wiedzę o cukrzycy, ankietę satysfakcji udziału w Programie.
- c) **po 1 roku uczestnictwa w programie (12 miesięcy) wizyta lekarska:** najważniejsza będzie ocena wyniku badania przesiewowego (skierowanie zostanie wydane na zakończenie kończącego etap edukacyjny szkolenia grupowego). Zebrany zostanie wywiad lekarski, zmierzone ciśnienie, w przypadku pozytywnego wyniku badania uczestnik otrzyma zalecenia dotyczące dalszego postępowania (kontynuacja zaleceń behawioralnych oraz regularna

kontrola co roku badanie przesiewowe). W przypadku uzyskania wyniku wskazującego na podejrzenie cukrzycy pacjent zostaje skierowany do dalszego leczenia, w ramach świadczeń gwarantowanych. U osób u których nie stwierdzono redukcji stopnia hiperglikemii należy rozważyć dalszy sposób postępowania w tym rozważenie prewencji farmakologicznej oprócz kontynuacji zaleceń behawioralnych. Wywiad oraz zalecenia wpisane do Karty Pacjenta

VI Etap – monitorowanie i ewaluacja Programu – opisane w dalszej części dokumentu, tj. w rozdziale VII.

Zakończenie udziału w Programie: pacjent kończący udział w Programie, pozostając pod kontrolą lekarza POZ i pielęgniarki edukacyjnej/diabetologicznej w ramach świadczeń gwarantowanych, tak aby PPZ mógł stanowić integralną część lokalnego systemu opieki zdrowotnej.

Monitoring: realizator będzie odpowiedzialny za monitoring. Szczegóły w rozdziale „Monitoring i ewaluacja”.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

1) Kryteria kwalifikujące uczestników

Do Programu będą zaproszeni mieszkańcy województwa pomorskiego w wieku aktywności zawodowej (w pierwszej kolejności osoby wieku 35-64 lat, pozostałe osoby w wieku aktywności po wypełnieniu ankiety FINDRISK i uzyskaniu 12 punktów i więcej zostaną zapisane na listę rezerwową, w przypadku nieskutecznej rekrutacji uczestników w grupie wiekowej 35-64 zostaną włączeni do Programu), u których dotychczas nie stwierdzono cukrzycy typu 2. Dodatkowo nie byli poddani badaniom skriningowym w okresie 1 roku przed przystąpieniem do Programu oraz w kwestionariuszu oceny ryzyka wystąpienia cukrzycy – **Skala FINDRISC uzyskają minimum 12 punktów** (umiarkowane, wysokie oraz bardzo wysokie ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2.).

Niezależnie od uzyskanego wyniku w kwestionariusza FINDRISC osoby w **wieku 45 i więcej** zostaną włączone do Programu (zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, aby u każdej osoby powyżej 45 roku życia przeprowadzić badanie w kierunku cukrzycy raz w ciągu 3 lat).

Ostateczna decyzja o włączeniu pacjenta do Programu zostanie podjęta przez lekarza podczas konsultacji w celu wykluczenia osób, które z powodu stanu zdrowia nie powinny zostać włączone do Programu.

2) Kryteria wykluczające osoby z Programu

- osoba ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2.
- przebyte w okresie 1 roku przed przystąpieniem do Programu badanie skriningowe (OGTT)
- stan zdrowia oraz choroby uniemożliwiające udział w Programie

- po wykonaniu badania laboratoryjnego osoby, które nie znajdują się w stanie przedcukrzycowym i osoby u których badanie wykazało podejrzenie wystąpienia cukrzycy, nie zostaną zakwalifikowane do dalszego etapu Programu.

Wszystkie osoby, niezależnie czy zostały zakwalifikowane do Programu, zostaną zewidencjonowane w dokumentach programowych!

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach Programu

- 1) Interwencje zaplanowane w Programie będą świadczone uczestnikom bezpłatnie.
- 2) Materiały edukacyjne, w tym ankiety, dokumenty programowe, skierowania na badanie będą kosztem realizatora.
- 3) Świadczenia zdrowotne, które nie są świadczone w Programie, będą realizowane w ramach procedur finansowanych przez NFZ na odrębnych wizytach lekarskich. Dotyczy to schorzeń wykrytych podczas uczestnictwa w Programie, zwłaszcza wykrycia cukrzycy typu 2. oraz nadciśnienia tętniczego (leczenie schorzeń).
- 4) Badania laboratoryjne będą opłacone z budżetu Programu i będą wykonane w laboratorium (patrz punkt dot. kompetencji/warunki niezbędne do realizacji Programu).
- 5) Warsztaty grupowe oraz konsultacje indywidualne będą opłacone z budżetu Programu (w tym wynajem sal, w sytuacji gdy dana jednostka nie posiada odpowiednich pomieszczeń). Realizator będzie miał na uwadze, że w Programie uczestniczą osoby w wieku aktywności zawodowej, również pracujące, w związku z tym należy ustalać terminy warsztatów oraz konsultacji indywidualnie dla każdego uczestnika (również godziny popołudniowe oraz weekendy).
- 6) Osoby zainteresowane uczestnictwem w Programie oraz później uczestnicy Programu, powinni mieć ułatwiony dostęp do informacji o Programie oraz w sytuacji pojawienia się pytań w trakcie uczestnictwa (w tym natury medycznej), w związku z czym realizator powinien zapewnić minimum dwa kanały kontaktu: odrębny numer telefoniczny (wyznaczone godziny dyżuru) oraz e-mail.
- 7) W uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość sfinansowania dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej dla danej osoby z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania badania i z powrotem, a także zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej w ramach Programu, w czasie korzystania ze wsparcia.

5. Sposób powiązania działań Programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Program profilaktyczny dotyczący prewencji cukrzycy typu 2. stanowi uzupełnienie świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Program stanowi integralną część lokalnego systemu zdrowia, badanie przesiewowe oraz kompleksowa edukacja diabetologiczna stanowiąca uzupełnienie świadczeń finansowych przez NFZ, pozwoli osiągnąć cel główny Programu.

Program składa się z **dwóch głównych interwencji**: badanie przesiewowe oraz kompleksowy program edukacji diabetologicznej. O ile badanie przesiewowe jest procedurą finansowaną ze środków publicznych (ale lekarze nie są zobligowani do stosowania tego najbardziej czułego i specyficznego badania w rozpoznawaniu zaburzeń metabolizmu węglowodanów u osób z czynnikami ryzyka cukrzycy typu 2., którym jest OGTT) tak edukacja zdrowotna/diabetologiczna nie jest finansowana ze środków publicznych, chociaż w opinii ekspertów edukacja diabetologiczna powinna być finansowana jako odrębne świadczenie kontraktowane przez NFZ. Program zatem uzupełnia istotny, brakujący element świadczeń zdrowotnych, warunkujących skuteczność prewencji cukrzycy typu 2.

Badanie przesiewowe – bez przeprowadzenia badań skryningowych nie ma możliwości na wczesne wykrycie cukrzycy typu 2. oraz identyfikacji osób najbardziej narażonych na jej rozwój, tj. osób ze stanem przedcukrzycowym. PTD rekomenduje, aby badania przesiewowe wykonywać w grupach wysokiego ryzyka, należy przeprowadzać je co roku (nie częściej) oraz aby zapobiec powielaniu badań finansowych przez NFZ, osoby które wykonywały test OGTT w okresie krótszym niż jeden rok od przystąpienia do Programu, zostaną wykluczone z Programu (więcej w części dotyczącej dowody skuteczności planowanych działań: opis dowodów naukowych).

Kompleksowy program edukacyjny – wyniki ogólnopolskiego badania przeprowadzonego w 2010 roku przez koalicję na rzecz Walki z Cukrzycą i TNS OBOP wskazują, że co piąty Polak nigdy nie wykonywał badania przesiewowego. Dwie trzecie Polaków twierdziło, że nie wie, jak zapobiegać

cukrzycy. Nie wiedzieli również kto narażony jest na cukrzycę. Diabetolodzy, pielęgniarki i inni specjaliści pracujący z osobami z cukrzycą oraz organizacje pacjentów apelują o podjęcie działań na rzecz wdrożenia edukacji terapeutycznej zarówno w populacji chorych, jak i w grupach podwyższonego ryzyka zachorowania na tę chorobę. Apeluje się także, aby porady były udzielane jak najbliżej pacjenta, tj. w ramach POZ. Jednocześnie edukacja nie może być przypadkowa, chaotyczna, prowadzona przez osoby niewykwalifikowane, dlatego w Programie kładzie się nacisk na kompleksowość Programu z głównym naciskiem na jakość i przekazywane treści (tematyka związana z problemem zdrowotnym oraz modyfikacja stylu życia) oraz częstotliwość konsultacji (wg. PTD powtarzanie porad, objęcie pacjenta programem wizyt kontrolnych, powtarzanie porad dotyczących zmian życia ma decydujący wpływ na powodzenie interwencji), (więcej w części dotyczącej dowody skuteczności planowanych działań: opis dowodów naukowych).

6. Spójność merytoryczna i organizacyjna

Cukrzyca jako choroba interdyscyplinarna wpływa na szereg chorób, niejednokrotnie utrudnia leczenie i stosowanie procedur w przypadku innych chorób, w związku z tym zapobieganie wystąpienia cukrzycy typu 2., modyfikacja stylu życia, zmiana złych nawyków żywieniowych i zwiększenie aktywności pośrednio lub bezpośrednio związana jest działaniami i programami realizowanymi przez MZ czy NFZ.

Program stanowi integralną część lokalnego systemu zdrowia, badanie przesiewowe oraz kompleksowa edukacja diabetologiczna stanowiąca uzupełnienie świadczeń finansowych przez NFZ, pozwoli osiągnąć cel główny Programu, tj. ograniczenie zachorowalności (zapadalności) na cukrzycę typu 2. mieszkańców województwa pomorskiego w wieku aktywności zawodowej, co jest spójnie merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi programami realizowanymi przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia m.in.:

a) Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020

Celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, zwanego dalej „NPZ”, jest wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu, natomiast cel operacyjny 1: „Poprawa sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa oraz aktywności fizycznej społeczeństwa” i wskazane działania promujące właściwe nawyki żywieniowe i aktywność fizyczną jest spójne z interwencjami zaplanowanymi w Programie, szczególnie etap kampanii informacyjno-edukacyjnej oraz etap kompleksowej edukacji diabetologicznej.

b) Programy związane z profilaktyką i leczeniem Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego (np. POLKARD Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego)

Cukrzyca to choroba interdyscyplinarna, najczęstszymi powikłaniami cukrzycy są zdarzenia sercowo-naczyniowe, aż 2/3 zgonów wśród diabetyków powodują problemy kardiologiczne. Dlatego też zapobieganie cukrzycy typu 2. ma istotny wpływ na układ sercowo-naczyniowy.

7. Sposób zakończenia udziału w Programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników Programu, jeżeli istnieją wskazania

W ramach prowadzonego Programu każdy uczestnik ma możliwość zakończenia udziału na każdym etapie trwania Programu.

Program przewiduje zachowanie ciągłości prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian.

Po zakończeniu udziału w Programie uczestnik otrzyma zalecenia od lekarza podczas konsultacji lekarskiej kończącej udział w Programie. W zależności od stanu zdrowia i wyników badania przesiewowego wykonanego po roku uczestnictwa w Programie, pacjent będzie kontynuował dalsze leczenie w ramach świadczeń gwarantowanych. W przypadku pozytywnego wyniku badania uczestnik otrzyma zalecenia dotyczące dalszego postępowania (kontynuacja zaleceń behawioralnych oraz regularna kontrola – co roku badanie przesiewowe). W przypadku podejrzenia wystąpienia cukrzycy typu 2. pacjent zostaje skierowany do dalszego leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych. U osób, u których nie stwierdzono redukcji stopnia hiperglikemii należy rozważyć dalszy sposób postępowania, w tym rozważenie prewencji farmakologicznej oprócz kontynuacji zaleceń behawioralnych.

8. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Realizatorem Programu zostanie podmiot, który zagwarantuje bezpieczeństwo planowanych interwencji pod względem zgodności postępowania ze sztuką lekarską, jak również w zakresie poszanowania praw pacjenta, w tym w szczególności w odniesieniu do ochrony danych osobowych i tajemnicy lekarskiej.

Interwencje będą prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, sprawdzone klinicznie, a prowadzone w Programie badania będą odbywać się z zachowaniem prawa do intymności.

Interwencja kompleksowej edukacji nie jest obciążona ryzykiem, wszelkie zalecenia, w tym dietetyczne oraz zalecenia co do wykonywanego wysiłku fizycznego będą zaplanowane indywidualnie na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego, w zależności od stanu zdrowia i możliwości uczestnika.

Procedury inwazyjne polegające na wykonaniu badań przesiewowych w postaci oznaczenia glikemii na czczo (IFG) lub testu OGTT, nie są badaniami niebezpiecznymi; OGTT, polega na dwukrotnym pobraniu krwi żyłnej i wypiciu roztworu 75 g glukozy, a IFG polega na jednokrotnym pobraniu krwi żyłnej. Badanie jest rekomendowane przez towarzystwa naukowe na całym świecie, w tym w Polsce.

Więcej o bezpieczeństwie planowanych interwencji ich udowodnionej skuteczności w punkcie „Dowody skuteczności planowanych działań”.

9. Kompetencje/warunki i niezbędne do realizacji Programu

Podmioty zaangażowane w realizację Programu powinny posiadać kompetencje oraz zasoby kadrowe i infrastrukturę, które zapewnią efektywną realizację PPZ. Realizator musi dobrać niezbędne kadry do realizacji zadań przewidzianych w Programie.

W skład **zespołu-personelu medycznego**, który powinien świadczyć kompleksowe usługi, powinien wchodzić co najmniej:

- 1) lekarz posiadający specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych albo lekarz medycyny z co najmniej 5-letnim stażem zawodowym,
- 2) pielęgniarka diabetologiczna lub pielęgniarka z co najmniej 5-letnim stażem pracy,
- 3) dietetyk lub inny specjalista z zakresu prawidłowego żywienia,
- 4) specjalista aktywności fizycznej, fizjoterapeuta,
- 5) specjalista psycholog lub edukator.

Zaplecze lokalowe, pomieszczenia, w których będzie realizowany Program:

- 1) gabinety lekarskie, w liczbie umożliwiającej realizację Programu,
- 2) gabinet zabiegowy,
- 3) pomieszczenia do warsztatów grupowych i konsultacji indywidualnych (dopuszcza się realizację tych interwencji poza siedzibą podmiotu),
- 4) zapewnienie współpracy z certyfikowanym laboratorium analitycznym, w którym będą wykonywane badania przesiewowe.

Wymagane sprzęty:

- waga lekarska,
- ciśnieniomierze,
- glukometry,
- waga spożywcza,
- sprzęt niezbędny do przeprowadzenia zajęć indywidualnych z fizjoterapeutą oraz dietetykiem.

Inne wymagania niezbędne do realizacji Programu:

- 1) dostępność do świadczeń w godzinach dostosowanych do pracy zawodowej uczestników: godziny popołudniowe, weekendy
- 2) ułatwienie kontaktu uczestnikom drogą mailową oraz telefoniczną,
- 3) zapewnienie wykonania badań przesiewowych uczestnikom w godzinach niekolidujących z godzinami pracy, np. od godz. 06.00 oraz w sobotę od godzin porannych, uczestnik Programu powinien zostać przyjęty poza ogólną kolejką,
- 4) w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość sfinansowania dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej dla danej osoby z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania badania i z powrotem, zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej w ramach Programu, w czasie korzystania ze wsparcia.

Za dobór właściwej kadry odpowiadać będzie realizator Programu, natomiast ww. pomieszczenia muszą spełniać warunki określone w aktualnie obowiązujących przepisach.

10. Dowody skuteczności planowanych działań

Ogłoszenie nowego Światowego raportu na temat cukrzycy zbiegło się z obchodami Światowego Dnia Zdrowia 2016, który w tym roku był poświęcony walce z cukrzycą. Według prognoz WHO do 2030 r. będzie ona 7 z najczęstszych przyczyn zgonów. Raport przedstawia dane dotyczące obciążenia chorobą i skutków cukrzycy. Wzywa także do wzmocnienia systemów ochrony zdrowia, aby zapewnić skuteczniejszy nadzór, profilaktykę cukrzycy oraz opiekę nad chorymi. Ubiegłoroczne obchody Światowego Dnia Zdrowia odbywały się pod hasłem „**Bądź aktywny – Jedz zdrowo – Stosuj się do wskazówek lekarza – #Pokonaj cukrzycę**”. Hasło to wskazuje główne obszary, w których poszczególne państwa mogą prowadzić działania w celu zmniejszenia czynników ryzyka cukrzycy, m.in. promowanie aktywności fizycznej i zdrowego sposobu żywienia.

Jedynym skutecznym sposobem zwalczania epidemii cukrzycy jest niedopuszczanie do tego, aby choroba się rozwinęła, temu mają służyć zaproponowane w Regionalnym Programie Zdrowotnym interwencje. Badania naukowe wskazują na twarde dowody o możliwościach skutecznego zapobiegania cukrzycy. Badania kliniczne przeprowadzone zgodnie z EBM (Evidence Based Medicine) potwierdziły wysoką skuteczność działań nakierowanych na redukcję modyfikowalnych czynników ryzyka występowania cukrzycy typu 2.

Rekomendowane przez Międzynarodową Federację Diabetologiczną oraz towarzystwa naukowe strategie zapobiegania cukrzycy są skoncentrowane na dwóch interwencjach: interwencje w grupach wysokiego ryzyka oraz działań ogónopopulacyjnych, które mają przyczynić się do skutecznego zapobiegania, wczesnego wykrywania i efektywnego leczenia cukrzycy.

Według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego zaleca się prowadzenie badań przesiewowych u wszystkich osób w wieku 45 + co 3 lata, natomiast u osób ze zwiększonym ryzykiem rozwoju cukrzycy niezależnie od wieku co rok. PTD zaleca przede wszystkim, jeśli chodzi o prewencję, stosowanie interwencji behawioralnych, wdrażania zasad zdrowego żywienia oraz zwiększenie

wysiłku fizycznego oraz edukację zdrowotną. Oczywiście w przypadku bardzo wysokiego ryzyka rekomenduje prewencję farmakologiczną.

Według światowych zaleceń, w tym wytycznych ADA (American Diabetes Association - ADA Position Statement: Standards of medical care in diabetes – 2012. Diabetes Care 2012, 35, 11.) z roku 2012 wraz z szerzeniem się zachodniego stylu życia, w tym związanego z nadmiarem kalorii przyjmowanych w pokarmie, niedostateczną ilością wysiłku fizycznego, a w związku z tym z nadwagą i otyłością, stale zwiększa się zapadalność na cukrzycę typu 2. U pacjentów będących w grupie ryzyka konieczne jest wdrożenie modyfikacji stylu życia, w ramach której należy dążyć do zmniejszenia masy ciała oraz wdrożenia umiarkowanych aerobowych wysiłków fizycznych. Ważnym aspektem jest również edukacja pacjentów i objęcie ich programem wizyty kontrolnych, nastawionych na indywidualizację celów pacjenta zgodnie z jego profilem klinicznym.

Działania i interwencje, które zmniejszają zachorowalność na cukrzycę typu 2,, wpływając tym samym na wydłużenie życia w zdrowiu i zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu obejmują tzw. modyfikację stylu życia poprzez usunięcie bądź ograniczenie modyfikowalnych czynników ryzyka, takich jak: nadwaga, otyłość, zmniejszenie ilości spożywanych tłuszczów (szczególnie nasyconych), spożywanie potraw zawierających węglowodany złożone oraz rozpuszczalne włókno pokarmowe, unikanie lub ostrożne stosowanie leków diabetogennych, zwiększenie aktywności fizycznej, która ma największy wpływ na insulinowrażliwość niezależnie od wpływu na masę ciała. Działania mogą być stosowane razem bądź rozdzielnie, jak np. stosowanie wyłącznie odpowiedniej diety, stosowanie zwiększonego wysiłku fizycznego lub stosowanie jednocześnie obydwu działań, tzn. diety i ćwiczeń fizycznych. Istotną kwestią jest także zaprzestanie palenia tytoniu oraz ograniczenie ilości konsumowanego alkoholu.

Powyższe działania realizowane są w ramach prewencji, która obejmuje całokształt interwencji i działań mających na celu przeciwdziałanie powstawaniu choroby lub jej powikłań przez eliminację pierwotnych lub wtórnych czynników sprawczych.

Poniżej przedstawiono dowody naukowe potwierdzające zasadność stosowania ww. interwencji w prewencji cukrzycy typu 2.:

Tabela 15. Prewencja cukrzycy typu 2. poprzez zmiany stylu życia – dowody naukowe

Poz.	Badanie	Interwencja	Liczba chorych	Okres obserwacji	RRR ^a (%)
1.	Badanie Da-Qing Chiny ²¹	Dieta	130	6	31
		Ćwiczenia	141		46
		Dieta + ćwiczenia	126		42
		Kontrola	133		
2.	Diabetes Prevention Study Finlandia ²²	Dieta + wysiłek fizyczny	265	3,2	58
		Kontrola	257		
3.	US Diabetes Prevention Program Outcomes Study	Dieta + aktywność fizyczna	1 079	2,8	58

²¹ Li G, Zhang P, Wang J et al. The longterm effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study. Lancet, 2008; 371: 1783-1789.

²² Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med, 2001; 344: 1343-1350.

Poz.	Badanie	Interwencja	Liczba chorych	Okres obserwacji	RRR ^a (%)
	Stany Zjednoczone ²³	Metformina	1 073		31
		Placebo	1 082		
4.	Hinduskie badanie Diabetes Prevention Program Indie ²⁴	Styl życia	133	2,5	29
		Metformina	133		26
		Styl życia + metformina	129		28
		Kontrola	136		
5.	Japońskie badanie u mężczyzn z IGT Japonia ²⁵	Dieta + ćwiczenia	102 356	4	67
		Kontrola			
6.	Badanie SLIM Holandia ²⁶	Dieta + aktywność fizyczna	74	3	58
		Kontrola	73		
7.	Europejskie badanie Diabetes Prevention Study Newcastle, Wielka Brytania ²⁷	Dieta + aktywność fizyczna	51	3,1	55
		Kontrola	51		
8.	Badanie Zensharen ^b Japonia ²⁸	Dieta + aktywność	330	3	44
		Kontrola	311		

RRR – względne zmniejszenie ryzyka

SLIM – Study on lifestyle – Intervention and IGT Maastricht

A – Wartości bezwzględnego zmniejszenia ryzyka stanowiąby cenne uzupełnienie powyższych danych, jednak nie można ich przedstawić, ponieważ w kilku badaniach brakuje informacji na ten temat

B – Do badania Zensharen rekrutowano osoby z IFG, a do innych badań osoby z IGT

Ad. poz. 1

Pan XR, Li GW, Hu YH, Wang JX, Yang WY, An ZX, Hu ZX, Lin J, Xiao JZ, Cao HB, Liu PA, Jiang XG, Jiang YY, Wang JP, Zheng H, Zhang H, Bennett PH, Howard BV. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. Diabetes Care. 1997 Apr;20(4):537-44. PubMed PMID: 9096977.

W badaniu Da Qing Study badano efekt 6-letniej interwencji w postaci diety i ćwiczeń w populacji Chińczyków z IGT i w średnim wieku 45 lat. Redukcja ryzyka rozwoju cukrzycy o 31% nastąpiła w

²³ Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*, 2002; 346: 393-403.

²⁴ Gillies CL, Abrams KR, Lambert PC et al. Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 2007; 334: 299-308.

²⁵ Saito T, Watanabe M, Nishida J et al. Lifestyle modification and prevention of type 2 diabetes in overweight Japanese with impaired fasting glucose levels: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*, 2011; 171: 1352-1360.

²⁶ Roumen C, Corpeleijn E, Feskens EJ et al. Impact of 3-year lifestyle intervention on postprandial glucose metabolism: the SLIM study. *Diabet Med*, 2008; 25: 597-605.

²⁷ Penn L, White M, Oldroyd J et al. Prevention of type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance: the European Diabetes Prevention RCT in Newcastle upon Tyne, UK. *BMC Public Health*, 2009; 9: 342.

²⁸ Gillies CL, Abrams KR, Lambert PC et al. Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 2007; 334: 299-308.

wyniku interwencji w postaci tylko diety, podczas gdy interwencja w postaci tylko ćwiczeń pokazała redukcję ryzyka rozwoju cukrzycy o 46%. Połączenie obu interwencji, tj. diety i ćwiczeń grupowych skutkowało redukcją ryzyka rozwoju cukrzycy o 42% w okresie 6 lat.

Wiosek: interwencja w postaci zmiany stylu życia poprzez stosowanie diety i/lub ćwiczeń fizycznych prowadził do znacznego zmniejszenia częstości występowania cukrzycy u osób z IGT, w okresie 6 lat.

Li G, Zhang P, Wang J, Gregg EW, Yang W, Gong Q, Li H, Li H, Jiang Y, An Y, Shuai Y, Zhang B, Zhang J, Thompson TJ, Gerzoff RB, Roglic G, Hu Y, Bennett PH. The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study. Lancet. 2008 May 24;371(9626):1783-9. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60766-7. PubMed PMID: 18502303.

W 1986 r. 577 dorosłych z IGT, pacjentów z 33 klinik w Chinach, losowo przydzielono do grupy kontrolnej lub do 1 z 3 grup interwencji modyfikacji stylu życia (dieta, ćwiczenia lub dieta+ćwiczenia). Aktywna interwencja trwała ponad 6 lat do 1992 r. W 2006 r. uczestnicy badania zostali poddani ocenie długoterminowych efektów tych interwencji.

Tabela 16. Charakterystyka uczestników badania przed interwencją (1986), po 6 latach trwania interwencji (1992) oraz w 14 lat po zakończeniu interwencji (2006)

	Grupa kontrolna	Grupy z interwencjami
1986		
łącznie	(n = 138)	(n = 438)
wiek (lata)	46,6 (0,8)	44,7 (0,4)
płeć (mężczyźni/kobiety)	79/59	233/205
indeks masy ciała BMI (kg/m ²)	26,2 (0,3)	25,7 (0,2)
ciśnienie krwi (mm Hg)		
- skurczowe	134,3 (2,0)	132,2 (1,1)
- rozkurczowe	88,5 (1,5)	87,2 (0,7)
cholesterol całkowity (mmol/L)	5,26 (1, 02)	5,21 (1,01)
glukoza na czczo (mmol/L)	5,52 (0,07)	5,60 (0,04)
poziom glukozy 2-h (mmol/L)	9,02 (0,08)	8,97 (0,02)
1992		
łącznie	(n = 133)	(n = 397)
indeks masy ciała BMI (kg/m ²)	25,8 (0,33)	25,2 (0,18)
ciśnienie (mm Hg)		
-skurczowe	132,1 (1,8)	130,8 (1,1)
-rozkurczowe	85,0 (1,1)	85,0 (0,7)
cholesterol całkowity (mmol/L)	5,31 (1,02)	5,26 (1,01)
glukoza na czczo (mmol/L)	7,58 (0,23)	7,0 (0,17)
poziom glukozy 2-h (mmol/L)	12,5 (0,48)	10,63 (0,22)

zmiana indeksu masy ciała od 1986 do 1992 (kg/m ²)	-0,34 (0,19)	-0,69 (0,10)
zmiana masy od 1986 do 1992 (kg)	-0,89 (0,52)	-1,88 (0,28)
2006		
indeks masy ciała BMI (kg/m ²)	(n = 82) 24,4 (0, 29)	(n = 266) 24,5 (0,9)
ciśnienie (mm Hg)	(n = 87)	(n = 285)
- skurczowe	145,0 (2, 1)	144,6 (1, 2)
- rozkurczowe	82,8 (1,3)	82,4 (0,7)
cholesterol całkowity (mmol/L)	(n = 83) 5,21 (1,02)	(n = 262) 5,10 (1,01)
glukoza na czczo (mmol/L)	(n = 80) 8,7 (0,35)	(n = 260) 7,9 (0,2)
poziom glukozy 2-h (mmol/L)	(n = 28) 13,8 (1,1)	(n = 100) 11,5 (0,50)
zmiana indeksu masy ciała od 1986 do 2006 (kg/m ²)	(n = 82) -1,57 (0,29)	(n = 266) -1,41 (0,18)
zmiana masy od 1986 r. do 2006 r. (kg)	(n = 82) -4,2 (0,8)	(n = 266) -3,7 (0,5)
Dane są wartościami średnimi (SE). * p < 0-0001. TP < 0-05.		

Źródło: Li G, Zhang P, Wang J, Gregg EW, Yang W, Gong Q, Li H, Li H, Jiang Y, An Y, Shuai Y, Zhang B, Zhang J, Thompson TJ, Gerzoff RB, Roglic G, Hu Y, Bennett PH. The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study, str. 1785.

W porównaniu z grupą kontrolną, uczestnicy interwencji dieta+ćwiczenia mieli niższe o 51% ryzyko rozwoju cukrzycy (współczynnik HRR 0,49; 0,41 - 0,81) podczas aktywnego okresu interwencji i o 43% niższe ryzyko rozwoju cukrzycy (współczynnik HRR 0,57; 0,41-0,81) w ponad 20 letnim okresie, kontrolowane pod względem wieku i grupy. Średnia roczna zachorowalność na cukrzycę w grupach z interwencją wyniosła 7% podczas gdy w grupie kontrolnej wynosiła ona 11%. W okresie 20 lat zapadalność skumulowana w grupach z interwencją stanowiła 80%, a w grupie kontrolnej 93%. Okres cukrzycy u uczestników w grupie z interwencją był średnio o 3,6 lat krótszy niż uczestników w grupie kontrolnej ponieważ w wyniku interwencji zredukowano czynniki ryzyka spowalniając tym samym rozwój cukrzycy.

Wniosek: w 20-letnim badaniu stwierdzono, iż w grupie poddanej modyfikacji stylu życia w ciągu 6 lat, można skutecznie zapobiec cukrzycy lub skutecznie opóźnić jej rozwój w okresie do 14 lat od zakończenia aktywnej interwencji.

Ad. poz. 2

Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M; Finnish Diabetes Prevention Study Group.. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med. 2001 May 3;344(18):1343-50. PubMed PMID: 11333990.

Osoby zakwalifikowane do udziału w badaniu losowo przydzielono do grupy interwencyjnej lub kontrolnej – 522 osoby (172 mężczyzn i 350 kobiet), w średnim wieku 55 lat, średnim BMI 31, z IGT. Każda osoba w grupie interwencyjnej otrzymała zindywidualizowane doradztwo w celu redukcji wagi, całkowitego spożycia tłuszczu, tłuszczu nasyconych i wzrostu spożycia błonnika i aktywności fizycznej.

Doustny test obciążenia glukozą wykonano 1 raz w roku, diagnoza cukrzycy była potwierdzona po wykonaniu drugiego testu. Średni czas trwania badania wyniósł 3,2 lata.

Średnia (+/-SD) wartość utraconej wagi w ciągu 1 roku wyniosła 4,2 (+/- 5,1) kg w grupie interwencyjnej i 0,8 (+/-) 3,7 kg w grupie kontrolnej; utrata wagi netto na koniec 2 roku wyniosła 3,5 (+/-) 5,5 kg w grupie interwencyjnej i 0,8 (+/-) 4,4 kg w grupie kontrolnej.

Skumulowana zapadalność na cukrzycę po 4 latach wynosiła 11% w grupie interwencyjnej i 23% w grupie kontrolnej. Podczas badania, ryzyko cukrzycy zostało zredukowane o 58% w grupie interwencyjnej w stosunku do grupy kontrolnej. Redukcja zapadalności na cukrzycę była bezpośrednio związana ze zmianami w stylu życia.

Wniosek: u osób z wysokim ryzykiem cukrzycy typu 2. można zapobiegać cukrzycy poprzez zmiany w stylu życia.

W najnowszych publikacjach podano, iż wpływ zmiany stylu życia na zmniejszenie częstości występowania cukrzycy typu 2. został utrzymany przez co najmniej 4 lata po zakończeniu interwencji.

Ad. poz. 3

Diabetes Prevention Program (DPP), realizowany w latach 1996-1999 w USA. Program prowadzony w 27 ośrodkach, objął 3 234 dorosłych Amerykanów z upośledzoną tolerancją glukozy, których losowo przydzielono do jednej z trzech interwencji: 1082 do grupy z placebo, 1073 do grupy z metforminą i 1079 do grupy intensywnej modyfikacji stylu życia (dieta+aktywność fizyczna). Parametry bazowe uczestników we wszystkich 3 grupach były podobne (Tabela nr 36). Średni czas obserwacji w badaniu wynosił 2,8 lat. Po zakończeniu badania porównano interwencje modyfikacji stylu życia względem interwencji farmakologicznej (metformina) i grupy kontrolnej.

Tabela 17. Charakterystyka początkowa uczestników badania²⁹

Charakterystyka	Ogólnie (N=3234)	Placebo (N=1082)	Metformina (N=1073)	Modyfikacja stylu życia (N=1079)
Płeć — liczba, (%)				
Mężczyzna	1043 (32,3)	335 (31,0)	363 (33,8)	345 (32,0)
Kobieta	2191 (67,7)	747 (69,0)	710 (66,2)	734 (68,0)
Rasa lub grupa etniczna,				
Biała	1768 (54,7)	586 (54,2)	602 (56,1)	580 (53,8)
Afromerykanie	645 (19,9)	220 (20,3)	221 (20,6)	204 (18,9)
Hiszpańska	508 (15,7)	168 (15,5)	162 (15,1)	178 (16,5)
Indianie Amerykańscy	171 (5,3)	59 (5,5)	52 (4,8)	60 (5,6)
Azjaci	142 (4,4)	49 (4,5)	36 (3,4)	57 (5,3)
Wywiad rodzinny w kierunku cukrzycy	2243 (69,4)	758 (70,1)	733 (68,3)	752 (69,8)
- liczba, (%)				
Wywiad w kierunku cukrzycy ciężowej	353 (16,1)	122 (16,3)	111 (15,7)	120 (16,3)

²⁹ Wartości plus-minus to średnie ± SD

Charakterystyka	Ogólnie (N=3234)	Placebo (N=1082)	Metformina (N=1073)	Modyfikacja stylu życia (N=1079)
- liczba kobiet (%)				
Wiek (lata)	50,6±10,7	50,3±10,4	50,9±10,3	50,6±11,3
Waga (kg)	94,2±20,3	94,3±20,2	94,3±19,9	94,1±20,8
BMI	34,0±6,7	34,2±6,7	33,9±6,6	33,9±6,8
Obwód talii (cm)	105,1±14,5	105,2±14,	104,9±14,4	105,1±14,8
Stosunek obwodu talii do bioder	0,92±0,09	0,93±0,09	0,93±0,09	0,92±0,08
Glukoza w osoczu (mg/dl)				
- na czczo	106,5±8,3	106,7±8,4	106,5±8,5	106,3±8,1
- 2 godz., po doustnym podaniu glukozy	164,6±17,0	164,5±17,1	165,1±17,2	164,4±16,8
Hemoglobina glikowana (%)	5,91±0,50	5,91±0,50	5,91±0,50	5,91±0,51
Aktywność fizyczna w czasie wolnym (MET-godz. / tydzień) ³⁰	16,3±25,8	17,0±29,0	16,4±25,9	15,5±22,1

Źródło: Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM; Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin.

W badaniu w grupie 3234 osób kobiety stanowiły 67,7% populacji, dominowała rasa biała 54,7%; Afroamerykanie 19,9% oraz ludność pochodzenia hiszpańskiego 15,7%. Cukrzyca w rodzinie występowała u 69,4% w całej badanej populacji. 16,1% ogółu kobiet uczestniczących w badaniu doświadczyły cukrzycy ciąży. Średni czas badanych 50,6 lat; średnia waga 94,2 kg; BMI 34,0; obwód talii 105,1 cm; poziom glukozy w osoczu na czczo 106,5 mg/dl; po 2 godz. po doustnym podaniu 75 g glukozy – 164,6 mg/dl; poziom hemoglobiny glikowanej – 5,91%; aktywność fizyczna w ciągu tygodnia w skali MET-godz (MET oznacza równowartość metaboliczną. MET-godz.- średni czas poświęcony na aktywność fizyczną pomnożony przez wartość MET właściwą dla danej aktywności fizycznej i następnie zsumowany (w skali tygodnia). 16,3. W każdej z 3 badanych grup parametry bazowe były bardzo wyrównane.

Sposób oszacowania wydatku energetycznego 16 rodzajów aktywności fizycznej, o czym mowa wyżej, oparto o tabelę wydatków energetycznych czynności trwającej 10 min. zestawionych w Tabeli nr 19.

Tabela 18. Wydatek energetyczny czynności trwającej 10 min. (kcal)

Aktywność fizyczna	Masa ciała		
	60 kg	80 kg	110 kg
	Wydatek energetyczny (kcal)		
Sen	10	14	20
Siedzenie (oglądanie)	10	14	18

³⁰ MET oznacza równowartość metaboliczną. MET-godz.- średni czas poświęcony na aktywność fizyczną pomnożony przez wartość MET właściwą dla danej aktywności fizycznej i następnie zsumowany (w skali tygodnia).

Aktywność fizyczna	Masa ciała		
	60 kg	80 kg	110 kg
	Wydatek energetyczny (kcal)		
Siedzenie (rozmowa)	15	21	30
Ubieranie się lub	28	37	51
Lekka praca w ogrodzie	32	42	57
Mycie okien	37	48	67
Marsz (3 km/h)	29	40	58
Marsz (6 km/h)	52	72	102
Pływanie (grzbiet)	32	45	64
Taniec (tempo)	35	48	69
Pływanie (kraul)	40	56	80
Siatkówka	45	65	91
Rower (9 km/h)	42	58	83
Rower (21 km/h)	89	124	178
Narty biegowe	98	138	194
Wchodzenie po	146	202	288

Źródło: Brownell K.D., Wadden T.A. za: Plewa M., Markiewicz A., *Aktywność fizyczna w profilaktyce i leczeniu otyłości*, Endokrynologia, otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2006, tom 2, nr 1, s. 3

W tabeli poniżej podano uśrednione wartości redukcji ryzyka rozwoju cukrzycy u osób z IFG i/lub IGT (%) w odniesieniu dwukrotnie do grupy kontrolnej w odniesieniu do grupy z metforminą.

Tabela 19. Zmniejszenie częstości występowania ryzyka cukrzycy typu 2. w wyniku zastosowanej interwencji

Zmienne	Liczba uczestników w (%)	Częstość			Redukcja częstości występowania ryzyka cukrzycy ³¹		
		Placebo	Metformina	Modyfikacja stylu życia	Modyfikacja stylu życia vs.placebo	Metformina vs. placebo	Modyfikacja stylu życia vs.metformina
		Przypadki /100 osobolet			%		
Ogólnie	3234 (100)	11,0	7,8	4,8	58 (48 to	31 (17 to	39 (24 to 51)
Wiek							
25-44 lat	1000 (30,9)	11,6	6,7	6,2	48 (27 to	44 (21 to	8 (-36 to 37)
45-59 lat	1586 (49,0)	10,8	7,6	4,7	59 (44 to	31 (10 to	41 (18 to 57)
≥ 60 lat	648 (20,0)	10,8	9,6	3,1	71 (51 to	11 (-33 to	69 (47 to 82)
Mężczyźni	1043 (32,3)	12,5	8,1	4,6	65 (49 to	37 (14 to	46 (20 to 63)
Kobiety	2191 (67,7)	10,3	7,6	5,0	54 (40 to	28 (10 to	36 (16 to 51)
Rasa lub grupa etniczna							

³¹ Przedział ufności 95%.

Zmienne	Liczba uczestników w (%)	Częstość			Redukcja częstości występowania ryzyka cukrzycy ³¹		
		Placebo	Metformina	Modyfikacja stylu życia	Modyfikacja stylu życia vs.placebo	Metformina vs. placebo	Modyfikacja stylu życia vs.metformina
		Przypadki /100 osobolat			%		
Biała	1768 (54,7)	10,3	7,8	5,2	51 (35 to 68)	24 (3 to 36)	36 (14 to 52)
Afroamerykani	645 (19,9)	12,4	7,1	5,1	61 (37 to 77)	44 (16 to 52)	29 (-18 to 58)
Hiszpańska	508 (15,7)	11,7	8,4	4,2	66 (41 to 72)	31 (-9 to 36)	51 (13 to 72)
Indianie	171 (5,3)	12,9	9,7	4,7	65 (7 to 72)	25 (-72 to 26)	52 (-35 to 83)
Azjaci	142 (4,4)	12,1	7,5	3,8	71 (24 to 77)	38 (-55 to 60)	52 (-46 to 84)
BMI							
22 to < 30	1045 (32,3)	9,0	8,8	3,3	65 (46 to 72)	3 (-36 to 36)	63 (44 to 76)t
30 to < 35	995 (30,8)	8,9	7,6	3,7	61 (40 to 72)	16 (-19 to 26)	53 (28 to 70)t
≥ 35	1194 (36,9)	14,3	7,0	7,3	51 (34 to 68)	53 (36 to 60)	-4 (-47 to 26)t
Glukoza w osoczu							
Glukoza na czczo							
95-109 mg/dl	2174 (67,2)	6,4	5,5	2,9	55 (38 to 68)	15 (-12 to 26)	48 (27 to 63)
110-125 mg/dl	1060 (32,8)	22,3	12,3	8,8	63 (51 to 72)	48 (33 to 60)	30 (6 to 48)
dwie godz. po doustnym obciążeniu							
140-153 mg/dl	1049 (32,4)	7,1	4,3	1,8	76 (58 to 83)	41 (11 to 52)	59 (27 to 77)
154-172 mg/dl	1103 (34,1)	10,3	6,6	4,4	60 (41 to 72)	38 (13 to 52)	34 (2 to 56)
173-199 mg/dl	1082 (33,5)	16,1	12,3	8,5	50 (33 to 68)	26 (3 to 36)	33 (9 to 51)

Źródło: Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM; Diabetes Prevention Program Research Group.. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med. 2002 Feb 7;346(6):393-403. PubMed PMID: 11832527; PubMed Central PMCID:PMC1370926.

Największą redukcję czynników ryzyka uzyskano w grupie z modyfikacją stylu życia, polegającej na dążeniu do uzyskania trwałej redukcji masy ciała o 7% i wykonywaniu co najmniej umiarkowanego lub intensywnego wysiłku fizycznego przez minimum 150 min. tygodniowo. Największa redukcja wystąpiła w grupie osób starszych ≥ 60 lat (71%). U mężczyzn redukcja wyniosła 65%, u kobiet 54%. W zależności od rasy osoby badanej obniżenie ryzyka rozwoju cukrzycy było bardzo zróżnicowane: 51% – rasa biała, 71% – Azjaci. Zmniejszenie ryzyka rozwoju cukrzycy z powodu nieprawidłowej glikemii na czczo zawierało się w granicach 55-63%, zaś obniżenie ryzyka rozwoju cukrzycy z powodu nietolerancji glukozy, badanej po 2 godz. od obciążenia glukozą, zawierało się w granicach 76-50%.

W grupie, w której pacjenci przyjmowali metforminę ogólne obniżenie ryzyka wystąpienia cukrzycy wyniosło 31%. W grupie kobiet obniżenie częstości wystąpienia ryzyka wynosiło 37% zaś w grupie mężczyzn 28%. Ze względu na rasę badanych, największa redukcja częstości wystąpienia ryzyka cukrzycy była u Afroamerykanów 44%, a najniższa u Azjatów 25%. W grupie osób bardzo otyłych (BMI > 35) wystąpiło największe obniżenie ryzyka rozwoju cukrzycy - o 53%. Zmniejszenie ryzyka cukrzycy z powodu nieprawidłowej glikemii na czczo charakteryzowało się dużą rozpiętością wyników

15-48%, zaś obniżenie ryzyka rozwoju cukrzycy z powodu nietolerancji glukozy, badanej po 2 godz. Od obciążenia glukozą, zawierało się w granicach 41-26%.

Porównanie uzyskanych redukcji ryzyka rozwoju cukrzycy w grupie objętej modyfikacją stylu życia oraz w grupie przyjmującej metforminę, wykazuje zdecydowaną przewagę w zakresie osiągniętych rezultatów, w grupie stosującej modyfikację stylu życia.

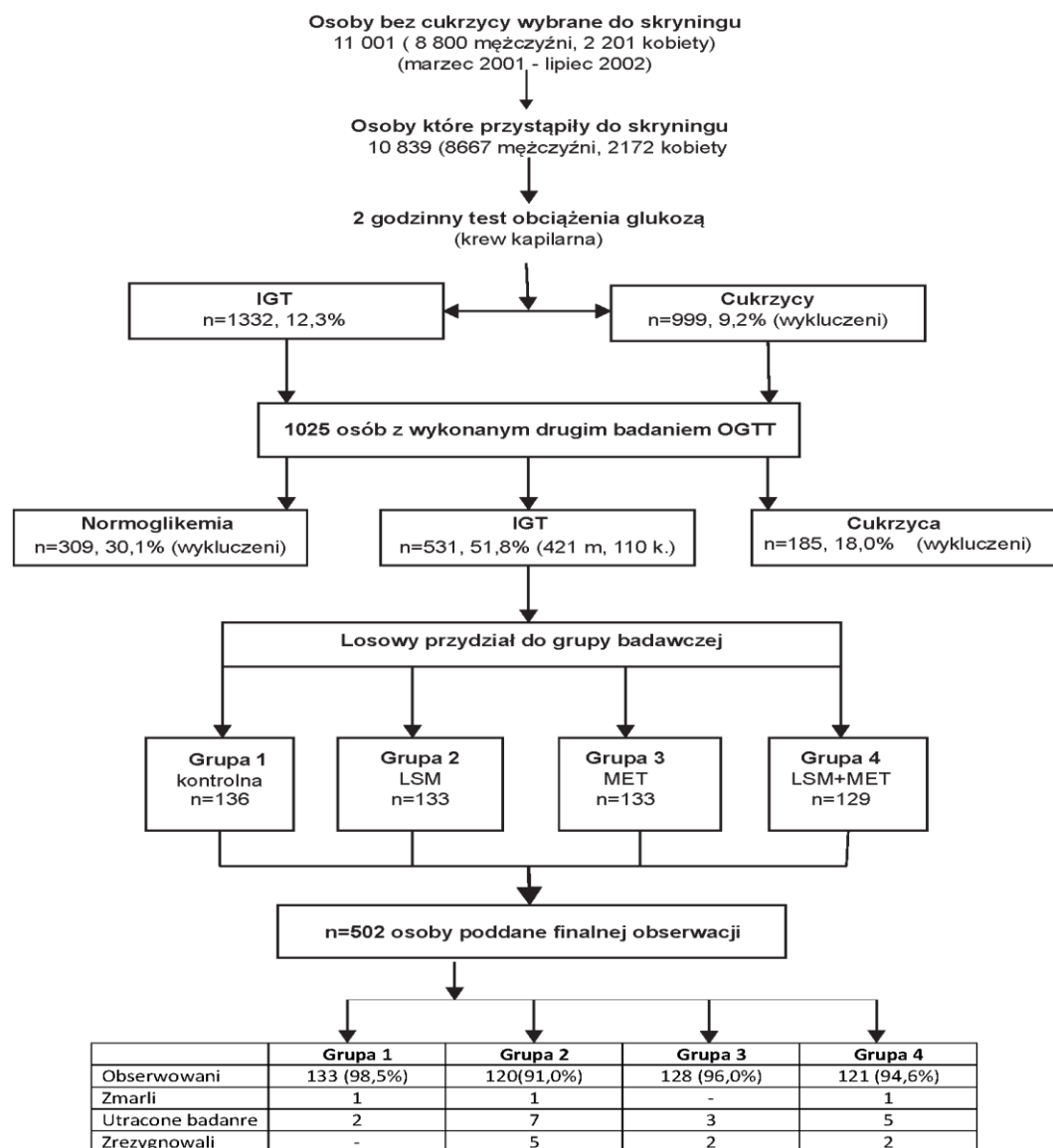
Uzyskane **wyniki** badania wskazują, że zarówno zmiany w stylu życia jak i leczenie metforminą zmniejszają częstość występowania ryzyka cukrzycy u osób z grupy wysokiego ryzyka. Jednak interwencja w postaci zmiany stylu życia jest bardziej skuteczna niż interwencja z zastosowaniem metforminy. Aby zapobiec jednemu przypadkowi cukrzycy w okresie 3 lat; 6,9 osób powinno uczestniczyć w programie zmiany stylu życia, zaś 13,9 osób w tym samym celu powinno przez 3 lata przyjmować metforminę.

Nowe publikacje dotyczące Diabetes Prevention Program (DPP) podkreślają, iż zwiększenie aktywności fizycznej pomaga utrzymać prawidłową wagę i niezależnie zmniejsza ryzyko cukrzycy wśród osób, które nie utraciły wagi.

Chociaż DPP nie był pierwotnie zaplanowany do badania zespołu metabolicznego, raport z realizacji DPP zawiera informację, iż interwencja modyfikacji stylu życia poprawia także parametry lipidowe i zespołu metabolicznego (trójglicerydy na czczo i HDL) i poza korzystnym efektem unormowania glukozy na czczo i tolerancji glukozy, dodatkowo redukuje częstość występowania nadciśnienia tętniczego.

Ad. poz. 4

Ramachandran i in. w swoim badaniu opisanym w publikacji pn. The Indian Diabetes Prevention Programme shows that lifestyle modification and metformin prevent type 2 diabetes in Asian Indian subjects with impaired glucose tolerance (IDPP-1). Diabetologia. 2006 Feb;49(2):289-97. Epub 2006 Jan 4. PubMed PMID: 16391903 oparł się na wynikach prospektywnych randomizowanych kontrolnych badań, takich jak: Diabetes Prevention Program (DPP) USA, Finnish Diabetes Prevention Study (DPS), Da Qing IGT and Diabetes Study Chiny i Malmo Study Szwecja, w których wykazano że zmiany stylu życia (LSM) obejmujące dietę i zwiększoną aktywność fizyczną opóźnia lub zapobiega progresji z IGT do cukrzycy. W ww. badaniach potwierdzono również, iż interwencje farmakologiczne (Metformina, Troglitazon, Akarboza) również są skuteczne. Ponieważ w Indiach cukrzyca stanowi duży problem w związku z wysoką częstością jej występowania, postanowiono w badaniach klinicznych zbadać skuteczność interwencji w zapobieganiu cukrzycy u pacjentów indyjskich. Pacjentów rekrutowano z populacji klasy średniej, a także z ich rodzin. Ogłoszenia były rozpowszechniane w postaci ogłoszeń reklamujących badanie oraz poprzez ogłoszenia w zakładach pracy. Opracowany protokół badania został zatwierdzony przez komisję etyki instytucji badawczej. Uzyskano pisemną zgodę od pracodawców i od każdego uczestnika badania. Schemat naboru i selekcji oraz badania przedstawiono poniżej:



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Ramachandran A, Snehalatha C, Mary S, Mukesh B, Bhaskar AD, Vijay V; Indian Diabetes Prevention Programme (IDPP). The Indian Diabetes Prevention Programme shows that lifestyle modification and metformin prevent type 2 diabetes in Asian Indian subjects with impaired glucose tolerance (IDPP-1), str. 291

Wyselekcjonowano początkowo 11 001 osób, bez zidentyfikowanej wcześniej cukrzycy oraz nie obciążonych poważnymi chorobami, w wieku 35-55 lat, obu płci. W czasie rekrutacji i podczas 6-miesięcznej obserwacji, badania przesiewowe przeprowadzono opierając się na standardowym teście tolerancji glukozy (OGTT). Glukozę oznaczano z krwi kapilarnej przy użyciu glukometru (Accu-Chek Sensor, Roche Diagnostics, Mannheim, Niemcy). W sumie 10 839 osób (8 667 mężczyzn i 2 172 kobiet) przebadano przy użyciu tego glukometru.

IGT wykryto u 1 322 badanych (12,3%) spośród których 1 025 (77%) przystąpiła do badań OGTT. Krew żylną do oznaczenia glukozy pobierano na czczo, po 30 min. i po 2 godz. na terenie zakładu pracy, na fluorek sodu/szczawian potasu. To badanie było wykonywane w laboratorium.

Podczas drugiego badania zbierano od pacjentów informacje demograficzne, w tym: historii cukrzycy

w rodzinie oraz dokonywano pomiarów antropometrycznych oraz obliczano BMI. Dokonywano pomiarów ciśnienia krwi oraz EKG. W sumie IGT rozpoznano u 531 pacjentów (421 mężczyzn, 110 kobiet), którzy w sposób losowy zostali przydzieleni do jednej z 4 grup, tj. do grupy kontrolnej, LSM, z metforminą, LSM + metformina.

Tabela 20. Porównanie wyników w grupach interwencyjnych w ciągu 3 lat

Zmienna	Grupa			
	Kontrolna	LSM	MET	LSM + MET
N	133	120	128	121
Skumulowana częstość występowania cukrzycy w 3 roku	55,0 (46,0 - 63,5)	39,3 (30,4 - 48,5)	40,5 (32,0 - 49,7)	39,5 (30,9 - 48,9)
% (95% CI)				
Zmniejszenie ryzyka bezwzględnego, %	-	15,7	14,5	15,5
Zmniejszenie ryzyka względnego, % (95% CI)	-	28,5 (20,5 - 37,3)	26,4 (19,1 - 35,1)	28,2 (20,3 - 37,0)
Wartość p względem grupy kontrolnej	-	0,018	0,029	0,022
NNT w ciągu 3 lat, aby zapobiec cukrzycy w 1 przypadku	-	6.4	6.9	6.5

Źródła: Ramachandran A, Snehalatha C, Mary S, Mukesh B, Bhaskar AD, Vijay V; Indian Diabetes Prevention Programme (IDPP). The Indian Diabetes Prevention Programme shows that lifestyle modification and metformin prevent type 2 diabetes in Asian Indian subjects with impaired glucose tolerance (IDPP-1). *Diabetologia*.

Autorzy badania obliczyli, iż aby zapobiec jednemu przypadkowi zachorowania na cukrzycę potrzebne jest wprowadzenie zmian stylu życia u 6,4 pacjenta z grupy dużego ryzyka przez średnio 3 lata.

Wniosek z badania: progresja IGT do cukrzycy jest wysoka u rodzimych Hindusów Azjatyckich. Zarówno interwencja zmiany stylu życia i interwencja z metforminą znacząco zmniejszyły częstość występowania cukrzycy u Azjatyckich Indian z IGT; nie było dodatkowych korzyści z łączenia interwencji.

Przegląd systematyczny i metaanaliza *Gillies CL, Abrams KR, Lambert PC, Cooper NJ, Sutton AJ, Hsu RT, Khunti K.*

Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2007 Feb 10;334(7588):299. Epub 2007 Jan 19. Review. PubMed PMID: 17237299; PubMed Central PMCID: PMC1796695.

Gillies i in. w dokonanym przeglądzie systematycznym oraz metaanalizie zbadali skuteczność interwencji w postaci leczenia farmakologicznego oraz zmiany stylu życia w celu zapobiegania lub opóźnienia rozwoju cukrzycy typu 2. u osób z nieprawidłową tolerancją glukozy. Dokonali przeglądu baz: Medline, Embase i Cochrane Library do lipca 2006 r. włączając ostatecznie do swojej pracy 17 badań, w których udział wzięło 11 702 osoby, w tym 8 084 z upośledzoną tolerancją glukozy.

W tabeli poniżej zestawiono podstawowe informacje o poszczególnych badaniach włączonych do metaanalizy, pogrupowane według rodzajów interwencji.

Tabela 21. Charakterystyka badań włączonych do przeglądu

Charakterystyka badań dotyczących interwencji zmiany stylu życia włączonych do przeglądu			
Badanie	Populacja	Interwencje	Definicje/kryteria
Pan, Chiny (1997)	n=530 Chińczycy, IGT. Wszyscy > 25 lat, 283 mężczyzn, 247 kobiet	Grupa z dietą otrzymała indywidualne i grupowe sesje doradcze, osoby z BMI > 25 zachęcane do schudnięcia. W grupie z ćwiczeniami zachęcane do zwiększenia liczby codziennych ćwiczeń. Grupa z dietą i ćwiczeniami otrzymała obie interwencje – tak jak wyżej. Grupa kontrolna otrzymywała rutynową poradę	WHO 1985
Diabetes Prevention Study (DPS), Finlandia (2003)	n = 522, z nadwagą, IGT, 67% kobiet	Grupa kontrolna otrzymywała ograniczoną poradę dotyczącą diety i ćwiczeń fizycznych; grupa interwencyjna podano dostosowane indywidualnie, szczegółowe informacje na temat diety, zmniejszenia masy ciała i ćwiczeń.	WHO 1985
Kosaka, Japonia (2005)	n = 356 mężczyzn, IGT, w wieku 30-70	Grupa kontrolna otrzymywała informacje jak stracić wagę gdy BMI ≥ 24, a grupa interwencyjna gdy BMI ≥ 22 poprzez jedzenie mniejszych posiłków i wzrost aktywności fizycznej. Porady były powtarzane w celu kontroli co 6 miesięcy i co 3-4 miesiące w grupie interwencyjnej.	WHO 1980 r.
Liao, USA (2002)	n = 70 Amerykanie pochodzenia Japońskiego, IGT, 55% kobiet	Grupa poddana interwencji stosuje dietę + 1 godz. ćwiczeń wytrzymałościowych - trzy razy w tygodniu zgodnie z zaleceniami Amerykańskiego Towarzystwa Chorób Sercowo-Naczyniowych. Grupie kontrolnej zaleca się mniej intensywne dietę i ćwiczenia rozciągające – trzy razy w tygodniu.	WHO 1998 r.
Tao, Chiny (2004)	n = 60, IGT, 43% stanowiły kobiety w wieku 34-65, średnia wieku 51	Obie grupy otrzymywały porady dietetyczne. Grupa interwencyjna otrzymała również szkolenie z regularnych ćwiczeń z umiarkowanym wysiłkiem.	WHO 1999
Wein, Australia (1999)	n = 200 kobiet z poprzednio stwierdzoną cukrzycą ciężową, IGT	Grupa interwencyjna otrzymała poradę dotyczącą intensywnej modyfikacji diety, grupa kontrolna otrzymała rutynową poradę.	WHO 1985
Charakterystyka badań dotyczących interwencji farmakologicznych /ziołowych włączonych do przeglądu			
Eriksson, Finlandia (2006)	n = 34, IGT, T2DM u rodziny z 1. stopniem pokrewieństwa. Wiek 35-70, BMI 25-35, 74% kobiet	Losowo wybrani do grupy placebo lub do grupy z 2,5 mg dziennie glipizydu	WHO 2006 r.
Fan, Chiny (2004)	n = 51, IGT, w wieku > 35, BMI > 19	Wszyscy otrzymali standardową dietę i poradę ćwiczeń. Dodatkowo grupa interwencyjna przyjmowała jiangtang bushen 2-3 razy / tydzień.	WHO 1999
Heymsfield,	n = 675 otyłych	Wszystkie zalecenia dotyczyły diety o niskiej	WHO 1985

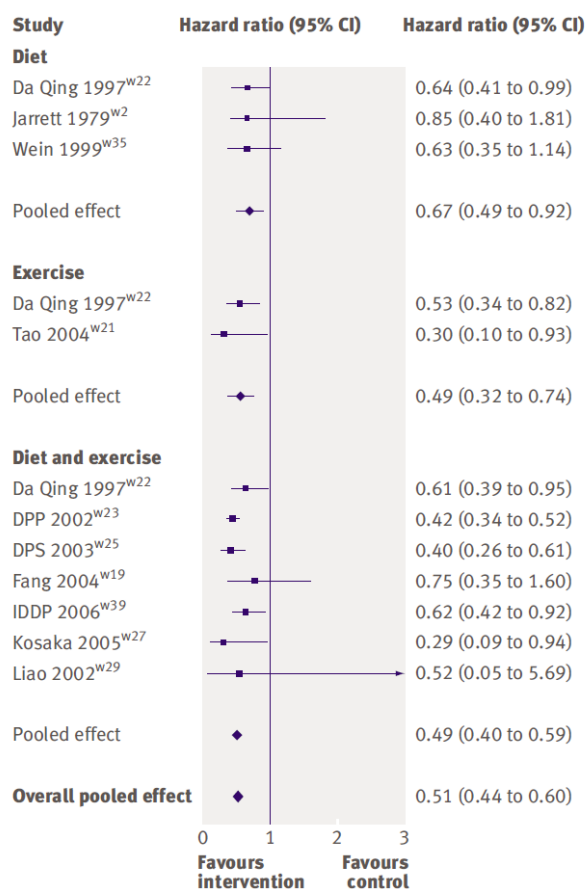
Charakterystyka badań dotyczących interwencji zmiany stylu życia włączonych do przeglądu			
Badanie	Populacja	Interwencje	Definicje/kryteria
USA i Europa (2000)	osób dorosłych (120 z IGT) BMI 30-43	wartości energetycznej, a następnie losowo przydzielono do grupy placebo i do grupy z 120 mg orlistatu, trzy razy dziennie	
Li, Chiny (1999)	n = 90, IGT, w wieku 30-60	250 mg metforminy lub placebo trzy razy dziennie, przez 12 miesięcy	WHO 1985
Pan Chiny (2003)	n = 261, IGT, w wieku 35-70, BMI > 19 i ≤ 34, 60% kobiet	50 mg akarbozy lub placebo trzy razy dziennie	American Diabetes Association (ADA) 1997
STOP-NIDDM, (2002)	N = 1429, IGT, wiek 40-70, 25-40 BMI	100 mg akarbozy lub placebo trzy razy dziennie	WHO 1985
XENDOS, Szwecja (2004)	n = 3277; 694 było z IGT, wiek 30-60, min. BMI 30	120 mg orlistatu lub placebo trzy razy /dzień, wszystkich pacjenci mieli zalecenie niskokalorycznej diety i ćwiczeń	WHO 1994
Charakterystyka badań dotyczących interwencji zmiany stylu życia i farmakologicznych włączonych do przeglądu			
Diabetes prevention programme (DPP), USA (2002)	n = 3234, IGT, w wieku ≥ 25. Minimalne BMI 24 (22 Azjaci), 32,3% mężczyzn, 54,7% rasa biała	Cztery interwencje: standardowe zalecenia zmiany stylu życia i placebo, standardowe zalecenia zmiany stylu życia i metformina (850 mg dwa razy dziennie), standardowe zalecenia zmiany stylu życia i troglitazon (400 mg dziennie) i intensywny program modyfikacji stylu życia. Interwencję z troglitazonem przerwano wcześniej ze względów bezpieczeństwa.	ADA 1997
Fang, Chiny (2004)	n = 178, IGT, 55% mężczyźni	Cztery interwencje: standardowa edukacja profilaktyki, edukacja i monitorowanie diety i ćwiczeń fizycznych, akarboza 25-50 mg - 3 razy /dziennie, lub flumamine 125-250 mg - 3 razy / dziennie.	WHO 1985
Indian diabetes prevention programme (IDDP), Indie (2006)	n = 531 Hinduscy Azjaci, IGT, w wieku 35-55, 21% kobiet	Cztery interwencje: standardowa porada dotycząca zmiany stylu życia, modyfikacja stylu życia, metformina (500 mg dwa razy dziennie, do 250 mg dwa razy dziennie po medianie z 40 dni), kombinacja modyfikacji stylu życia i metforminy.	WHO 1999
Jarrett, Wielka Brytania (1979)	n = 204 mężczyzn, IGT	Czynniki badania: 50 mg na dobę lub phenformina lub placebo i zalecenia ograniczenia spożycia węglowodanów do 120 g /dzień zwłaszcza sacharozy (cukier stołowy). Definicja: Badanie poziomu glukozy we krwi 6.1-11.0 mmol / l, pik glukozy we krwi w OGTT ≥ 10 mmol / l i 2 godz. glukoza we krwi 6,7-11.0 mmol / l, lub 2 wartości >	

Charakterystyka badań dotyczących interwencji zmiany stylu życia włączonych do przeglądu			
Badanie	Populacja	Interwencje	Definicje/kryteria
		10 mmol / l; lub pik glukozy we krwi $\geq 10,0$ i średnia 2 godz. glukozy $\geq 6,7$. Dwa kolejne 2 godzinne stężenia glukozy we krwi $> 11,1$; 3 nie-kolejne testy 2 godz. $\geq 11,1$; rozwój objawów i podniesiony poziom glukozy	

Badania włączone do metaanalizy dotyczyły grup osób z nieprawidłową tolerancją glukozy mających wysokie ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2. Oceniane interwencje były zróżnicowane, obejmujące działania ukierunkowane na zmianę stylu życia, działania farmakologiczne, zastosowanie preparatów ziołowych oraz zastosowanie interwencji połączonych interwencji zmiana stylu życia oraz działania farmakologiczne.

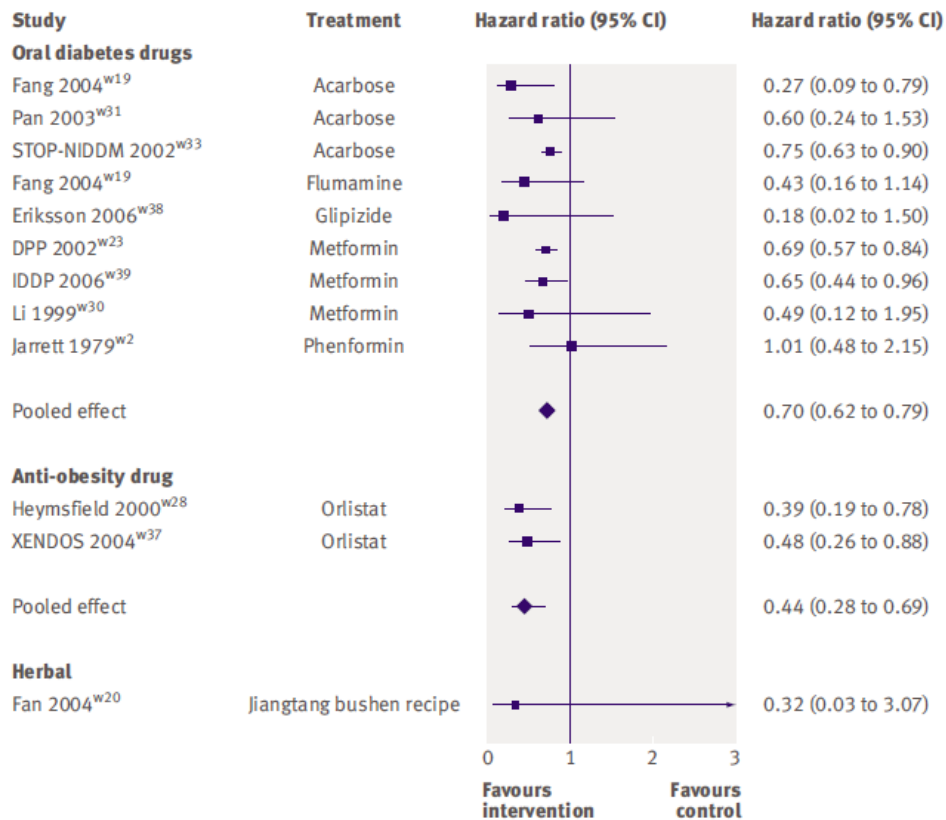
Przy wyborze badań do metaanalizy ograniczono się do randomizowanych badań klinicznych, aby zapewnić włączenie do analizy tylko wysokiej jakości dowodów. Celem interwencji w tych badaniach było opóźnienie bądź wyeliminowanie rozwoju cukrzycy. W wyniku przeprowadzonej metaanalizy otrzymano następujące wartości współczynników ryzyka HR (RR):

Metaanaliza efektu interwencji w postaci zmiany stylu życia na ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2



Źródło: Gillies CL, Abrams KR, Lambert PC, Cooper NJ, Sutton AJ, Hsu RT, Khunti K. Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis.

Metaanaliza efektu interwencji farmakologicznej / ziołowej na ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2.

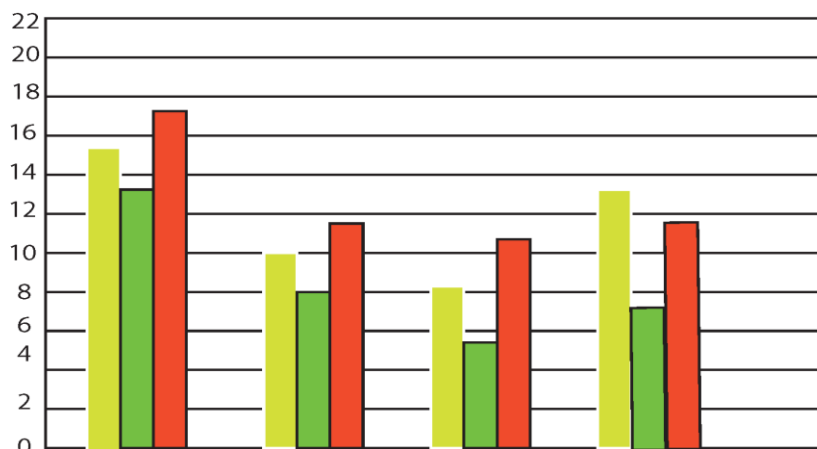


Źródło: Gillies CL, Abrams KR, Lambert PC, Cooper NJ, Sutton AJ, Hsu RT, Khunti K. Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis.

Wniosek z badania: zmiana stylu życia i interwencje farmakologiczne istotnie zmniejszają, u osób z upośledzoną tolerancją glukozy, tempo progresji do cukrzycy typu 2. Interwencje w postaci zmiany stylu życia, nie posiadające wad leczenia farmakologicznego są co najmniej tak samo skuteczne jak leczenie farmakologiczne.

W publikacji pn. *Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study* Pan XR i inni opisano randomizowane kontrolowane badania kliniczne, w których sprawdzono rolę diety i wysiłku fizycznego w profilaktyce cukrzycy typu 2. Jedno z pierwszych badań przeprowadzono w populacji chińskiej, złożonej z 577 mężczyzn i kobiet z upośledzoną tolerancją glukozy, którzy po randomizacji trafili do grupy leczonej dietą, wysiłkiem fizycznym lub za pomocą obydwu metod jednocześnie. Dzięki działaniom modyfikującym sposób odżywiania, ukierunkowanym na zwiększenie ilości warzyw i zmniejszenie spożycia alkoholu oraz cukrów prostych zachęcano osoby z nadwagą (BMI >25 kg/m²) do utraty zbędnych kilogramów. W grupie stosującej ćwiczenia zwiększano dzienną aktywność do poziomu odpowiadającego 20 minutom umiarkowanego wysiłku, na przykład szybki marsz. Z kolei w grupie stosującej dietę i ćwiczenia wprowadzono zmiany zarówno w sposobie odżywiania, jak i podejmowanej aktywności fizycznej.

Zapadalność na cukrzycę w ciągu 6 lat w grupach 4 interwencji
na 100 osobo-lat



Źródło: Pan XR, Li GW, Hu YH, Wang JX, Yang WY, An ZX, Hu ZX, Lin J, Xiao JZ, Cao HB, Liu PA, Jiang XG, Jiang YY, Wang JP, Zheng H, Zhang H, Bennett PH, Howard BV. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study.

Po obserwacji trwającej 6 lat wszystkie trzy strategie działania były podobnie skuteczne, powodując zmniejszenie ryzyka o 31-46% w porównaniu z nieleczoną grupą kontrolną. W długoterminowej obserwacji klinicznej opisywanej kohorty u większości uczestników badania rozwinęła się cukrzyca, chociaż rozpowszechnienie choroby było mniejsze w grupach interwencyjnych (80 w porównaniu z 93% w grupie placebo).

W przeprowadzonym Finnish Diabetes Prevention Study (DPS) 522 pacjentów w średnim wieku z nadwagą (przeciętne BMI 31 kg/m²) randomizowano do grupy, w której stosowano intensywne zmiany stylu życia lub do grupy kontrolnej. W pierwszej grupie zastosowano zarówno swoiste zalecenia dietetyczne, jak i wytyczne dotyczące ćwiczeń fizycznych z założeniem utraty 5% całkowitej masy ciała i prowadzeniem co najmniej 30-minutowego codziennego wysiłku fizycznego złożonego z ćwiczeń aerobowych i oporowych.

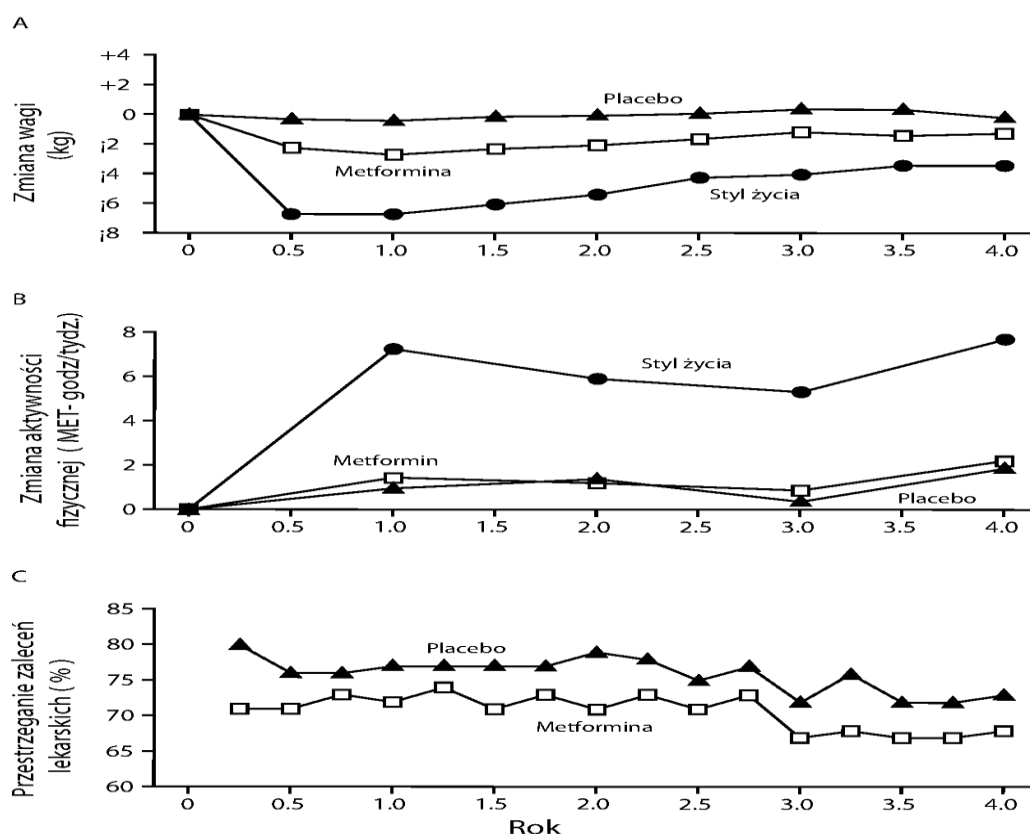
Przedstawione badanie pokazało klinicznie istotny wpływ intensywnych zmian stylu życia na zmniejszenie ryzyka rozwoju cukrzycy. Podczas trzyletniej obserwacji klinicznej w badanej grupie stwierdzono 58% zmniejszenie ryzyka skumulowanego w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej. W pierwszym roku pacjenci z grupy interwencyjnej stracili średnio 4,2 kg, co uznano za podstawowy czynnik zmniejszenia ryzyka rozwoju cukrzycy. Dalsze analizy pokazały wpływ ćwiczeń fizycznych na zmniejszenie ryzyka wystąpienia cukrzycy: umiarkowana do zwiększonej aktywność fizyczna przez co najmniej 2,5 godziny na tydzień powodowała zmniejszenie zapadalności na cukrzycę o 63-69%. W przedłużonej obserwacji klinicznej (trzy lata po zakończeniu badania) grupa, w której wprowadzono intensywne zmiany stylu życia, utrzymała 36% względną redukcję ryzyka wystąpienia cukrzycy. Sugeruje to, że korzyści wynikające z przedstawionego sposobu postępowania można utrzymać poza ramami badania klinicznego.

W badaniu DPP randomizowano 3234 pacjentów z nadwagą i upośledzoną tolerancją glukozy, pochodzących z 22 ośrodków badawczych w Stanach Zjednoczonych, do jednej z trzech grup: intensywna modyfikacja stylu życia (intensive lifestyle intervention, ILS), leczenie metforminą i placebo. Uczestnikami badania były głównie osoby w średnim wieku z przeciętnym BMI na poziomie 34 kg/m². Czterdzieści pięć procent uczestników badania pochodziło z mniejszości etnicznych i rasowych i należało do grupy zwiększonego ryzyka występowania cukrzycy. W grupie ILS zalecono przestrzeganie niskokalorycznej, ubogotłuszczowej diety, mającej na celu utratę 7% wyjściowej masy ciała i wykonywanie ćwiczeń fizycznych o średniej intensywności przynajmniej 150 minut tygodniowo. W ciągu pierwszych 24 tygodni badania osoby z grupy ILS uczestniczyły w 16-tygodniowym podstawowym programie szkoleniowym ukierunkowanym na zmianę zachowania, dietę i naukę ćwiczeń fizycznych, po którym następował co najmniej miesięczny okres utrwalania uzyskanych informacji.

Po trwającej średnio 2,8 roku obserwacji osoby z grupy ILS była podobna wśród mężczyzn i kobiet oraz w różnych grupach etnicznych i rasowych. Najistotniejsze zmniejszenie ryzyka stwierdzono wśród osób po 60 roku życia, co najprawdopodobniej było związane z największą utratą masy ciała i największym wysiłkiem fizycznym wykonywanym w tej grupie uczestników.

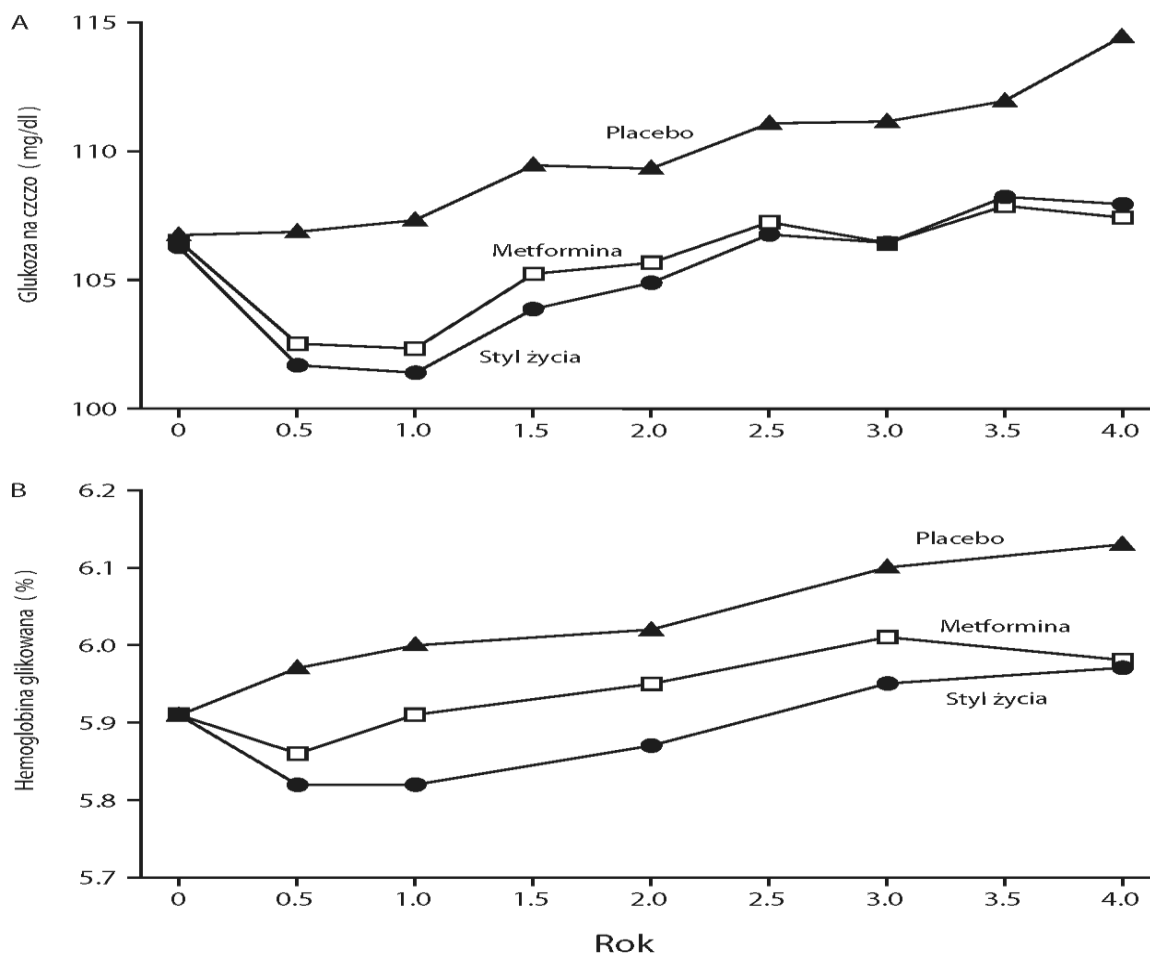
Po zakończeniu wstępnej zaślepionej fazy badania DPP wszyscy uczestnicy otrzymali możliwość udziału w programie ILS w ramach sesji grupowej, a następnie zostali włączeni do DPP Outcome Study (DPPOS), które miało na celu sprawdzenie, czy dzięki zastosowanemu postępowaniu utrzymano zdolność zapobiegania cukrzycy. W trakcie badania DPPOS wszyscy pacjenci odbywali co 3 miesiące zajęcia dotyczące zmiany stylu życia, a osoby z pierwotnej grupy ILS uczestniczyły w dodatkowych spotkaniach.

Zmiany wagi ciała (Panel A), zmiany aktywności fizycznej w czasie wolnym (Panel B) i leczenie metforminą (Panel C), według grup interwencji



Opublikowano wyniki pochodzące z dodatkowego okresu obserwacji klinicznej trwającego 6,8 roku, prowadzonej w ramach DPPOS. Po obserwacji klinicznej, której mediana czasu wyniosła 10 lat, osoby z grupy ILS, które początkowo zmniejszyły masę ciała o około 7 kg w pierwszym roku badania DPP, ważyły przeciętnie 2 kilogramy mniej niż w trakcie randomizacji do badania. Podczas trwania DPPOS wskaźniki zapadalności na cukrzycę w grupach przyjmujących metforminę i placebo w poprzednim badaniu były identyczne jak w przypadku osób z grupy ILS, ale zapadalność skumulowana pozostała mniejsza u osób z grupy ILS (34% redukcja ryzyka w porównaniu z placebo).

Wpływ zastosowanych interwencji na zmianę poziomu stężenia glukozy w osoczu na czczo oraz na zmianę poziomu hemoglobiny glikowanej (HbA_{1c}) w 3 grupach badanych (intensywna modyfikacja stylu życia, leczenie metforminą, grupa kontrolna-placebo)



Źródło: Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM; Diabetes Prevention Program Research Group.. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin (str. 399).

Przedstawione wyniki pokazują, iż prewencja lub opóźnienie rozwoju cukrzycy wynikające z zastosowania zmiany stylu życia mogą się utrzymywać przez co najmniej 10 lat. Ponadto zmniejszenie zapadalności na cukrzycę wśród osób wcześniej przyjmujących metforminę lub placebo sugeruje, że zmiana stylu życia wprowadzona w formie grupowej jest skuteczną strategią postępowania.

VI. KOSZTY

1. Koszty jednostkowe Programu

Koszt wykonania pełnego świadczenia u jednego uczestnika Programu (koszty bezpośrednie) to suma kosztów: badania na początku i na końcu Programu, konsultacja lekarska na początku i na końcu oraz udział w kompleksowym programie edukacyjnym łącznie z otrzymaniem materiałów edukacyjnych.

Koszt jednostkowy dla poszczególnego uczestnika Programu może się różnić w zależności od udziału pacjenta w poszczególnych etapach Programu oraz od miejsca udzielania świadczenia (rejon województwa) i stawek zaproponowanych przez poszczególnych Realizatorów.

Koszty są szacunkowe wg. stawek obowiązujących w województwie pomorskim oraz wycenione na podstawie innych projektów finansowanych z funduszy unijnych, jednocześnie koszty są wypadkową i w zależności od realizatora i miejsca wykonywania usług mogą ulec zmianom.

Na koszty związane z uczestnictwem w Programie (**koszty jednostkowe uczestnika**) będą składały się następujące elementy:

Lp.	Interwencja	Koszt jednostkowy (zł)
1	Obsługa medyczna/merytoryczna uczestników (ocena ankiet FINDRISK, wydawanie skierowań na badanie laboratoryjne, punkt pielęgniarski)	10 zł
2	Badanie laboratoryjne - początek programu	20 zł
3	Badanie laboratoryjne - koniec programu	20 zł
4	Konsultacje lekarskie - kwalifikacja do programu	100 zł
5	Konsultacje lekarskie - koniec programu	100 zł
6	Konsultacje pielęgniarskie - kwalifikacja do programu	50 zł
7	Konsultacje pielęgniarskie - koniec programu	50 zł
8	Szkolenie grupowe 1 spotkania po 4 h (w przypadku szkoleń stacjonarnych)	500 zł
9	Szkolenie grupowe 2 spotkania po 4 h (w przypadku szkoleń stacjonarnych)	500 zł
10	Konsultacje indywidualne x 3 spotkania x 5000 osób (zespół dietetyk i fizjoterapeuta)	200 zł

Poza kosztami związanymi z uczestnictwem w Programie, regionalny program polityki zdrowotnej przewiduje realizację m.in.:

- 1. Przygotowanie oraz realizacja kampanii edukacyjno – promocyjnej** dla potencjalnych uczestników oraz ogółu społeczeństwa (rekrutacja uczestników, kampanie społeczne, edukacja społeczeństwa poprzez materiały edukacyjne, np. platformę edukacyjną inne ciekawe formy) – koszt około **2 350 000 zł**
- 2. Materiały edukacyjne (ogólne)** (w formie tradycyjnej bądź w innych ciekawych formach w tym w wersji elektronicznej). Materiały powinny być różnicowane dla uczestników na różnych etapach Programu – **max ok. 300 000,00 (dla wszystkich uczestników)**
- 3. Materiały edukacyjne** dla uczestników etapu zmian behawioralnych (w formie tradycyjnej bądź w innych ciekawych formach w tym w wersji elektronicznej) – **max 105 zł na uczestnika.**

Podobnie jak w przypadku kosztów przypadających na uczestnika koszty mogą się różnić w zależności od miejsca udzielania świadczenia (rejon województwa) i stawek zaproponowanych przez poszczególnych Realizatorów a tym samym kosztów oszacowanych przez Beneficjenta realizującego program (zgodnie z konkursem ogłoszonym w ramach RPO WP 2014-2020)

W ramach RPZ zaplanowano również **koszty administracyjne oraz koszty związane z zakupem sprzętu** - ich wysokość będzie uzależniona od wartości kosztów kwalifikowanych zaplanowanych w ramach projekt/ów realizowanych w Poddziałaniu 5.4.2. RPO WP 2014-2020.

Ww. w związku z faktem, iż RPZ będzie finansowany ze środków unijnych, w tym przypadku RPO WP 2014-2020, należy ww. koszty ponosić zgodnie z „Wytocznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020”, dotyczy to zwłaszcza wskazania kosztów pośrednich oraz dopuszczenia możliwości finansowania środków trwałych w ramach projektów oraz wydatków w ramach **cross-financing**.

Szczegóły ponoszenia poszczególnych wydatków oraz zasady ich rozliczania zostaną również wskazane na etapie dokumentacji konkursowej w ramach ogłoszonego konkursu w ramach RPO WP 2014-2020.

2. Koszty całkowite Programu

Program będzie realizowany w latach 2018-2021. Planowana jest także jego kontynuacja w sytuacji posiadania źródeł finansowania przez Samorząd Województwa Pomorskiego.

Alokacja przewidziana na realizację RPZ w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 wynosi około **11 742 415,76** (85 % wartości RPZ). Pozostałe środki będą pochodziły z środków własnych Beneficjenta, budżetu państwa).

Alokacja może ulec zmianie w związku z obowiązującym kursem euro !

Całkowita wartość RPZ planowana jest na ok. 13 810 666 zł

3. Źródła finansowania

Program polityki zdrowotnej finansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020.

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Regionalny Program Zdrowotny dotyczący prewencji cukrzycy typu 2. jest spójny z Regionalnym Programem Strategicznym w zakresie ochrony zdrowia „Zdrowie dla Pomorzan”. Program, jako jeden z sześciu dokumentów wiodących w realizacji Strategii Rozwoju Województwa Pomorskiego, należy do podstawowych punktów odniesienia decydujących o kształcie przyjmowanych na poziomie województwa Pomorskiego, programów operacyjnych, a także ukierunkowania środków ujmowanych po stronie wydatków rozwojowych w budżecie województwa.

Część diagnostyczna Strategii wskazuje, że jednym z kluczowych problemów województwa pomorskiego jest niezadawalający stan zdrowia mieszkańców, zwłaszcza w wieku produkcyjnym. Zwiększona chorobowość, spowodowana chorobami cywilizacyjnymi rzutuje na aktywność zawodową, społeczną, kulturową i gospodarczą ludności. Wpływa także na koszty społeczne poprzez zwiększoną liczbę zasiłków chorobowych i rentowych. Z tego też powodu wzrasta liczba osób niepełnosprawnych.

Głównych przyczyn takiego stanu rzeczy upatruje się w nieprawidłowych zachowaniach prozdrowotnych mieszkańców województwa i zgłaszania się do systemu zdrowia w stadium dużego zaawansowania choroby. Z jednej strony jest to spowodowane niską świadomością ludności i

brakiem odpowiedzialności za stan własnego zdrowia, z drugiej zaś trudnościami w dostępie do świadczeń.

Rozwiązaniem problemu w najbliższych latach może stać się położenie większego nacisku na propagowanie zdrowego trybu życia, efektywną profilaktykę zdrowotną, dzięki której możliwe jest wykrycie choroby we wczesnym stadium, gwarantującym często nawet całkowite wyleczenie.

Zakres świadczeń proponowanych w Programie stanowi uzupełnienie świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ, ponieważ nie ma procedur finansowanych ze środków publicznych, porad edukacyjnych, które mogą zapewnić pacjentowi konsultacje z zasad zdrowego odżywiania się i prowadzenia aktywnego stylu życia.

Reasumując, sytuacja epidemiologiczna regionu oraz problem zdrowotny jakim jest cukrzyca typu 2. zmusza władze regionu do podjęcia działań mających na celu motywowanie mieszkańców do regularnych badań przesiewowych, zwiększających wiedzę mieszkańców województwa o cukrzycy typu 2. i metodach jej zapobiegania.

VII. MONITOROWANIE I EWALUACJA

Realizator zobowiązany jest do prowadzenia monitoringu działań wykonywanych w ramach Programu.

W związku z powyższym Realizator ma obowiązek opracowywania **sprawozdań rocznych** oraz przygotowanie **sprawozdania końcowego** z realizacji Programu (zgodnie z załącznikiem nr 10)

Prawidłowo opracowane sprawozdanie roczne należy złożyć w terminie do 30 dni roboczych po zakończeniu okresu sprawozdawczego. Poprzez okres sprawozdawczy rozumie się rok kalendarzowy.

Prawidłowo opracowane sprawozdanie końcowe należy złożyć w terminie do 30 dni roboczych po zakończeniu okresu realizacji projektu.

Realizator jest zobowiązany do prowadzenia monitoringu Programu w wersji elektronicznej-edytowalnej typu Excel, w tym załączniki (nr. 3,4,5,)

Ww. sprawozdania należy przekazać we wskazanych terminach w wersji papierowej oraz elektronicznej do Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego.

W przypadku konieczności złożenia dodatkowych informacji, dokumentów potwierdzających realizację interwencji ujętych w Programie lub uzupełnienie sprawozdania realizator jest zobowiązany do dostarczenia ich do Departamentu Zdrowia UMWP, zwłaszcza informacji niezbędnych do przygotowania rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2016r. w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, Dz. U. 2016 poz. 2216)

Za ewaluację będzie odpowiadał Samorząd Województwa Pomorskiego.

Realizator jest zobowiązany do udzielania wszelkich informacji na etapie przygotowania ewaluacji.

1. Ocena zgłaszalności do Programu

Ocena zgłaszalności do Programu będzie należała do obowiązków realizatora. Realizator będzie miał obowiązek prowadzenia rejestru osób, które zgłosiły się do Programu oraz liczby osób, które zostały włączone do udziału w Programie.

Wskaźniki:

1. Liczba osób które wypełniły ankietę FINDRISK (z podaniem informacji: płeć, wiek, liczba punktów, miejsce zamieszkania tj. miasto/wieś)
2. Liczba osób skierowanych na badanie przesiewowe z podziałem na test OGTT oraz oznaczenie glikemii na czczo
3. Liczba osób ze stwierdzonym stanem przedcukrzycowym (z podziałem na rodzaj wykonanego badania przesiewowego)
4. Lista osób ze stwierdzeniem podejrzenia wystąpienia cukrzycy typu 2 (z podziałem na rodzaj wykonanego badania przesiewowego)
5. Liczba osób, które zostały niezakwalifikowane do programu.
6. Liczba osób która wzięła udział w szkoleniu grupowym
7. Liczba osób która wzięła udział z szkoleniu indywidualnym
8. Liczba osób rezygnujących z programu (ze wskazaniem na jakim etapie).

2. Ocena jakości świadczeń w Programie

Zostanie przygotowana ankietą dla pacjenta oceniająca jakość świadczonych usług. Zostanie przygotowana tabela/zestawienie mierników efektywności Programu z informacjami: liczba osób, które zgłosiły się na badania przesiewowe, średnia liczba punktów, ile uzyskali uczestnicy w teście nt. wiedzy o cukrzycy, liczba osób ze stanem przedcukrzycowym, liczba osób, u których wykryto cukrzycę typu 2., liczba osób z wysokim ryzykiem cukrzycy FINDRISK.

Wypełnione przez uczestników ankiety, analiza oraz zbiorczy raport wyników zostanie przesłany przez realizatora Samorządowi Województwa Pomorskiego. Realizator zobowiązany jest do kontaktu z SWP i udzielanie wszelkich informacji dotyczących monitoringu Programu.

3. Ocena efektywności Programu

Samorząd Województwa Pomorskiego – odpowiedzialny za opracowanie niniejszego dokumentu, przeprowadzi analizę danych dotyczących chorobowości oraz zachorowalności w zakresie cukrzycy w grupie osób będących w wieku aktywności zawodowej po 5 latach od zakończenia realizacji Programu.

Efektywność Programu zostanie zbadana po zakończeniu Programu na podstawie wskaźników:

- 1) Liczba osób, które zgłosiły się na badania przesiewowe (w tym osoby po 45 r.ż.)
- 2) Liczba osób ze stanem przedcukrzycowym
- 3) Liczba wykrytych nowych przypadków podejrzenia cukrzycy typu 2.

Powyższe dane będą zestawione ze wskaźnikami sprzed wdrożenia Programu.

4. Ocena trwałości efektów Programu

Program stanowi integralną część lokalnego systemu zdrowia. W Programie uwzględniono interwencje, które będą skutkować długotrwałymi efektami zdrowotnymi.

Wdrożone w trakcie trwania Programu zmiany stylu życia, zmieniające nieprawidłowe nawyki żywieniowe oraz promocja aktywności fizycznej, czyli interwencje charakteryzujące się największą skutecznością w prewencji cukrzycy typu 2. Zaplanowane interwencje pozytywnie wpłyną również na zapobieganie otyłości, wzmocnienie układu sercowo-naczyniowego, przyczynią się również do długotrwałego korzystnego efektu zdrowotnego wśród jego uczestników i ich najbliższych, również po zakończeniu realizacji Programu.

Jednocześnie personel medyczny uczestniczący w Programie zdobędzie/poszerzy swoją wiedzę z zakresu badań przesiewowych, rozpoznawania oraz prewencji cukrzycy. Zdobyte doświadczenie zostanie wykorzystane w dalszej pracy z pacjentami diabetologicznymi po zakończeniu realizacji Programu, co wpłynie na jakość udzielanych świadczeń w POZ, w szczególności w zakresie edukacji.

Program uwzględnia także ścieżkę postępowania z pacjentami, którzy podlegają wyłączeniu z uczestnictwa w Programie. Osobom, u których na podstawie wyników badań przesiewowych stwierdzono podejrzenie wystąpienia cukrzycy, zostanie przekazany wynik badania z zaleceniem dalszej diagnostyki u lekarza POZ, w ramach świadczeń gwarantowanych z NFZ. Podobnie pacjent w stanie normoglikemii, dostanie zalecenia prozdrowotnego stylu życia oraz zalecenia zgłaszania się na badania w kierunku cukrzycy regularnie co 1 rok ze względu na zwiększone ryzyko wystąpienia cukrzycy

typu

2.

Załącznik nr 1. Schemat przebiegu Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej dotyczącej prewencji cukrzycy typu 2.

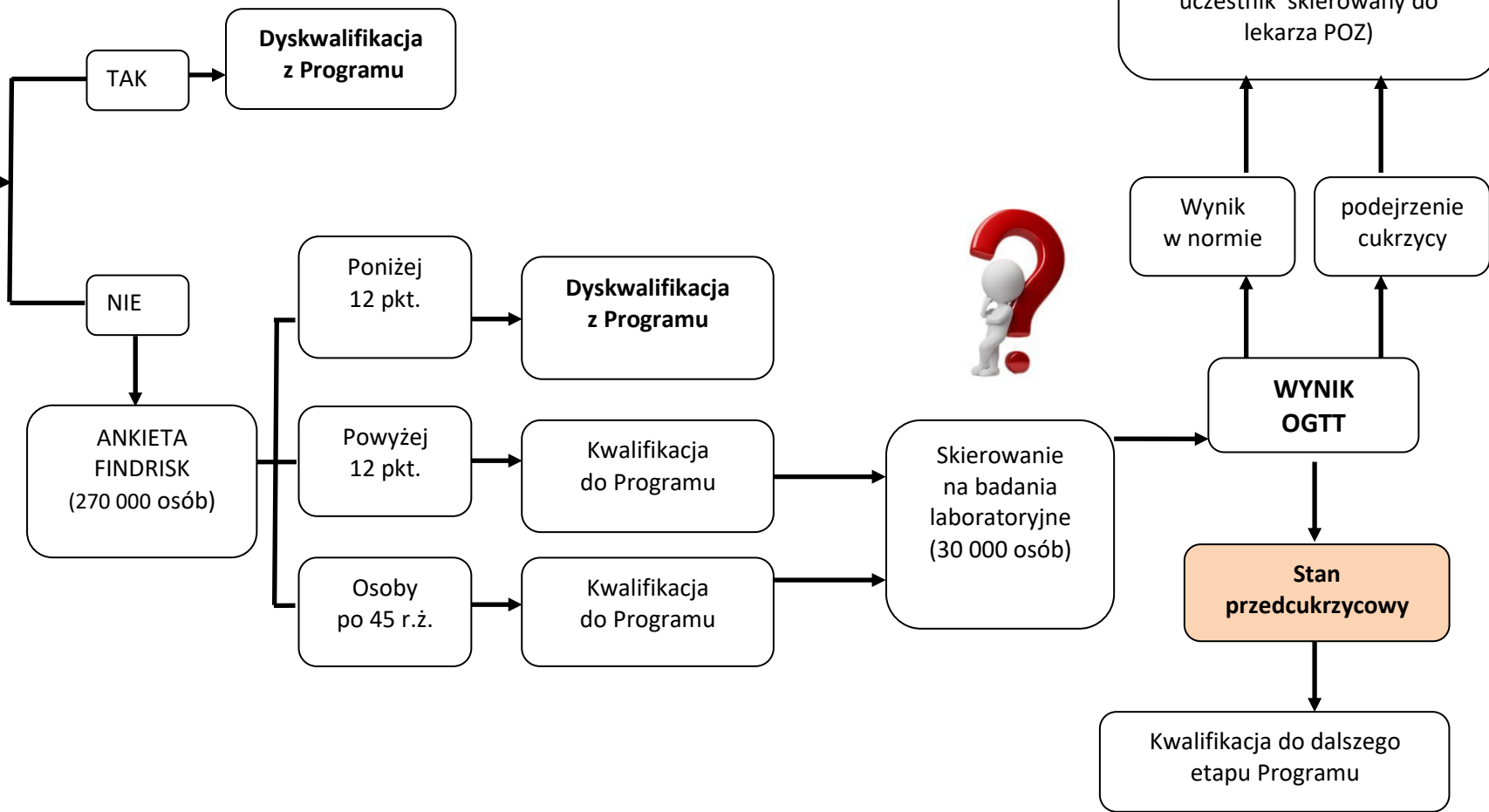
I ETAP – Kampania informacyjno-edukacyjna



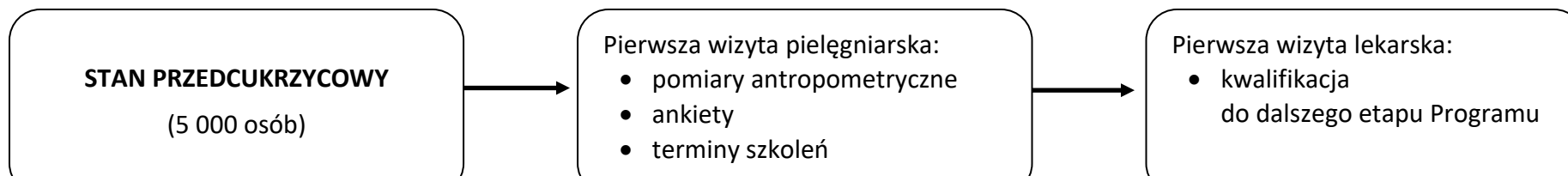
II ETAP – Kwalifikacja do Programu – wiek 35-64 lat

UCZESTNIK

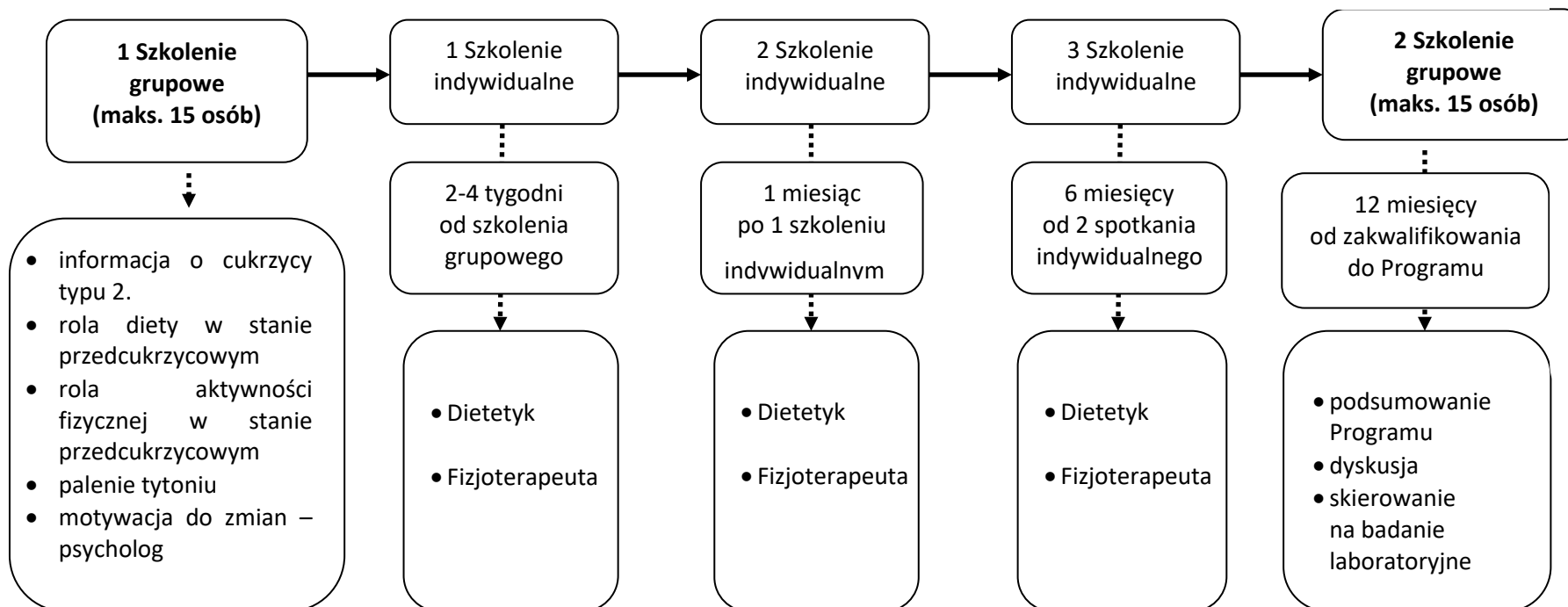
- Osoby ze stwierdzoną cukrzycą typu 2. **lub**
- Osoby, które przebyły diagnostykę w ciągu jednego roku przed przystąpieniem do Programu



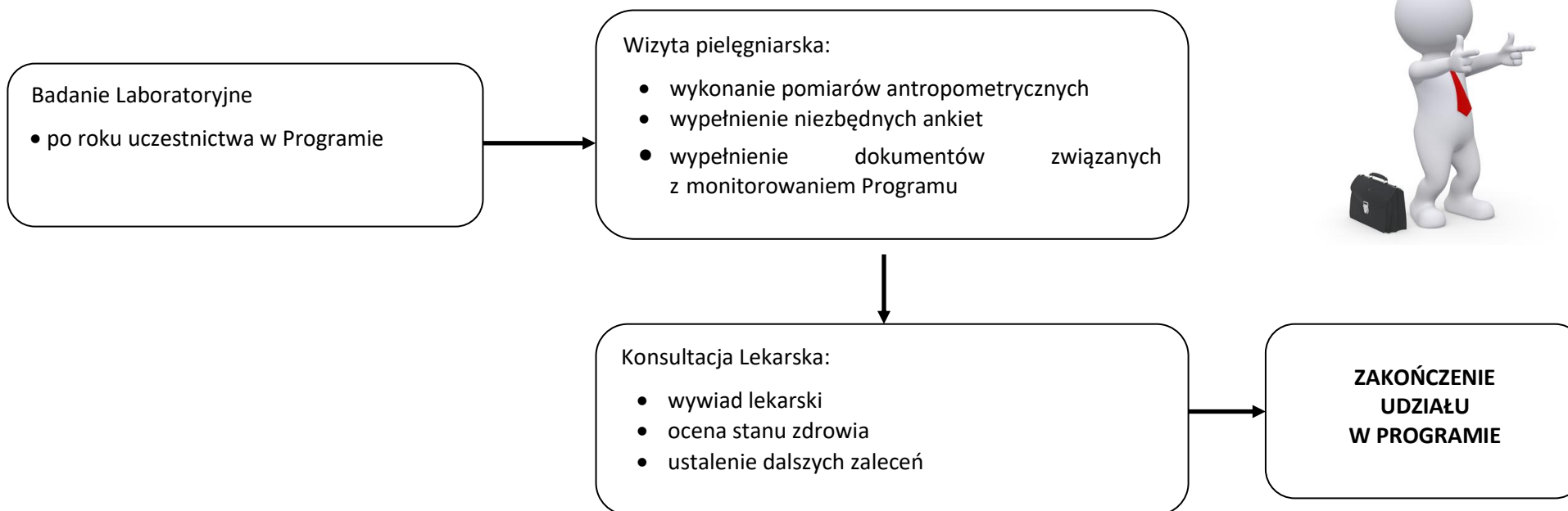
III ETAP – Włączenie do dalszego etapu przez kadrę medyczną



IV ETAP – Realizacja kompleksowego programu edukacyjnego dla uczestników Programu



V ETAP – Ocena efektów i zakończenie udziału uczestnika w Programie



VI ETAP

Monitoring i ewaluacja Programu



Załącznik nr 2. Ankieta FINDRISK (Kwestionariusz Oceny Ryzyka Wystąpienia Cukrzycy)

**Ocena ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2.
kwestionariusz FINDRISC
(Finnish Diabetes Risk Score)**

Zakreśl właściwą odpowiedź i zsumuj punkty

1. Wiek

- 0 pkt < 45 lat
- 2 pkt 45 - 54 lat
- 3 pkt 55 - 64 lat
- 4 pkt > 64 lat

2. Wskaźnik masy ciała (BMI)

- 0 pkt < 25 kg/m²
- 1 pkt 25 - 30 kg/m²
- 3 pkt > 30 kg/m²

3. Obwód pasa

MĘŻCZYŹNI

KOBIETY

- | | | |
|-----------------------------|-------------|------------|
| <input type="radio"/> 0 pkt | < 94 cm | < 80 cm |
| <input type="radio"/> 3 pkt | 94 - 102 cm | 80 - 88 cm |
| <input type="radio"/> 4 pkt | > 102 cm | > 88 cm |

4. Czy ćwiczy pan/pani lub zwiększa swój wysiłek fizyczny w wolnym czasie bądź w pracy przez przynajmniej 30 minut?

- 0 pkt Tak
- 2 pkt Nie

5. Jak często je pan/pani warzywa lub owoce?

- 0 pkt Codziennie
- 1 pkt Nie codziennie

6. Czy kiedykolwiek zażywał pan/pani leki na obniżenie ciśnienia krwi?

- 0 pkt Nie
- 2 pkt Tak

7. Czy kiedykolwiek lekarz bądź inna osoba pracująca w służbie zdrowia powiedziała panu/pani, że ma pan/pani podwyższony poziom glukozy we krwi (podczas badania medycznego, choroby lub ciąży)?

- 0 pkt Nie
- 5 pkt Tak

8. Czy u kogokolwiek z członków pana/pani rodziny stwierdzono cukrzycę?

- 0 pkt Nie
- 3 pkt Tak: u dziadka, lub kuzyna (ale nie u rodziców, rodzeństwa lub własnego dziecka)
- 5 pkt Tak: u biologicznego ojca lub matki, rodzeństwa lub własnego dziecka)

Ocena ryzyka wystąpienia cukrzycy w ciągu najbliższych 10 lat

Po zsumowaniu punktów uzyskanych w pytaniach od 1 do 8 otrzymujemy wynik, który pozwala ocenić ryzyko wystąpienia cukrzycy w ciągu najbliższych 10 lat. Jest ono następujące:

- < 7 niskie: zachoruje 1 osoba na 100
- 7 – 11 lekko podwyższone: 1 osoba na 25
- 12 – 14 nieznaczne/średnie: 1 osoba na 6
- 15 – 20 wysokie: 1 osoba na 3
- > 20 bardzo wysokie: 1 osoba na 2

Skala FINnish Diabetes Risk SCORE (FINDRISC) służąca do oceny ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2 u dorosłych w okresie 10 lat (na podstawie Lindstrom i Tuomilehto [1]; dostępna na <http://www.diabetes.fi/english>).

Załącznik nr 3.**Karta pacjenta przystępującego do Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej dotyczącej prewencji cukrzycy typu 2. (etap włączenia do etapu badań przesiewowych)**

Lp.	Imię i nazwisko	Wiek	Adres - telefon kontaktowy	Wykształcenie	Status na rynku pracy	Przebyta diagnostyka cukrzycy w ciągu ostatniego roku TAK/NIE	Rozpoznanie cukrzycy typu 2 (TAK/nIE)	Wynik FINDRISK	Źródło wiedzy o programie	Podpis
1.										
<p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r. poz. 922) w związku z przystąpieniem do</p> <p><i>Regionalnego Programu Polityki zdrowotnej dotyczącego prewencji cukrzycy typu 2.</i></p> <p>.....</p> <p>(czytelny podpis)</p>										

Uwagi

- 1) Należy wypełnić, gdy pacjent uzyska wynik z ankiety FINDRISK 12 punktów i więcej.
- 2) Należy wypełnić dla osób po 45 roku życia bez względu na wynik ankiet FINDRISK.
- 3) Po wstępnej kwalifikacji pacjenta do wykonania badania laboratoryjnego i założeniu Karty pacjent otrzymuje skierowanie na badanie.
- 4) Wykształcenie: podstawowe, gimnazjalne, średnie, zawodowe, wyższe.
- 5) Status na rynku pracy: umowa o pracę, działalność gospodarcza, inne zatrudnienie, bezrobotny, emeryt, rencista.

Załącznik nr 4. Karta pacjenta przystępującego do Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej dotyczącej prewencji cukrzycy typu 2. (etap włączenia do etapu badań przesiewowych)

Imię i nazwisko			
Data urodzenia			
Adres zamieszkania oraz numer telefonu			
Lp.	Wynik/pomiar	Przystąpienie do Programu	Zakończenie udziału w Programie
1.	Ankieta FINRISK		x
2.	OGTT – 0 (mg/dl)		
3.	OGTT – 2h (mg/dl) lub glikemia na czczo		
4.	Waga		
5.	BMI (kg/m ²)		
6.	WHR		
7.	Aktywność fizyczna (MET - min./tydz.)		
8.	Ocena punktowa kwestionariusza oceny wiedzy na temat zdrowego odżywiania i nawyków żywieniowych uczestnika Programu profilaktycznego		
9.	Liczba wypalonych papierosów		
10.	Zalecenia		
11.	Data, podpis i pieczęć lekarza		

Uwagi

- 1) Kartę należy wypełnić gdy pacjent po wykonaniu testu badania laboratoryjnego zostanie zakwalifikowany do dalszego etapu w Programie.
- 2) Karta pacjenta zawiera min. informacje, które należy monitorować. Realizator może rozszerzyć zakres danych.

Załącznik nr 5. Test wiedzy o problemie zdrowotnym – cukrzyca typu 2.

Lp.	Pytanie	Odpowiedź					
		a		b		c	
1.	Jak się nazywa hormon regulujący poziom cukru we krwi?	<input type="checkbox"/>	melatonina	<input type="checkbox"/>	serotonina	<input type="checkbox"/>	insulina
2.	Aż 85% przypadków cukrzycy stanowi...	<input type="checkbox"/>	cukrzyca typu 1.	<input type="checkbox"/>	cukrzyca typu 2.	<input type="checkbox"/>	cukrzyca wtórna
3.	Kto jest najbardziej narażony na rozwój cukrzycy typu 2.?	<input type="checkbox"/>	kobiety	<input type="checkbox"/>	aktywne fizycznie	<input type="checkbox"/>	osoba z nadwagą
4.	Objawami cukrzycy są:	<input type="checkbox"/>	wzmoczone pragnienie	<input type="checkbox"/>	oddawanie dużych ilości moczu	<input type="checkbox"/>	odpowiedź 1 i 2
5.	Prawidłowy poziom cukru we krwi na czczo wynosi:	<input type="checkbox"/>	180-200 mg/dl	<input type="checkbox"/>	70-99 mg/dl	<input type="checkbox"/>	60-120 mg/dl
6.	Ile obecnie Polaków choruje na cukrzycę?	<input type="checkbox"/>	około milion	<input type="checkbox"/>	około 2 miliony	<input type="checkbox"/>	około 5 milionów
7.	Jaki wskaźnik BMI kwalifikuje pacjenta do grypy osób zagrożonych cukrzycą?	<input type="checkbox"/>	BMI mniejszy niż 20	<input type="checkbox"/>	BMI od 20 do 25	<input type="checkbox"/>	BMI powyżej 25
8.	Cukrzyca typu 2. można zapobiegać przez:	<input type="checkbox"/>	szczepienia ochronne	<input type="checkbox"/>	nie można zapobiegać	<input type="checkbox"/>	przestrzeganie zdrowej diety i regularnemu wysiłkowi fizycznemu
9.	Stwierdzenie u pacjenta stanu Przedcukrzycowego:	<input type="checkbox"/>	nie wpływa na stan zdrowia pacjenta	<input type="checkbox"/>	stanowi wysoki stopień zagrożenia rozwojem cukrzycy typu 2.	<input type="checkbox"/>	nie wiem
10.	Cukrzyca jest chorobą:	<input type="checkbox"/>	zakaźną	<input type="checkbox"/>	przewlekłą	<input type="checkbox"/>	odpowiedź 1 i 2

Suma odpowiedzi prawidłowych – ...

Punktacja w systemie:

1 punkt – prawidłowa odpowiedź

0 punktów – błędna odpowiedź

Załącznik nr 6. Ocena wiedzy na temat zdrowego odżywiania i nawyków żywieniowych uczestników Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej dotyczącej prewencji cukrzycy typu 2.

Ocena wiedzy na temat zdrowego odżywiania i nawyków żywieniowych uczestników Programu profilaktycznego.

Wiedzę uczestnika Programu profilaktycznego z zakresu zdrowego odżywiania i nawyków żywieniowych można ocenić przy pomocy zamieszczonego poniżej kwestionariusza, który został opracowany na podstawie części C Kwestionariusza do badania poglądów i zwyczajów żywieniowych³².

L.p.	Treść stwierdzenia	Tak	Nie	Nie mam zdania	Liczba punktów
1.	Produkty zbożowe wystarczy spożywać raz dziennie.				
2.	Tylko dzieci i młodzież powinny spożywać mleko.				
3.	Owoce i/lub warzywa powinny być spożywane w każdym posiłku.				
4.	Spożycie spleśniałego pieczywa może spowodować zakażenie pałeczkami Salmonelli.				
5.	Duże spożycie soli chroni przed nadciśnieniem tętniczym.				
6.	Ograniczenie potraw tłustych w diecie pomaga zapobiegać chorobom układu krążenia.				
7.	Częste spożywanie tłustych ryb morskich przyspiesza rozwój miażdżycy.				
8.	Spożywanie grillowanego mięsa sprzyja zachorowaniu na nowotwory.				
9.	Konsekwencją żywienia wegetariańskiego jest zwiększone ryzyko anemii.				
10.	Biojogurty zawierają pożyteczne bakterie jelitowe.				
11.	Olej i oliwa zawierają dużo cholesterolu.				
12.	Pieczywo razowe zawiera większą ilość błonnika niż pieczywo jasne.				
13.	Owoce i warzywa są źródłem „pustych kalorii”.				
14.	Masło i wzbogacane margaryny charakteryzują się dużą zawartością witamin A i D.				

³²Praca zbiorowa pod redakcją prof. dra hab. Jana Gawęckiego, Zespół Behawioralnych Uwarunkowań Żywności Komitetu Nauki o Żywieniu Człowieka Polskiej Akademii Nauk, ISBN 978-83-63305-19-2.

15.	Ser żółty jest lepszym źródłem wapnia niż ser twarogowy.				
16.	W podrobach występują znaczne ilości „złego” cholesterolu LDL.				
17.	Węglowodany złożone należy w diecie zastępować cukrami prostymi.				
18.	Białko powinno być głównym źródłem energii w prawidłowej diecie.				
19.	Niedostateczne spożycie witaminy PP może wywołać zapalenie skóry i biegunki.				
20.	Przebywanie na słońcu sprzyja wytwarzaniu witaminy D w organizmie.				
21.	Fosfor jest składnikiem tkanki nerwowej.				
22.	Stosunek wapnia do fosforu w prawidłowej diecie powinien wynosić 1:1.				
23.	Spożywanie owoców obfitujących w witaminę C zwiększa przyswajalność żelaza.				
24.	Rozpoczęcie gotowania warzyw w zimnej wodzie sprzyja zachowaniu ich wartości odżywczej.				
25.	Słodycze i tłuszcze zwierzęce wyróżniają się dużą gęstością odżywczą.				
Suma punktów:					

Odpowiedź poprawna – 1 pkt.

Odpowiedź błędna – 0 pkt.

Odpowiedź "Nie mam zdania" – 0 pkt.

Suma punktów 0 – 8 pkt. – stan wiedzy niedostateczny

Suma punktów 9 – 16 punktów – stan wiedzy dostateczny

Suma punktów 17 – 25 punktów – stan wiedzy dobry

Załącznik nr 7. IPAQ – Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej – wersja długa

MIĘDZYNARODOWY KWESTIONARIUSZ AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

Kwestionariusz dotyczy czasu poświęconego na aktywność fizyczną w ciągu ostatnich 7 dni. Proszę wziąć pod uwagę **tylko** taki wysiłek, który jednorazowo trwał co najmniej 10 minut.

W pytaniach użyto niżej wymienionych określeń:

- **Intensywna** aktywność fizyczna oznacza ciężki wysiłek, zmuszający do silnie wzmożonego oddychania (i przyspieszonej akcji serca);
- **Umiarkowana** aktywność fizyczna oznacza wysiłek przeciętny z nieco wzmożonym oddychaniem (i nieco przyspieszoną akcją serca).

CZĘŚĆ 1: AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA ZWIĄZANA Z PRACĄ ZAWODOWĄ

Pytania w część I dotyczą wysiłku fizycznego w Państwa pracy zawodowej, w rolnictwie, nauce, pracy społecznej i każdej innej aktywności społecznej (w tym niepłatnej), którą wykonują Państwo poza domem. Proszę nie brać pod uwagę czynności, które wykonują Państwo wokół domu, np. prac domowych, pracy w ogródku, ogólnych prac porządkowych oraz opieki nad rodziną. Tematykę tę obejmuje część 3.

1. Proszę podać czy aktualnie pracuje Pan/i zawodowo, uczy się lub wykonuje pracę bez wynagrodzenia poza domem.

1. Tak
2. Nie → **prześć do części 2**

Następne pytania dotyczą wszelkiego wysiłku fizycznego wykonywanego w ciągu ostatnich 7 dni w ramach pracy bez wynagrodzenia lub zawodowej oraz nauki. Proszę wziąć pod uwagę tylko taki wysiłek, który jednorazowo trwał co najmniej 10 minut. Tematyka tych pytań nie dotyczy chodzenia do pracy i z powrotem.

2. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i w ramach pracy zawodowej lub nauki **intensywny** wysiłek fizyczny, np.: podnoszenie ciężkich rzeczy, kopanie, prace budowlane, chodzenie po schodach.

1. Dni w tygodniu
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności → **prześć do pytania 4**

3. Proszę podać ile czasu w jednym z takich (przeciętnych) dni poświęca Pan/i zwykle na **intensywny** wysiłek fizyczny w ramach pracy.

1. Godzin dziennie
- Minut dziennie

4. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i w ramach pracy zawodowej umiarkowany wysiłek fizyczny, porównywalny z przenoszeniem lekkich rzeczy, jazdą na rowerze w normalnym tempie. Proszę nie brać pod uwagę chodzenia.
1. Dni w tygodniu
 2. Nie wykonywałam/em takiej czynności → *przejsć do pytania 6*
5. Proszę podać ile czasu w jednym z takich (przeciętnych) dni poświęca Pan/i zwykle na umiarkowany wysiłek fizyczny wykonywany w ramach pracy zawodowej.
1. Godzin dziennie
Minut dziennie
6. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których chodził Pan/i co najmniej 10 minut (jednorazowo) w czasie pracy zawodowej. Proszę nie wliczać do tego czasu dojścia do pracy i z powrotem.
1. Dni w tygodniu
 2. Nie wykonywałam/em takiej czynności → *przejsć do części 2*
7. Proszę podać ile czasu poświęca Pan/i na chodzenie w jednym z takich (przeciętnych) dni w ramach pracy zawodowej.
1. Godzin dziennie
Minut dziennie

CZĘŚĆ 2: AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA ZWIĄZANA Z PRZEMIESZCZANIEM SIĘ

Pytania w kolejnej części dotyczą sposobu przemieszczania się z miejsca na miejsce, włączając w to przemieszczanie się do pracy, na zakupy, w miejsca rozrywki itp. (dotyczy czynności nie wykonywanych w czasie wolnym). Proszę wziąć pod uwagę tylko taką aktywność, która jednorazowo trwała co najmniej 10 minut.

8. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których jeździł Pan/i pojazdem takim jak samochód, autobus, pociąg, tramwaj lub inny pojazd (*proszę nie brać pod uwagę jazdy na rowerze*).
1. Dni w tygodniu
 2. Nie wykonywałam/em takiej czynności → *przejsć do pytania 10*
9. Proszę podać ile czasu spędza Pan/i podczas jednego z takich (przeciętnych) dni, jeżdżąc samochodem, autobusem, pociągiem, tramwajem lub innym pojazdem (*proszę nie brać pod uwagę jazdy na rowerze*).
1. Godzin dziennie
Minut dziennie

10. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których jechał Pan/i rowerem przez co najmniej 10 minut.

Proszę wziąć pod uwagę jedynie jazdę na rowerze: do pracy i z powrotem, lub w innych celach.

1. Dni w tygodniu
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności. → **przejsć do pytania 12**

11. Proszę podać ile czasu jeździ Pan/i rowerem podczas jednego z takich (przeciętnych) dni.

1. Godzin dziennie
- Minut dziennie

12. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których chodził Pan/i co najmniej 10 minut jednorazowo.

Proszę wziąć pod uwagę jedynie chodzenie: do pracy i z powrotem, lub w innych celach.

1. Dni w tygodniu
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności → **przejsć do części 3**

13. Proszę podać ile czasu chodzi Pan/i w jednym z takich (przeciętnych) dni.

1. Godzin dziennie
- Minut dziennie

CZĘŚĆ 3: PRACE DOMOWE, OGÓLNE PRACE PORZĄDKOWE I OPIEKA NAD RODZINĄ

Pytania w kolejnej części dotyczą wysiłku fizycznego w ciągu ostatnich 7 dni, który wykonywał Pan/Pani w domu i wokół domu, np.: prace domowe, opieka nad rodziną, ogólne prace porządkowe, uprawa ogródka.

Proszę wziąć pod uwagę tylko taki wysiłek fizyczny, który zajmuje jednorazowo co najmniej 10 minut.

14. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i w ogródku lub wokół domu intensywny wysiłek fizyczny, np. przenoszenie ciężkich rzeczy, rąbanie drewna, odśnieżanie lub kopanie.

1. Dni w tygodniu
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności. → **przejsć do pytania 18**

15. Proszę podać ile czasu poświęca Pan/i zwykle w jednym z takich (przeciętnych) dni na intensywny wysiłek fizyczny w ogródku lub wokół domu.

1. Godzin dziennie
- Minut dziennie

16. Proszę podać liczbę dni, w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i umiarkowany wysiłek fizyczny w ogródku lub wokół domu, np. przenoszenie lekkich rzeczy, zamiatanie, mycie okien, grabienie i sprzątanie wokół domu.

1. Dni w tygodniu
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności. → **przejsć do pytania 18**

17. Proszę podać ile czasu poświęca Pan/i zwykle w jednym z takich (przeciętnych) dni na umiarkowany wysiłek fizyczny w przydomowym ogródku lub wokół domu.

1. Godzin dziennie
- Minut dziennie

18. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i w domu umiarkowany wysiłek fizyczny, np. przenoszenie lekkich rzeczy, mycie okien, mycie podłóg, oraz sprzątanie

1. Dni w tygodniu
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności. → **przejsć do części 4**

19. Proszę podać ile czasu poświęca Pan/i w jednym z takich (przeciętnych) dni na umiarkowany wysiłek fizyczny w domu.

1. Godzin dziennie
- Minut dziennie

CZĘŚĆ 4: REKREACJA, SPORT I AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA W CZASIE WOLNYM

Pytania w następnej części dotyczą aktywności fizycznej w czasie wolnym w ciągu ostatnich 7 dni poświęconej na sport, rekreację, ćwiczenia lub rozrywkę i wypoczynek. Odpowiadając na pytania, proszę nie brać pod uwagę tych rodzajów aktywności fizycznej, o której Państwo już wspomnieli. Proszę wziąć pod uwagę tylko aktywność fizyczną, która trwała jednorazowo co najmniej 10 minut.

20. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których chodził Pan/i jednorazowo co najmniej 10 minut w czasie wolnym.

Nie należy brać pod uwagę żadnego chodzenia, o którym była mowa dotychczas.

1. Dni w tygodniu
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności. → **przejsć do pytania 22**

21. Proszę podać ile czasu przeznaczył Pan/i w jednym z takich (przeciętnych) dni na chodzenie w czasie wolnym.

1. Godzin dziennie
- Minut dziennie

22. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których uprawiał Pan/i intensywną aktywność fizyczną, np. aerobik, biegi, szybka jazda rowerem, szybkie pływanie w czasie wolnym.

1. Dni w tygodniu
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności. → *przejsć do pytania 24*

23. Proszę podać ile czasu zwykle poświęca Pan/i w jednym z takich (przeciętnych) dni na intensywną aktywność fizyczną w czasie wolnym.

1. Godzin dziennie
- Minut dziennie

24. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i umiarkowaną aktywność fizyczną w czasie wolnym, np. jazda rowerem w regularnym tempie, pływanie w regularnym tempie, gra w siatkówkę.

1. Dni w tygodniu
2. Nie wykonywałam/em takiej czynności. → *przejsć do części 5*

25. Proszę podać ile czasu zwykle spędza Pan/i w jednym z takich (przeciętnych) dni na umiarkowaną aktywność fizyczną w czasie wolnym.

1. Godzin dziennie
- Minut dziennie

CZĘŚĆ 5: CZAS SPĘDZONY SIEDZĄC

Pytania w tej części dotyczą czasu, który spędza Pan/i siedząc zarówno w pracy, w domu, podczas nauki i w czasie wolnym. Może to obejmować czas spędzony siedząc przy biurku, z wizytą u przyjaciół, podczas czytania, oglądania telewizji leżąc lub siedząc (nie wliczając w to czasu poświęconego na sen). Proszę nie brać pod uwagę czasu spędzonego siedząc w pojeździe mechanicznym, bo o tym już była mowa.

26. Biorąc pod uwagę ostatnie 7 dni proszę podać ile przeciętnie czasu spędził Pan/i siedząc w dniu powszednim.

1. Godzin dziennie
- Minut dziennie

27. Biorąc pod uwagę ostatnie 7 dni proszę podać ile przeciętnie czasu spędził Pan/i siedząc w dniu wolnym od pracy.

1. Godzin dziennie
- Minut dziennie

MIĘDZYNARODOWY KWESTIONARIUSZ AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

Pytania kwestionariusza dotyczą czasu spędzanego na czynnościach wymagających aktywności fizycznej i dotyczą wszystkich rodzajów aktywności fizycznej związanych z życiem codziennym, z pracą i z wypoczynkiem.

Pytania będą dotyczyły czynności związanych z aktywnością fizyczną w ciągu ostatnich 7 dni, tzn. od (podać dzień tygodnia) **do wczoraj.**

Proszę teraz pomyśleć o wszystkich czynnościach wykonywanych w ciągu ostatnich 7 dni w domu i w jego otoczeniu, w pracy zawodowej, związanych z przemieszczaniem się z miejsca na miejsce, np. drodze do pracy i z pracy, robieniu zakupów. Proszę także uwzględnić czynności wykonywane w czasie wolnym, tj. spacer, rekreacja, praca na działce, ćwiczenia fizyczne oraz sport. Najpierw zapytam Pana/ą o czynności wymagające dużego wysiłku fizycznego, następnie o czynności wymagające umiarkowanego, średniego wysiłku, a na koniec o spacer i inne czynności związane z chodzeniem oraz siedzeniem.

Na początek proszę przypomnieć sobie wszystkie czynności wymagające **intensywnego wysiłku fizycznego**, wykonywane w ciągu ostatnich 7 dni.

Intensywny wysiłek fizyczny wywołuje bardzo szybkie oddychanie i bardzo szybkie bicie serca

Intensywnego wysiłku fizycznego wymaga np. dźwiganie ciężkich przedmiotów, kopanie ziemi, aerobik, szybki bieg, szybka jazda rowerem. Interesują nas tylko czynności, które trwały **co najmniej 10 min. bez przerwy.**

1. Czy w ciągu **ostatnich 7 dni** wykonywał/a Pan/i czynności wymagające **intensywnego wysiłku fizycznego**?

Tak – przez ile dni w ciągu ostatniego tygodnia? dni

Nie → **prześć do pytania pyt. 3**

Nie wiem/Nie jestem pewien(a) → **prześć do pytania pyt. 3**

2. Przeciętnie ile czasu wykonywał/a Pan/i czynności wymagające **intensywnego wysiłku fizycznego** w ciągu takiego dnia?

..... minut dziennie

Nie wiem/Nie jestem pewien(a)

A teraz proszę przypomnieć sobie wszystkie czynności wymagające **umiarkowanego (średniego) wysiłku fizycznego** wykonywane w ciągu ostatnich 7 dni.,

Umiarkowany wysiłek fizyczny **prowadzi do trochę szybszego oddychania i trochę szybszego**

Umiarkowanego wysiłku fizycznego wymaga np. noszenie lżejszych ciężarów, jazda rowerem w normalnym tempie, gra w siatkówkę lub bardzo szybki marsz. Proszę jednak nie brać pod uwagę chodzenia. Chodzi znowu tylko czynności, które trwały **co najmniej 10 minut bez przerwy**.

3. Czy w ciągu ostatnich 7 dni wykonywał/a Pan/i czynności wymagające umiarkowanego, średniego wysiłku fizycznego?

Tak – przez ile dni w ciągu ostatniego tygodnia? dni

Nie → **przejsć do pytania pyt. 5**

Nie wiem/Nie jestem pewien(a) → **przejsć do pytania pyt. 5**

4. Przeciętnie ile czasu wykonywał/a Pan/i czynności wymagające umiarkowanego wysiłku fizycznego w ciągu takiego dnia?

..... minut dziennie

Nie wiem/Nie jestem pewien(a)

Teraz proszę przypomnieć sobie, ile czasu zajęło Panu/i **chodzenie** w ciągu **ostatnich 7 dni**. Interesuje nas chodzenie związane z pracą, chodzenie ulicą, np. po zakupy, do pracy, a także o spacer. Chodzi znowu o chodzenie, które trwało **co najmniej 10 minut bez przerwy**.

5. Czy w ciągu ostatnich 7 dni chodził/a Pan/i co najmniej 10 min. bez przerwy?

Tak – przez ile dni w ciągu ostatniego tygodnia? dni

Nie → **przejsć do pytania pyt. 7**

Nie wiem/Nie jestem pewien(a) → **przejsć do pytania pyt. 7**

6. Przeciętnie ile czasu poświęcał/a Pan/i na chodzenie lub spacer w ciągu takiego dnia?

..... minut dziennie

Nie wiem/Nie jestem pewien(a)

A ile czasu w ostatnim tygodniu spędzał Pan/i **siedząc**? Tym razem **proszę uwzględnić tylko dni powszednie**, tzn. proszę pominąć sobotę i niedzielę. Chodzi np. o siedzenie przy biurku, siedzenie podczas odwiedzin u znajomych, podczas czytania, a także siedzenie lub leżenie podczas oglądania telewizji. Proszę uwzględnić czas spędzony na siedzeniu w domu, w pracy, w szkole, w pojazdach i w innych miejscach.

7. Biorąc pod uwagę dni powszednie w ciągu ostatniego tygodnia, ile zazwyczaj czasu w ciągu dnia spędzał/a Pan/i siedząc?

..... minut dziennie

Nie wiem/Nie jestem pewien(a)

Załącznik nr 8. Ankieta satysfakcji

Ankieta satysfakcji uczestnika Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej dotyczącej prewencji cukrzycy typu 2. (ankieta anonimowa)

Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź:

1. Jak ocenia Pan/Pani dostęp do informacji o Programie?

- 5 pkt. bardzo dobrze
- 4 pkt. dobrze
- 3 pkt. przeciętnie
- 2 pkt. niezadowolająco
- 1 pkt. źle

2. Jak ocenia Pan/Pani treść przygotowanej broszury informacyjno-edukacyjnej (zrozumiałość, przydatność, kompletność i jakość)?

- 5 pkt. bardzo dobrze
- 4 pkt. dobrze
- 3 pkt. przeciętnie
- 2 pkt. niezadowolająco
- 1 pkt. źle

3. Jak ocenia Pan/Pani wiedzę i kompetencje osób realizujących Program?

- 5 pkt. bardzo dobrze
- 4 pkt. dobrze
- 3 pkt. przeciętnie
- 2 pkt. niezadowolająco
- 1 pkt. źle

4. Jak ocenia Pan/Pani swój stan wiedzy (poszerzenie posiadanych informacji) odnośnie rozwoju ryzyk cukrzycy po zakończeniu udziału w Programie?

- 5 pkt. bardzo dobrze
- 4 pkt. dobrze
- 3 pkt. przeciętnie
- 2 pkt. niezadowolająco
- 1 pkt. źle

5. Jak ocenia Pan/Pani jakość obsługi pielęgniarskiej?

- 5 pkt. bardzo dobrze
- 4 pkt. dobrze
- 3 pkt. przeciętnie
- 2 pkt. niezadowolająco
- 1 pkt. źle

6. Jak ocenia Pan/Pani jakość konsultacji lekarskiej (porady lekarskiej)?

- 5 pkt. bardzo dobrze
- 4 pkt. dobrze
- 3 pkt. przeciętnie
- 2 pkt. niezadowolająco
- 1 pkt. źle

7. Jak Pan/Pani ocenia zakres i kompletność edukacyjnej porady zdrowotnej?

- 5 pkt. bardzo dobrze
- 4 pkt. dobrze
- 3 pkt. przeciętnie
- 2 pkt. niezadowolająco
- 1 pkt. źle

8. Jak Pan/Pani ocenia poziom obsługi w ramach Programu (uprzejmość, dostępność, chęć udzielenia pomocy)?

- 5 pkt. bardzo dobrze
- 4 pkt. dobrze
- 3 pkt. przeciętnie
- 2 pkt. niezadowolająco
- 1 pkt. źle

9. Jak Pan/Pani całościowo ocenia Program?

- 5 pkt. bardzo dobrze
- 4 pkt. dobrze
- 3 pkt. przeciętnie
- 2 pkt. niezadowolająco
- 1 pkt. źle

10. Czy ma Pan/Pani jakieś propozycje i uwagi? (proszę wpisać poniżej)

.....

.....

.....

.....

Załącznik nr 9. Mierniki efektywności Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej dotyczącej prewencji cukrzycy typu 2 – wzór sprawozdania

Wskaźniki:

- 1) Liczba osób które wypełniły ankietę FINDRISK
- 2) Liczba osób skierowanych na badanie przesiewowe
- 3) Liczba osób ze stwierdzonym stanem przedcukrzycowym
- 4) Liczba osób która wzięła udział w szkoleniu grupowym
- 5) Liczba osób która wzięła udział z szkoleniu indywidualnym
- 6) Liczba osób rezygnujących z programu (ze wskazaniem na jakim etapie)

Efektywność Programu zostanie zbadana na podstawie mierników:

- 1) Liczba osób, które zgłosiły się na badania przesiewowe (w tym osoby po 45 r.ż.)
- 2) Liczba osób ze stanem przedcukrzycowym
- 3) Liczba wykrytych nowych przypadków podejrzenia cukrzycy typu 2.
- 4) Liczba osób z wynikiem ankiety FINDRISK 12 punktów i więcej

Wzór Sprawozdania Rocznego/Końcowego z realizacji Program

Sprawozdanie za okres	
------------------------------	--

Obszar realizacji	
--------------------------	--

Dane Realizatora	
Pełna nazwa realizatora Programu	
Dokładny adres (z kodem pocztowym)	
Numer Telefonu	
Numer fax	
Adres poczty elektronicznej	
Adres strony www	
Osoba upoważniona do złożenia sprawozdania po stronie realizatora	
Dane kontaktowe (telefon, adres poczty elektronicznej) osoby upoważnionej do złożenia sprawozdania po stronie realizatora	
Osoba odpowiedzialna za przygotowanie sprawozdania po stronie realizatora	
Dane kontaktowe (telefon, adres poczty elektronicznej) osoby odpowiedzialnej za przygotowanie sprawozdania za przygotowanie sprawozdania po stronie realizatora	

OPIS REALIZACJI PROJEKTU W OKRESIE SPRAWOZDAWCZYM
Opis realizacji poszczególnych etapów projektu w okresie sprawozdawczym

Opis realizacji poszczególnych interwencji ujętych w projekcie zgodnie z Programem w okresie sprawozdawczym, w tym opis kwalifikacji uczestników do projektu
Opis zabezpieczenia planowanych w projekcie interwencji – spełnienie obowiązujących wytycznych, norm, przepisów prawa w zakresie realizacji interwencji wskazanych w Programie

Wykaz kadry realizującej Program			
Lp.	Imię i nazwisko	Funkcje z krótkim opisem zakresu zadań	Opis spełnienia warunków niezbędnych do realizacji zadań wynikających z zakresu obowiązku (kompetencje/wykształcenie/uprawnienia/doświadczenie zawodowe)
1			
2			
3			
....			

Mierniki efektywności (należy wykazać wszystkie mierniki efektywności wskazane w Programie w rozdziale Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu)					
Lp.	Nazwa miernika efektywności	Założona wartość miernika efektywności – wykonanie przez realizatora w okresie obowiązywania projektu	Założona wartość miernika efektywności – wykonanie przez realizatora w okresie sprawozdawczym	Wartość wskaźnika efektywności – wykonana przez realizatora w okresie sprawozdawczym	Wartość wskaźnika efektywności – wykonana przez realizatora od początku realizacji projektu
1					
2					
3					
...					

Wskaźniki (należy wykazać wszystkie wskaźniki wskazane w Programie w rozdziale Monitoring i ewaluacja)

Lp.	Nazwa wskaźnika	Założona wartość miernika efektywności – wykonanie przez realizatora w okresie obowiązywania projektu	Założona wartość miernika efektywności – wykonanie przez realizatora w okresie sprawozdawczym	Wartość wskaźnika efektywności – wykonana przez realizatora w okresie sprawozdawczym	Wartość wskaźnika efektywności – wykonana przez realizatora od początku realizacji projektu
1					
2					
3					
...					

Uzasadnienie nieosiągnięcia założeń ww. mierników i wskaźników – jeśli dotyczy		
Lp.	Nazwa miernika/wskaźnika	Uzasadnienie
1		
2		
3		
....		

Monitoring projektu – zgodnie z rozdziałem Monitoring i Ewaluacja
Ocena zgłaszalności do Programu

Ocena świadczeń w Programie (na podstawie Ankiety satysfakcji) – podsumowanie i wnioski z wypełnionych ankiet

Ocena efektywności Programu na podstawie mierników efektywności

Uwagi – jeśli dotyczy

Data sporządzenia sprawozdania / podpis osoby upoważnionej do złożenia sprawozdania

BIBLIOGRAFIA

Publikacje polskojęzyczne

1. *Aktywność ekonomiczna ludności w województwie pomorskim w IV kwartale 2016 r.*, US Gdańsk, 2016 r.
2. *Badania przesiewowe w cukrzycy*, Stanowisko American Diabetes Association, Diabetologia Praktyczna 2002, tom. 3, supl. A., A27-A32, wydanie polskie: Via Medica.
3. Bąk-Romaniszyn Leokadia (red.), *Choroby społeczne i cywilizacyjne – wybrane zagadnienia*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.
4. Bortkiewicz Alicja (red.), *Choroby układu krążenia w aspekcie pracy zawodowej. Poradnik dla lekarzy*, Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera, Łódź 2011.
5. *Choroby Zawodowe w Polsce*, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera
6. Cianciara Dorota, Lewczuk-Wesołowska Anna, Zalewska Elżbieta, Dudzik Katarzyna, Piętka Sylwia, Grudziąż Sękowska Justyna, Rdzany Rafał, *Trwałość samorządowych programów zdrowotnych*. Hygeia Public Health 2015, 50(1): 104-111.
7. Ciupińska-Hildt Katarzyna, Bugajska J., *Rola zachowań prozdrowotnych w promocji zdrowia pracowników*, Centralny Instytut Ochrony Pracy - Państwowy Instytut Badawczy, Bezpieczeństwo Pracy, 2011, nr 9, s. 1013, https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl?_nfpb=true&_pageLabel=P30001831335539182278&html_tresc_root_id=300002045&html_tresc_id=300002052&html_klucz=19558&html_klucz_spis=#_ftn2
8. CSIOZ. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia. Warszawa 2015.
9. Diabetologia kliniczna, Zalecenia kliniczne u chorych na cukrzycę 2016.
10. Drygas W, Bielecki W., Kozakiewicz K., Pająk A. i wsp., Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności – WOBASZ II, 2013-2014.
11. Goryński P., Wojtyniak B., *Sytuacja zdrowotna ludności polski i Narodowy Program Zdrowia 2006-2015*, Reumatologia 2007, 45/1 (supl. 1): S 5-17.
12. GUS. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.
13. GUS. Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r.
14. GUS. Rocznik demograficzny 2015.
15. GUS. Mały Rocznik Statystyczny Polski 2016.
16. GUS. Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2015.
17. GUS. Rocznik Statystyczny Województw 2015.
18. GUS. Trwanie życia w 2015 r.
19. GUS. Bank Danych Lokalnych.
20. Kardiologia Polska, Oficjalne Czasopismo Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, listopad 2013, tom 71 (supl. XI).
21. Kucharska E. [Cukrzyca typu drugiego – kryteria rozpoznawania, prewencja i cele terapeutyczne w świetle wyników badań i wytycznych American Diabetes Association 2012]. *Przegl Lek.* 2013;70(6):404-6. Review. Polish. PubMed PMID: 24052979.
22. Opolski Janusz (red.), *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*. Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP w Warszawie. Warszawa 2011.
23. Pająk Andrzej, Melchior Maria, Kawalec Ewa, Topór-Mądry Roman, Berman Peter, *Metody i koncepcje epidemiologiczne w zarządzaniu ochroną zdrowia*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VERSALIUS, Kraków 2002.
24. Pierożek Z.J., *Czynniki warunkujące zdrowie i dbałość ludzi o zdrowie*. UM, Lublin
25. PIP, *Sprawozdanie z działalności Państwowej Inspekcji Pracy w 2015 r.*
26. *Podstawowa Opieka Zdrowotna potencjał i jego wykorzystanie*, NFZ, Warszawa, 2016.
27. *Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Zabezpieczenie Społeczeństwa Polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*, Warszawa, marzec 2017 r.

28. Rekomendacje prewencji, diagnostyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego u osób z cukrzycą, Polskie Towarzystwo Kardiodiabetologiczne, Warszawa, 2008 r.
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz.U. 2016, poz. 1492).
30. Sidorowicz Władysław, Maroszek Jarosław, Kiedik Dorota, *Analiza społeczna w polityce zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, Kraków 2002.
31. Sprawozdanie z działalności NFZ za 2015 r.
32. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, red. Wojtyniak B., Goryński P., Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2016.
33. *Stedman's Medical Dictionary*
34. Topór-Mądry Adam, Gilis-Januszewska Aleksandra, Kurkiewicz Jolanta, Pająk Andrzej, *Szacowanie potrzeb zdrowotnych*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, Kraków 2002.
35. Urząd Statystyczny w Gdańsku. Rocznik Statystyczny Województwa Pomorskiego 2016.
36. Woźniak Zbigniew, *W stronę zdrowia społeczności – socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej*, Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny. Rok LXVI – zeszyt 1 – 2004.
37. WHO 1993. *Podstawy Epidemiologii. Podręcznik dla słuchaczy studiów przed- i podyplomowych oraz słuchaczy Szkoły Zdrowia Publicznego*. Tł. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. dra med. Jerzego Nofera.
38. WHO. *Spółeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, 2011.
39. WHO. *Ocena i zalecenia dotyczące wzmocnienia stanowiska i roli zarządczej Ministerstwa Zdrowia w działaniach związanych z poprawą promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce*.
40. Woynarowska B., *Planowanie programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*. Zakład Biomedycznych i Psychologicznych Podstaw Edukacji, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego. Probl Hig Epidemiol 2009, 90(3):293-298.
41. Wojtyniak Bogdan, Goryński Paweł, Moskalewicz B.(red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, NIZP-PZH, Warszawa 2012.
42. Wytyczne ESC dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej w 2016 r.
43. ZUS. *Absencja chorobowa*. Warszawa 2016.
44. ZUS. *Przestrzenne zróżnicowanie współczynników częstości orzekania o niezdolności do pracy w 2014 r.* 79.
45. 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.

Publikacje anglojęzyczne

1. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. International Diabetes Federation: *a consensus on Type 2 diabetes prevention*. Diabet Med. 2007 May;24(5):451-63. PubMed PMID: 17470191.
2. *Assessment of risk and prevention of type 2 diabetes in primary health*, Univeristy of Oulu
3. Bergmann A, Li J, Wang L, Schulze J, Bornstein SR, Schwarz PE. *A simplified Finnish diabetes risk score to predict type 2 diabetes risk and disease evolution in a German population*. Horm Metab Res. 2007 Sep;39(9):677-82. PubMed PMID: 17846976.
4. Collins GS, Altman DG. *External validation of QDSCORE(®) for predicting the 10-year risk of developing Type 2 diabetes*. Diabet Med. 2011 May;28(5):599-607. doi: 10.1111/j.1464-5491.2011.03237.x. PubMed PMID: 21480970.
5. Crandall JP, Knowler WC, Kahn SE, Marrero D, Florez JC, Bray GA, Haffner SM, Hoskin M, Nathan DM; Diabetes Prevention Program Research Group. *The prevention of type 2 diabetes*. Nat Clin Pract Endocrinol Metab. 2008 Jul;4(7):382-93. doi: 10.1038/ncpendmet0843. Epub 2008 May 20. Review. PubMed PMID: 18493227; PubMed Central PMCID: PMC2573045.

6. Derek Leroith, *Prevention of Type 2 Diabetes || Prevention of Type 2 Diabetes; from Science to Therapies*, 10.1007/978-1-4614-3314-9(Chap, 1-9 (2012)
7. Enzo Bonora, Stefan Kiechl, Johann Willeit, Friedrich Oberhollenzer, Georg Egger, James B. Meigs, Riccardo C. Bonadonna, Michele Muggeo, Bruneck Study, *Population-based incidence rates and risk factors for type 2 diabetes in white individuals: the Bruneck study* Diabetes, 53(7), 1782-9 (2004)
8. Eriksson KF, Lindgärde F. *Prevention of type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus by diet and physical exercise. The 6-year Malmö feasibility study.* Diabetologia. 1991 Dec;34(12):891-8. PubMed PMID: 1778354.
9. European Commission Working Conditions Report.
10. Ford ES, Bergmann MM, Kröger J, Schienkiewitz A, Weikert C, Boeing H. *Healthy living is the best revenge: findings from the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Potsdam study.* Arch Intern Med. 2009 Aug 10;169(15):1355-62. doi: 10.1001/archinternmed.2009.237. PubMed PMID: 19667296.
11. Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pedersen O. *Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes.* N Engl J Med. 2008 Feb 7;358(6):580-91. doi: 10.1056/NEJMoa0706245. PubMed PMID: 18256393.
12. Gillies CL, Abrams KR, Lambert PC, Cooper NJ, Sutton AJ, Hsu RT, Khunti K. *Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis.* BMJ. 2007 Feb 10;334(7588):299. Epub 2007 Jan 19. Review. PubMed PMID: 17237299; PubMed Central PMCID: PMC1796695.
13. Furstein MT. *Partners in evaluation.* Macmillan, Oxford 2004
14. *Global recommendations on physical activity for health*, WHO 2010.
15. Goetzl RZ, Pei X, Tabrizi MJ, Henke RM, Kowlessar N, Nelson CF, Metz RD. *Ten modifiable health risk factors are linked to more than one-fifth of employer-employee health care spending.* Health Aff (Millwood). 2012 Nov;31(11):2474-84. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0819. PubMed PMID: 23129678.
16. Griffin SJ, Little PS, Hales CN, Kinmonth AL, Wareham NJ. *Diabetes risk score: towards earlier detection of type 2 diabetes in general practice.* Diabetes Metab Res Rev. 2000 May-Jun;16(3):164-71. PubMed PMID: 10867715.
17. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas, 7th edn.* Brussels, Belgium:International Diabetes Federation, 2015. <http://www.diabetesatlas.org>
18. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM; *Diabetes Prevention Program Research Group.* *Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin.* N Engl J Med. 2002 Feb 7;346(6):393-403. PubMed PMID: 11832527; PubMed Central PMCID: PMC1370926.
19. Khunti K, Mani H, Achana F, Cooper N, Gray LJ, Davies MJ. *Systematic Review and Meta-Analysis of Response Rates and Diagnostic Yield of Screening for Type 2 Diabetes and Those at High Risk of Diabetes.* PLoS One. 2015 Sep 1;10(9):e0135702. doi: 10.1371/journal.pone.0135702. eCollection 2015. Review. PubMed PMID: 26325182; PubMed Central PMCID: PMC4556656.
20. Leena A.Ahmad, MD, and Jill P. Crandall, MD, *Type 2 Diabetes Prevention: A Review.*
21. Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG, Hemiö K, Hämäläinen H, Härkönen P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Mannelin M, Paturi M, Sundvall J, Valle TT, Uusitupa M Tuomilehto J; Finnish Diabetes Prevention Study Group. *Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study.* Lancet. 2006 Nov 11;368(9548):1673-9. PubMed PMID: 17098085.
22. Megherbi S.E., Milan C., Minier D., Couvreur G., Osseby G.V., Tilling K.: *Association between diabetes and stroke subtype on survival and functional outcome 3 months after stroke: data from the European BIOMED Stroke Project.* Stroke 2003;34(3):688–694.
23. Murray CJ. *Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.* Lancet. 2015 Dec

- 5;386(10010):2287-323. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00128-2. Epub 2015 Sep 11. PubMed PMID: 26364544; PubMed Central PMCID: PMC4685753.
24. Noble D, Mathur R, Dent T, Meads C, Greenhalgh T. *Risk models and scores for type 2 diabetes: systematic review*. BMJ. 2011 Nov 28;343:d7163. doi: 10.1136/bmj.d7163. Review. PubMed PMID: 22123912; PubMed Central PMCID: PMC3225074.
 25. Pan XR, Li GW, Hu YH, Wang JX, Yang WY, An ZX, Hu ZX, Lin J, Xiao JZ, Cao HB, Liu PA, Jiang XG, Jiang YY, Wang JP, Zheng H, Zhang H, Bennett PH, Howard BV. *Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance*. The Da Qing IGT and Diabetes Study. Diabetes Care. 1997 Apr;20(4):537-44. PubMed PMID: 9096977.
 26. Paulweber B, Valensi P, Lindström J, Lalic NM, Greaves CJ, McKee M, Kissimova-Skarbek K, Liatis S, Cosson E, Szendroedi J, Sheppard KE, Charlesworth K, Felton AM, Hall M, Rissanen A, Tuomilehto J, Schwarz PE, Roden M, Paulweber M, Stadlmayr A, Kedenko L, Katsilambros N, Makrilakis K, Kamenov Z, Evans P, Gilis-Januszewska A, Lalic K, Jotic A, Djordevic P, Dimitrijevic-Sreckovic V, Hühmer U, Kulzer B, Puhl S, Lee-Barkey YH, AlKerwi A, Abraham C, Hardeman W, Acosta T, Adler M, AlKerwi A, Barengo N, Barengo R, Boavida JM, Charlesworth K, Christov V, Claussen B, Cos X, Cosson E, Deceukelier S, Dimitrijevic-Sreckovic V, Djordjevic P, Evans P, Felton AM, Fischer M, Gabriel-Sanchez R, Gilis-Januszewska A, Goldfracht M, Gomez JL, Greaves CJ, Hall M, Handke U, Hauner H, Herbst J, Hermanns N, Herreburch L, Huber C, Hühmer U, Huttunen J, Jotic A, Kamenov Z, Karadeniz S, Katsilambros N, Khalangot M, Kissimova-Skarbek K, Köhler D, Kopp V, Kronsbein P, Kulzer B, Kyne-Grzebalski D, Lalic K, Lalic N, Landgraf R, Lee-Barkey YH, Liatis S, Lindström J, Makrilakis K, McIntosh C, McKee M, Mesquita AC, Misina D, Muylle F, Neumann A, Paiva AC, Pajunen P, Paulweber B, Peltonen M, Perrenoud L, Pfeiffer A, Pölönen A, Puhl S, Raposo F, Reinehr T, Rissanen A, Robinson C, Roden M, Rothe U, Saaristo T, Scholl J, Schwarz PE, Sheppard KE, Spiers S, Stemper T, Stratmann B, Szendroedi J, Szybinski Z, Tankova T, Telle-Hjellset V, Terry G, Tolks D, Toti F, Tuomilehto J, Undeutsch A, Valadas C, Valensi P, Velickiene D, Vermunt P, Weiss R, Wens J, Yilmaz T. *A European evidence-based guideline for the prevention of type 2 diabetes*. Horm Metab Res. 2010 Apr;42 Suppl 1:S3-36. doi: 10.1055/s-0029-1240928. Epub 2010 Apr 13. PubMed PMID: 20391306.
 27. Penn L, White M, Oldroyd J, Walker M, Alberti KG, Mathers JC. *Prevention of type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance: the European Diabetes Prevention RCT in Newcastle upon Tyne, UK*. BMC Public Health. 2009 Sep 16;9:342. doi: 10.1186/1471-2458-9-342. PubMed PMID: 19758428; PubMed Central PMCID: PMC2760530.
 28. Programme for the Prevention of Type 2 Diabetes in Finland 2003-2010.
 29. Ramachandran A, Snehalatha C, Mukesh B, Simon M, Kumar CK, Vijay V. *Persistent impaired glucose tolerance has similar rate of risk factors as for diabetes--results of Indian diabetes prevention programme (IDPP)*. Diabetes Res Clin Pract. 2006 Jul;73(1):100-3. Epub 2006 Jan 10. PubMed PMID: 16406189.
 30. Ramachandran A, Snehalatha C, Mary S, Mukesh B, Bhaskar AD, Vijay V; Indian Diabetes Prevention Programme (IDPP). *The Indian Diabetes Prevention Programme shows that lifestyle modification and metformin prevent type 2 diabetes in Asian Indian subjects with impaired glucose tolerance (IDPP-1)*. Diabetologia. 2006 Feb;49(2):289-97. Epub 2006 Jan 4. PubMed PMID: 16391903.
 31. Rohlfing CL, Little RR, Wiedmeyer HM, England JD, Madsen R, Harris MI, Flegal KM, Eberhardt MS, Goldstein DE. *Use of GHb (HbA1c) in screening for undiagnosed diabetes in the U.S. population*. Diabetes Care. 2000 Feb;23(2):187-91. Erratum in: Diabetes Care 2000 Jun;23(6):876. PubMed PMID: 10868829.
 32. Roumen C, Corpeleijn E, Feskens EJ, Mensink M, Saris WH, Blaak EE. *Impact of 3-year lifestyle intervention on postprandial glucose metabolism: the SLIM study*. Diabet Med. 2008 May;25(5):597-605. doi: 10.1111/j.1464-5491.2008.02417.x. PubMed PMID: 18445174.
 33. Saito T, Watanabe M, Nishida J, Izumi T, Omura M, Takagi T, Fukunaga R, Bandai Y, Tajima N, Nakamura Y, Ito M; Zensharen Study for Prevention of Lifestyle Diseases Group. *Lifestyle modification and prevention of type 2 diabetes in overweight Japanese with impaired fasting*

- glucose levels: a randomized controlled trial.* Arch Intern Med. 2011 Aug 8;171(15):1352-60. doi: 10.1001/archinternmed.2011.275. PubMed PMID: 21824948.
34. Sandbaek A., Griffin S.J., Rutten G., Davies M., Stolk R., Khunti K. i wsp.: *Stepwise screening for diabetes identifies people with high but modifiable coronary heart disease risk. The ADDITION study.* Diabetologia 2008; 51:1127-1134.
 35. Timo Saaristo, Markku Peltonen, Jaana Lindström, Liisa Saarikoski, Jouko Sundvall, Johan Gunnar Eriksson, Jaakko Tuomilehto, *Cross-sectional evaluation of the Finnish Diabetes Risk Score: a tool to identify undetected type 2 diabetes, abnormal glucose tolerance and metabolic syndrome* Diab Vasc Dis Res, 2(2), 67-72 (2005)
 36. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M; Finnish Diabetes Prevention Study Group. *Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance.* N Engl J Med. 2001 May 3;344(18):1343-50. PubMed PMID: 11333990.
 37. Unwin N., Shaw J., Zimmet P., K. G. M. M. Alberti, *Impaired glucose tolerance and impaired fasting glycaemia: the current status on definition and intervention* Diabet. Med., 19(9), 708-23 (2002)
 38. UK Prospective Diabetes Study Group: *Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38.* BMJ 1998;317:703–712.
 39. Walicka M., Chlebus M., Brzozowska M. et al, *Prevalence of diabetes in Poland in the years 2010-2014*, Clinical Diabetology 2015, tom 4, supl. B.
 40. WHO. *Situation analysis and Recommendations for Stewardship on Workplace Health Promotion in Poland.*
 41. WHO. *The European health report 2005.*
 42. WHO. *Global Health Observatory (GHO) data.*
 43. Wild A., Roglic G., Green A., Sicree R., King H.: *Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030.* Diabetes Care 2004;27:1047–1053.
 44. World Health Organization, *Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications: Report of a WHO Consultation. Part 1. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus.*, Geneva, World Health Org., 1999, str. 2.

Dokumenty programowe

1. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe Ramy Strategiczne.
2. Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020. Załącznik do Uchwały Nr 196/20/15 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 03.03.2015 r.
3. Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020. Załącznik Nr 2a do Uchwały Nr 233/216/17 Zarządu Województwa Pomorskiego z dn. 02.03.2017 r.
4. Wspólna Lista Wskaźników Kluczowych 2014-2020 – EFS.
5. Strategia komunikacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020.
6. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020. Minister Rozwoju. Warszawa 23.12.2015 r.
7. Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020. Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju. Warszawa 19.09.2016 r.
8. Wytyczne w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020.
9. Wytyczne w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, a tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020.

10. Praktyczne wskazówki dotyczące planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotne. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Warszawa 2016.
11. Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy dla województwa pomorskiego.
12. Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy dla województw: dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego, lubelskiego, lubuskiego, łódzkiego, małopolskiego, mazowieckiego, opolskiego, podkarpackiego, podlaskiego, śląskiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego, zachodniopomorskiego.
13. Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa pomorskiego.
14. Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa pomorskiego.
15. Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa pomorskiego w zakresie 30 grup chorób
16. Mapa potrzeb zdrowotnych dla Polski
17. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa pomorskiego na okres od dnia 30 czerwca 2016 r. do dnia 31 grudnia 2018 r.
18. Strategia Rozwoju Województwa Pomorskiego 2020
19. Regionalny Program Strategiczny Zdrowie dla Pomorza (RPS ZdP).

Spis tabel

1. Tabela nr 1. Ludność w wieku produkcyjnym według płci, miejsca zamieszkania oraz powiatów województwa pomorskiego w 2015 r.
2. Tabela nr 2. Liczba pracujących w województwie pomorskim (stan w dniu 31.12)
3. Tabela nr 3. Nowe schorzenia z powodu cukrzycy (E10-E14) w latach 2013-2015
4. Tabela nr 4. Rzeczywiste współczynniki chorobowości z powodu cukrzycy (E10-E14) /10⁵ w wybranych latach okresu 2005-2015
5. Tabela nr 5. Hospitalizacje z powodu cukrzycy w Polsce i w podziale na województwa w 2014 r.
6. Tabela nr 6. Rzeczywiste współczynniki zgonów /10⁵ z powodu 12 głównych przyczyn zgonów w Polsce w 2015 r.
7. Tabela nr 7. Zgony i współczynniki surowe/10⁵ zgonów z powodu cukrzycy (E10-E14) w powiatach województwa pomorskiego w okresie 2012-2014
8. Tabela nr 8. Liczba osób ubezpieczonych w ZUS, którym w 2015 roku wystawiono zaświadczenie lekarskie z tytułu choroby własnej według wieku, płci oraz wybranych jednostek chorobowych
9. Tabela nr 9. Liczba dni absencji chorobowej¹⁰ z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według wieku, płci oraz wybranych jednostek chorobowych
10. Tabela nr 10. Orzeczenia pierwszorazowe lekarzy orzeczników ZUS wydane w 2013 r. ustalające stopień niezdolności do pracy i uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego, w tym z jednoczesną potrzebą rehabilitacji leczniczej według płci i wybranych z grupy (E00-E90) jednostek chorobowych
11. Tabela nr 11. Orzeczenia ponowne lekarzy orzeczników ZUS wydane w latach 2010, 2013, 2015, ustalające stopień niezdolności do pracy i uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego, w tym z jednoczesną potrzebą rehabilitacji leczniczej według płci i wybranych z grupy (E00-E90) jednostek chorobowych
12. Tabela nr 12. Osoby pobierające renty z tytułu niezdolności do pracy wypłacane przez ZUS (stan w grudniu 2015 r.)
13. Tabela nr 13. Poradnie diabetologiczne w 2014 r. (NFZ)
14. Tabela nr 14. Poradnie diabetologiczne – liczba porad na 10⁵ ludności (2014 r.)
15. Tabela nr 15. Prewencja cukrzycy typu 2. poprzez zmiany stylu życia – dowody naukowe

16. Tabela nr 16. Charakterystyka uczestników badania przed interwencją (1986), po 6 latach trwania interwencji (1992) oraz w 14 lat po zakończeniu interwencji (2006)
17. Tabela nr 17. Charakterystyka początkowa uczestników badania
18. Tabela nr 18. Wydatek energetyczny czynności trwającej 10 min. (kcal)
19. Tabela nr 19. Zmniejszenie częstości występowania ryzyka cukrzycy typu 2. w wyniku zastosowanej interwencji
20. Tabela nr 20. Porównanie wyników w grupach interwencyjnych w ciągu 3 lat
21. Tabela nr 21. Charakterystyka badań włączonych do przeglądu

Załączniki

1. Schemat przebiegu Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej dotyczącej prewencji cukrzycy typu 2.
2. Ankieta FINDRISK (Kwestionariusz Oceny Ryzyka Wystąpienia Cukrzycy)
3. Karta pacjenta przystępującego do Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej dotyczącej prewencji cukrzycy typu 2. (etap włączenia do etapu badań przesiewowych
4. Karta pacjenta
5. Test wiedzy o problemie zdrowotnym – cukrzyca typu 2.
6. Ocena wiedzy na temat zdrowego odżywiania i nawyków żywieniowych uczestników Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej dotyczącej prewencji cukrzycy typu 2.
7. IPAQ – Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej – wersja długa
- 7a. IPAQ – Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej – wersja krótka
8. Ankieta satysfakcji
9. Mierniki efektywności Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej dotyczącej prewencji cukrzycy typu 2 – wzór sprawozdania

ⁱ 30 % stanowi średnią wyliczoną na podstawie zgłaszalności do centralnych programów profilaktycznych dotyczących nowotworów w roku 2015: szyjki macicy (24,78 %), piersi (44,35 %) oraz jelita grubego (17%)

ⁱⁱ Raport „Polska w stanie przedcukrzycowym” Warszawa , październik 2016, str. 21