Priloga 1.

NACIONALNI PLAN ZA OBVLADOVANJE SLADKORNE BOLEZNI 2020-2030

Strategija razvoja

Koncept izvajanja plana in usmeritve do 2030

Dokument je nastal na podlagi gradiva, ki ga je 30.1.2020 koordinativna skupina Nacionalnega programa za obvladovanje sladkorne bolezni 2010-2020 (v nadaljnjem besedilu: NPOSB 2010-2022) posredovala Ministrstvu za zdravje (v nadaljnjem besedilu: MZ).

Nato je od marca 2020 dalje COVID 19, sprva kot pandemija, nato pa s perzistenco v populaciji, zamajal zdravstveno oskrbo kronično bolnih in akutnih ne-COVID 19 stanj in prekinil izvajanje programov krepitve zdravja in preventivnih pregledov za zgodnje odkrivanje kroničnih bolezni, ki se tudi ob ponovnem zagonu izvajajo v prilagojenih oblikah, v družbenem smislu pa poslabšal determinante zdravja nekaterih slojev prebivalstva. Ker osebe s sladkorno boleznijo sodijo med posebej ogrožene, je NPOSB 2020-2030 ključen razvojni dokument, ki bo na primeru sladkorne bolezni kot modelne bolezni podpiral in razvijal ukrepanje na podlagi informacij, širjenje znanja in dobrih praks, krepil zmožnost za predvidevanje in obvladovanje nenačrtovanih, nepredvidenih dogodkov, krepil in razvijal sodelovanje med različnimi akterji, razvijal ukrepe in vrednote, ki so socialno sprejemljive, prispeval k varovanju duševnega zdravja prebivalstva in zdravstvenih delavcev, krepil fleksibilizacijo zdravstvenih kapacitet ter podpiral zagotavljanje ukrepov krepitve zdravja, preprečevanja in zgodnjega odkrivanja sladkorne bolezni ter kontinuitete oskrbe sladkorne bolezni ob hkratnem obvladovanju COVID 19.

Koncept izvajanja plana in usmeritve do 2030 temelj na delu koordinativne skupine, ki se je zaključilo že pred pandemijo COVID 19, vpliva COVID 19 zato še ne vključuje. Ustrezne aktivnosti pa so že del Akcijskega načrta za obvladovanje sladkorne bolezni 2020-2021 (v nadaljnjem besedilu: ANOSB 2020-2021), ki je bil dokončno potrjen že po začetku pandemije.

# Kazalo

[KAZALO 3](#_Toc52038412)

[1. SLADKORNA BOLEZEN PREDSTAVLJA VELIKO BREME ZA POSAMEZNIKA IN NJEGOVE BLIŽNJE 4](#_Toc52038413)

[2. SLADKORNO BOLEZEN TIPA 2 LAHKO PREPREČIMO OZIROMA ODLOŽIMO NA KASNEJŠE ŽIVLJENJSKO OBDOBJE 8](#_Toc52038414)

[3. OSEBE Z MEJNO BAZALNO GLIKEMIJO OZIROMA MOTENO TOLERANCO ZA GLUKOZO POTREBUJEJO POSEBNO OBRAVNAVO 14](#_Toc52038415)

[4. SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2 JE ZELO POGOSTA BOLEZEN IN ZAHTEVA OBRAVNAVO GLEDE KRVNEGA SLADKORJA, KRVNEGA TLAKA IN KRVNIH MAŠČOB 19](#_Toc52038416)

[5. SLADKORNA BOLEZEN TIPA 1: BOLNA OSEBA S SVOJIM RAVNANJEM POSNEMA DELOVANJE TREBUŠNE SLINAVKE 27](#_Toc52038417)

[6. KRONIČNI ZAPLETI SLADKORNE BOLEZNI: MOŽGANSKA KAP, SRČNA KAP, ODPOVED LEDVIC, SLEPOTA, AMPUTACIJA 30](#_Toc52038418)

[7.KO SE Z ZDRAVJEM NAGLO ZAPLETE, JE POTREBNO PRAVOČASNO ZDRAVLJENJE IN NATO NAČRT, KAKO NAPREJ 40](#_Toc52038419)

[8. OSEBA S SLADKORNO BOLEZNIJO ZA KAKOVOSTNO ŽIVLJENJE POTREBUJE ZNANJE, RAZUMEVANJE IN VEŠČINE TER OKOLJE, V KATEREM SOODLOČA GLEDE ZDRAVLJENJA SVOJE BOLEZNI 42](#_Toc52038420)

[9. SLADKORNA BOLEZEN IN NOSEČNOST: VARUJEMO OTROKA IN MAMO 51](#_Toc52038421)

[10. OBVLADOVANJE SLADKORNE BOLEZNI PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKIH JE NALOŽBA ZA PRIHODNOST DRUŽBE 54](#_Toc52038422)

[11. SPREMLJANJE KAKOVOSTI JE OSNOVA ZA STALNO IZBOLJŠEVANJE OSKRBE 59](#_Toc52038423)

[12. ORGANIZACIJA OSKRBE OSEBE S SLADKORNO BOLEZNIJO ZAJEMA VSE RAVNI ZDRAVSTVA IN SEGA TUDI IZVEN ZDRAVSTVENEGA SISTEMA 62](#_Toc52038424)

[13. SLADKORNA BOLEZEN OD ROJSTVA DO POZNE STAROSTI 68](#_Toc52038425)

[14. RAZISKOVANJE V ZVEZI Z OBVLADOVANJEM SLADKORNE BOLEZNI SEGA NA MNOGA PODROČJA, ZATO JE POTREBNO STALNO SODELOVANJE 70](#_Toc52038426)

[15. IZOBRAŽEVANJE IN USPOSABLJANJE STROKOVNJAKOV, KI DELAJO V ZDRAVSTVU, OMOGOČA UČINKOVITEJŠE OBVLADOVANJE SLADKORNE BOLEZNI, PODPORA OSEBAM S SLADKORNO BOLEZNIJO ZA TA NAMEN USTREZNO USPOSOBLJENIH DRUGIH OSEB S SLADKORNO BOLEZNIJO PA LAŽJE ŽIVLJENJE 72](#_Toc52038427)

[16. ZDRUŽENJA OSEB S SLADKORNO BOLEZNIJO IN DRUGE NEVLADNE ORGANIZACIJE IMAJO POMEMBNO VLOGO V OBVLADOVANJU SLADKORNE BOLEZNI 75](#_Toc52038428)

[17.VODENJE, SPREMLJANJE IN KOORDINACIJA IZVAJANJA NACIONALNEGA PLANA ZAGOTAVLJAJO NJEGOVO USPEŠNOST 78](#_Toc52038429)

[18.PARTNERSTVO TEMELJI NA ZAUPANJU IN ISKANJU SPORAZUMNIH REŠITEV 80](#_Toc52038430)

# 1. SLADKORNA BOLEZEN PREDSTAVLJA VELIKO BREME ZA POSAMEZNIKA IN NJEGOVE BLIŽNJE

Sladkorna bolezen (diabetes mellitus) je skupina različnih bolezni, ki jim je skupna previsoka koncentracija glukoze v krvi, kar imenujemo poljudno tudi previsok krvni sladkor. Krvni sladkor v normalnih mejah vzdržuje hormon insulin, ki ga izdeluje trebušna slinavka. Kadar trebušna slinavka izloča premalo insulina ali pa se telesna tkiva na insulin ne odzivajo v dovolj veliki meri, se krvni sladkor dvigne nad normalno mejo. Previsok krvni sladkor tekom let okvari drobno in veliko žilje, kar je povezano z možgansko kapjo, srčno kapjo, ledvično odpovedjo, slepoto, okvaro živcev in skupaj z okvaro ožilja nog lahko privede do amputacije. Te posledice previsokega krvnega sladkorja imenujemo kronični zapleti sladkorne bolezni. Zato je dobro, da sladkorno bolezen odkrijemo čimprej, ko se pojavi, ter pričnemo z ustreznim zdravljenjem. Obstajajo načini za odkrivanje kroničnih zapletov v zelo zgodnjem obdobju, ko lahko s kakovostnim zdravljenjem upočasnimo njihovo napredovanje, odpraviti pa jih ne znamo. Kadar pride do zelo visokega porasta krvnega sladkorja (diabetični aketotični hiperosmolarni sindrom oziroma diabetična ketoacidoza) ali do znižanja izpod želene vrednosti (hipoglikemije), nastalo težavo zaradi hitrejšega nastanka imenujemo akutni zaplet.

Poznamo več tipov sladkorne bolezni:

- sladkorna bolezen tipa 2;

- sladkorna bolezen tipa 1;

- sladkorna bolezen v nosečnosti;

- drugi tipi sladkorne bolezni.

Sladkorno bolezen tipa 2 (prej imenovana starostna sladkorna bolezen ali od insulina neodvisna sladkorna bolezen) ima po oceni 95% oseb s sladkorno boleznijo. Previsok krvni sladkor je posledica sočasno prisotne okvare trebušne slinavke, ki izloča premalo insulina, in oslabljenega učinka insulina na telesna tkiva, predvsem mišičje in jetra. Znanost odkriva tudi druge mehanizme, ki dodatno prispevajo k zvišanju krvnega sladkorja. Okvara trebušne slinavke sčasoma napreduje, zato se način zdravljenja sladkorne bolezni tipa 2 stopnjuje od vzpodbujanja zdravega načina življenja do zdravljenja z zdravili, ki jih zaužijemo preko ust, do zdravljenja z insulinom in z drugimi zdravili, ki jih je potrebno vbrizgavati. Sladkorna bolezen tipa 2 lahko ostane dolga leta neprepoznana, saj so bolne osebe praviloma vrsto let brez težav in lahko poiščejo pomoč šele zaradi zapletov sladkorne bolezni. Sladkorna bolezen tipa 2 se lahko pojavi že pri otrocih in mladostnikih, večinoma jo prepoznamo po 40. letu, vrh pojavnosti pa se je v zadnjem desetletju pomaknil v nižjo starost in sega v delovno aktivno obdobje, še posebej med moškimi. Zgodnejša pojavnost sladkorne bolezni tipa 2 v populaciji je predvsem odraz nezdravega življenjskega sloga in povečane telesne teže v populaciji, zaznavanje pojavnosti pa je odvisno od učinkovitosti sistemov, s katerimi aktivno iščemo sladkorno bolezen tipa 2. Število oseb s sladkorno boleznijo pa je strmo naraščalo predvsem zaradi daljšega preživetja in manjše umrljivosti v tem opazovanem časovnem obdobju. Trend večanja pogostnosti sladkorne bolezni je v razvitih državah zlasti posledica daljšega preživetja oseb s sladkorno boleznijo.

Za razvoj sladkorne bolezni tipa 2 je genetska osnova zelo pomembna, vendar še ne povsem pojasnjena, ravno tako so pomembne epigenetske spremembe. Tveganje za razvoj sladkorne bolezni tipa 2 tekom celotnega življenja je 40% za posameznike, ki imajo enega od staršev s sladkorno boleznijo tipa 2, in 70%, če jo imata oba starša. Med dejavnike, na katere lahko vplivamo, sodijo nezdrava prehrana, pomanjkanje gibanja in z njima povezana čezmerna telesna teža oziroma debelost, še posebej ob kopičenju maščevja v predelu trebuha. Nekatera bolezenska stanja lahko predstavljajo predstopnjo v razvoju sladkorne bolezni tipa 2 in sicer sta to mejna bazalna glikemija in motena toleranca za glukozo. (Metabolični sindrom se ni izkazal kot boljši označevalec povečane verjetnosti za pojav sladkorne bolezni tipa 2 v primerjavi z njegovimi posamičnimi komponentami.) Mejno bazalno glikemijo in moteno toleranco za glukozo opredelimo glede na krvni sladkor na tešče ali med testom, med katerim merimo porast krvnega sladkorja po zaužitju določene količine glukoze. Večjo verjetnost, da zbolijo za sladkorno boleznijo tipa 2, imajo tudi ženske, ki so imele sladkorno bolezen med nosečnostjo.

Sladkorna bolezen tipa 2 se pogosto pojavlja skupaj s previsokim krvnim tlakom in moteno presnovo maščob. Vsa tri stanja skupaj še pospešeno kvarijo drobno in veliko žilje, zato je za uspešno preprečevanje kroničnih zapletov sladkorne bolezni nujno sočasno zdravljenje previsokega krvnega sladkorja, tlaka in maščob.

Sladkorno bolezen tipa 1 (včasih imenovana juvenilna, imunsko povzročena sladkorna bolezen ali od insulina odvisna sladkorna bolezen) ima po oceni 4% oseb s sladkorno boleznijo. Previsok krvni sladkor je posledica okvare trebušne slinavke, ki insulina ne izloča več ali pa ga izloča zelo malo. Vzrok za okvaro trebušne slinavke ni popolnoma pojasnjen. Okvara trebušne slinavke običajno poteka naglo, zato oseba začuti težave hitro po nastanku bolezni, navadno v nekaj dneh ali tednih. Težave se hitro stopnjujejo, za preživetje je nujno takojšnje zdravljenje z insulinom, ki nato traja vse življenje. Oseba se mora naučiti zdravljenja z insulinom v takšni meri, da lahko posnema delovanje zdrave trebušne slinavke. Običajno obolevajo otroci in mladostniki, lahko pa se pojavi v katerikoli starosti. Ker pogosto za slakdorno boleznijo tipa 1 zboli otrok ali mladostnik, je poleg bolnega posameznika prizadeta tudi njegova družina. Razvoj tehničnih pripomočkov, ki olajšajo pravočasno dovajanje primerne količine insulina in omogočajo stalen vpogled v raven krvnega sladkorja, lajša zapletenost zdravljenja sladkorne bolezni tipa 1. Ne poznamo načina, s katerim bi prepoznali osebe z večjim tveganjem za sladkorno bolezen tipa 1 in je tudi ne znamo preprečiti.

Sladkorna bolezen v nosečnosti je tisti tip sladkorne bolezni, ki se prvič pojavi med nosečnostjo in po porodu oziroma po koncu dojenja izgine. Ženske, ki so imele sladkorno bolezen v nosečnosti, imajo veliko verjetnost, da se kasneje v življenju pojavi sladkorna bolezen tipa 2 in zato potrebujejo posebno obravnavo.

Drugi tipi sladkorne bolezni nastanejo kot posledica nekaterih zdravil, operacij, podhranjenosti, okužb, genetskih sindromov in drugih redkih bolezni.

Oseba s sladkorno boleznijo v povprečju na svojo bolezen pomisli vsakih dvajset minut, vsak dan, do konca življenja. Sladkorna bolezen zato predstavlja veliko breme ter vpliva na kakovost življenja. Vsak dan bolna oseba sprejema odločitve in se sprašuje o stvareh, ki vplivajo na rezultate zdravljenja: katero hrano izbrati in v kakšni količini, kako poskrbeti za čimveč gibanja, ali opustiti kajenje in kako, kakšna je telesna teža, je pravočasno zaužila tabletke, ali morda katera od njih povzroča težave, ali zna pravilno uporabljati svoj merilnik za krvni sladkor, ali si je izmerila krvni sladkor, kaj ta vrednost krvnega sladkorja pomeni, kakšen odmerek in katere vrste insulina naj uporabi, kako naj si prilagodi odmerek insulina, ker načrtuje hitrejši sprehod, kako naj se izogne prenizkim vrednostim krvnega sladkorja in še mnoga druga vprašanja. Pogosto je poleg zdravljenja previsokega krvnega sladkorja potrebno tudi zdravljenje previsokega krvnega tlaka in maščob, spisek zdravil je dolg, način jemanja posameznih zdravil velikokrat povsem različen. Bolni posameznik lahko slabo pozna kronične zaplete sladkorne bolezni, strah pa ga je možganske in srčne kapi, odpovedi ledvic, slepote, amputacije,… Bolna oseba zato poleg zdravljenja z zdravili potrebuje tudi vseživljenjsko oporo v zdravstvenem timu za obravnavo sladkorne bolezni, kjer sodelujejo zdravniki različnih specialnosti, medicinske sestre in drugi zdravstveni strokovnjaki (redna vseživljenjska edukacija). Potrebuje oporo pri trajnih spremembah načina življenja v povezavi s prehranjevanjem, gibanjem in pri večini bolnih tudi glede prevelike telesne teže, kjer se lahko vključujejo tudi drugi strokovnjaki. Potrebuje usklajeno in povezano obravnavo glede krvnega sladkorja, tlaka in maščob, aktivno iskanje zgodnjih oblik kroničnih zapletov sladkorne bolezni in, če se pojavijo, takojšnje kakovostno zdravljenje, s katerim upočasnimo njihovo napredovanje. Ob pojavu kroničnih zapletov in intenziviranju terapije potrebuje bolni posameznik polno rehabilitacijo in dodatno oporo zdravstvenega tima. Potrebuje tudi stalno in usklajeno edukacijo, ki ga opremi z ustreznim znanjem, razumevanjem in veščinami in ki vzpodbuja njegovo notranjo motivacijo, ga podpira pri načrtovanju in izvajanju načrtovanih sprememb in pri soočanju z zdrsi. Kadar je oseba opolnomočena za celostno vodenje svoje sladkorne bolezni, to pomeni, da ima nadzor nad svojim lastnim življenjem in ima zmožnost, da ukrepa v zvezi z zadevami, ki jih sama prepozna za pomembne. Samovodenje v primeru sladkorne bolezni označuje ukrepanje bolne osebe na osnovi izvidov samokontrole; samokontrola pa pomeni predvsem samomeritve glukoze v krvi, lahko pa tudi samomeritve glukoze v urinu in ketonov v krvi ali v urinu. V najširšem smislu pa skrb za zdravje opisuje pojem samooskrba, ki pomeni poleg uspešnega samovodenja glikemije tudi nadzor nad drugimi dejavniki tveganja za bolezni srca in žilja, odkrivanje kroničnih zapletov in skrb za splošno zdravstveno stanje. Predpogoj za uspešno samovodenje je zdravstvena pismenost, kar pomeni, da ima posameznik znanje, motivacijo in zmožnost da dostopa, razume, vrednoti in uporablja zdravstvene informacije za presojanje in sprejemanje odločitev o zdravstveni oskrbi, o preprečevanju bolezni in o krepitvi zdravja za ohranjanje oziroma izboljšanje kakovosti svojega življenja, v trenutni situaciji in v prihodnje.

Za vztrajanje v tako zahtevni oskrbi bolnik poleg oskrbe v zdravstvenem timu za obravnavo sladkorne bolezni pogosto potrebuje tudi oporo drugih strokovnjakov v zdravstvu, ustrezno izobraženih svojcev in bližnjih, zelo pomembno pa je tudi udejstvovanje v strokovno podprtih dejavnostih za zdrav način življenja, ki jih izvajajo združenja oseb s sladkorno boleznijo in ostala združenja.

Sladkorna bolezen lahko spremlja posameznika od rojstva do pozne starosti, to je doma, v vrtcu in v šoli, na delovnem mestu, v domačem okolju in v tretjem življenjskem obdobju.

Oseba s sladkorno boleznijo je tekom življenja vključena v različna okolja. Otrok s sladkorno boleznijo obiskuje vrtec in šolo, v oskrbo je takrat pomembno vključena njegova družina. Na otroke v tem obdobju lahko vpliva tudi sladkorna bolezen, ki jo ima kateri od staršev ali drugih bližnjih. Z večanjem pojavljanja sladkorne bolezni tipa 2 med delovno aktivno populacijo je potrebno tudi prilagajanje delovnega okolja obolelim, z namenom preprečevanja sladkorne bolezni in drugih kroničnih bolezni pa tudi prilagajanje delovnega okolja za zdrave v smislu krepitve zdravja. Povečuje se tudi število žensk v rodni dobi, ki imajo sladkorno bolezen, ali pa se pri njih sladkorna bolezen pojavi med nosečnostjo. Takrat ima sladkorna bolezen vpliv na posameznico, njeno družino in tudi na otroka. Na življenje posameznikov ključno vpliva kakovost življenja v domačem okolju – v družini, širši socialni mreži in v lokalni skupnosti, kar predstavlja dodaten izziv za obvladovanje sladkorne bolezni v smislu čim bolj kakovostnega življenja. Tretje življenjsko obdobje pogosto spremlja prevrednotenje vrednot in izbir posameznika, hkrati pa večje tveganje za pojav več kroničnih stanj in obolenj hkrati. Sladkorna bolezen, pa če je takrat že dolgoletna spremljevalka ali na novo nastala kronična bolezen, je zato pogosto le eno stanj, kakovost življenja pa je v vse večji meri odvisna od funkcionalne sposobnosti posameznika in od njegove socialne mreže.

# 2. SLADKORNO BOLEZEN TIPA 2 LAHKO PREPREČIMO OZIROMA ODLOŽIMO NA KASNEJŠE ŽIVLJENJSKO OBDOBJE

Genski zapis in drugi dedni dejavniki vplivajo na verjetnost, ali se bo pri posamezniku pojavila sladkorna bolezen tipa 2 ali ne. Kljub prirojeni nagnjenosti za razvoj sladkorne bolezni tipa 2 posameznik lahko vpliva na to, kdaj se bo pojavila. Z zdravim načinom življenja sladkorno bolezen tipa 2 lahko odložimo na kasnejše življenjsko obdobje oziroma jo preprečimo. Zdravo prehranjevanje, zadostno gibanje in skrb za telesno težo so način, kako zmanjšamo verjetnost za pojav sladkorne bolezni tipa 2. Svojo odgovornost za zdrav način življenja vseh ljudi pa ima tudi družba, da zagotovi takšne življenjske okoliščine, kjer se je lažje zdravo prehranjevati in se dovolj gibati.

Debelost je glavni neodvisni dejavnik tveganja tako za sladkorno bolezen tipa 2kot za aterosklerotične srčno-žilne bolezni. V Evropi odvečni teži pripisujejo 7,7% smrti. Tveganje za sladkorno bolezen tipa 2 je pri debelih ljudeh 7-krat večje v primerjavi z osebami z zdravo telesno maso in 3-krat večje pri ljudeh s čezmerno telesno maso (ITM 25-29,9kg/m2).

Optimalno zdravje na nivoju populacije lahko pričakuemo pri sredni vrednosti indeksa telesne mase 21-23 kg/m2, pri posamezniku pa je cilj vzdrževati indeks telesne mase med v 18,5 in 24.9 kg/m2. Tveganje za zdravstvene zaplete se poveča že pri vednostih nad 25 kg/m2, se še dodatno poveča pri 30 kg/m2 in je zelo veliko pri vrednostih nad 40 kg/m2. Porast telesne teže je največji pri mlajših in pri osebah srednjih let.

Za zdrav način življenja morajo biti v družbi vzpostavljeni pogoji, za zagotavljanje katerih zdravstvo ni edini in pogosto niti ne ključni partner.

Delež čezmerno hranjenih in debelih otrok in mladostnikov se je v zadnjih tridesetih letih podvojil, bolj izrazito je bilo to povečanje pri fantih, saj se je delež prekomerno težkih dečkov povečal s 13,5% na 18,8%, delež debelih pa se je povečal z 2,8% na 6,1%. Tudi pri odraslih ima telesno maso večjo od priporočene 42% žensk in 66,6% moških.

Za ohranjanje in krepitev zdravja je pomembno razmerje med energijo, ki jo vnesemo v telo s prehranjevanjem in z njeno porabo s telesno dejavnostjo. Čeprav stopnja celokupne telesne dejavnosti pri odraslih Slovencih v povprečju narašča, je delež tistih, ki dosega priporočila glede rekreativne telesne dejavnosti zelo nizek in znaša približno 20%.

Vendar pa podatki po letu 2011 kažejo na umirjanje čezmerne telesne teže in debelosti pri mladih, kar kaže na očitno dobro delujoče sistemsko izvajane ukrepe na različnih področjih; prehrani in spodbujanju telesne dejavnosti.

Z Resolucijo o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015 – 2025 (v nadaljnjem besedilu: ReNPPTDZ 15-25) želi država izboljšati prehranske navade (povečati uživanje sadja in zelenjave, rib, polnozrnatih žit in žitnih izdelkov in zmanjšati vnos trans maščob, nasičenih maščob, sladkorja in soli) in gibalne navade prebivalcev od najzgodnejšega obdobja življenja do pozne starosti. Zapisana je v želji zaustaviti in obrniti trend naraščanja telesne mase prebivalcev Slovenije in vplivati na manjšo pojavnost kroničnih nenalezljivih bolezni.

ReNPPTDZ 15-25 gradi na rezultatih predhodnjih politik na tem področju, ki so vplivali na nekatere pozitivne premike na področju zdravega prehranjevanja in telesne dejavnosti. Kljub temu pa se zaradi velikih sprememb v načinu življenja (uživanje živil, ki vsebujejo veliko sladkorja, maščob in soli ter njihovega agresivnega trženja ter vse večje telesne nedejavnosti), soočamo s porastom debelosti pri otrocih, mladostnikih in odraslih, po drugi strani pa se srečujemo s pojavom krhkosti in funkcionalne nezmožnosti starejših in kronično bolnih. V novem predlogu dokumenta so tako združeni ukrepi na področju zdravega prehranjevanja in ukrepi za spodbujanje vsakodnevne telesne dejavnosti, saj je le tako mogoče v zadovoljivi meri vplivati in obvladovati naraščajočo debelost in druge KNB.

Posebna dodana vrednost omenjene ReNPPTDZ 15-25 je v povezovanju in doseganju sinergij med strategijami drugih resorjev, ki so skladni in podpirajo strateške cilje ReNPPTDZ 15-25 kot so npr.: usmeritve kmetijske politike za povečanje lokalne trajnostne oskrbe in samooskrbe; usmeritve nacionalnega programa športa in zakonodaje na področju vzgoje in izobraževanja; usmeritve strategije slovenskega turizma, ki podpira trajnostni razvoj in ukrepe za Slovenijo kot aktivno, zdravo in zeleno destinacijo; usmeritve v trajnostno mobilnost in dobro prostorsko načrtovanje; usmeritve socialne politike za socialno aktivacijo in zmanjševanje tveganja revščine. Izvajanje ukrepov bo prispevalo tudi k gospodarskemu in socialnemu razvoju Slovenije.

Za zagotovitev usklajenega delovanja vseh ključnih deležnikov bo za koordinacijo izvajanja in spremljanja programa vzpostavljena medresorska delovna skupina, ki bo omogočala pravočasno, odprto in učinkovito izmenjavo podatkov in informacij. Izvedba ukrepov bo opredeljena v periodičnih izvedbenih načrtih, v katerih bodo podrobno določene aktivnosti, njihovi nosilci in potrebna finančna sredstva.

Zdravje ne nastaja v zdravstvenem sektorju pač pa tam, kjer ljudje preživimo večino svojega časa, torej v vrtcih, šolah, delovnem mestu, v lokalni skupnosti. Zato je pri javni obravnavi pomebna vključenost vseh deležnikov vladnega, nevladnega in zasebnega sektorja, stroke, civilne družbe in lokalne samouprave. Vabimo torej vse, da s svojimi predlogi in komentarji dogradijo za vse nas pomemben dokument, na osnovi katerega bomo v naslednjem desetletju lahko izboljšali prehranske in gibalne navade prebivalcev Slovenije.

Za področje preprečavanja sladkorne bolezen tipa 2 opredeljuje ReNPPTDZ 15-25 naslednja ključna (prednostna) področja:

* zagotavljanje zdravega prehranjevanja v skladu s smernicami in priporočili za različne starostne skupine (še posebej v sistemu organizirane vrtčevske, šolske in študentske prehrane, v bolnišnicah in domovih za starejše občane);
* spodbujanje ponudbe za zdrave izbire v gostinstvu in turizmu v povezavi s turistično ponudbo v lokalnih okoljih s ciljem, da Slovenija postane odlična, zelena, aktivna in zdrava destinacija);
* spodbujanje ponudbe zdravju koristnih živilskih izdelkov v sodelovanju z industrijo (npr. zniževanje vsebnosti sladkorja, soli in maščob v živilih);
* zagotavljanje dostopnosti do zdravih prehranskih izbir za socialno-ekonomsko ogrožene skupine (npr. lastna pridelava hrane, urbani vrtovi, dvig zdravstvene in finančne pismenosti);
* zagotavljanje varne in zdravju koristne hrane, s poudarkom na lokalno-trajnostni oskrbi in samooskrbi;
* osveščanje potrošnikov s primernim označevanjem, predstavljanjem in trženjem živil ter z omejevanjem trženja hrane za otroke;
* spodbujanje telesne dejavnosti prebivalcev v vseh starostnih skupinah;
* krepitev vloge zdravstvenega sektorja pri obvladovanju debelosti in telesne dejavnosti s ciljem zmanjševanja kroničnih bolezni;
* izobraževanje in raziskovanje na tem področju;
* obveščanje in osveščanje, vključno z javnozdravstvenimi kampanjami.

Pri zagotavljanju pogojev za zdrav način življenja, zdravstvo nastopa predvsem v vlogi zagovornika zdravja ter zagotavlja usklajenost delovanja drugih resorjev. Vloga zdravstvenega sistema je tudi v izdelavi različnih programov, modelov in orodij, ki se za spreminjanje življenjskih navad izvajajo oziroma uporabljajo v drugih resorjih. V obdobju do leta 2025 bo NPOSB usklajen s cilji, ukrepi in aktivnostmi ReNPPTDZ 2015-2025, ki se izvajajo tudi medresorsko, vključno s pristopi za omejevanje oglaševanja hrane preko različnih medijev, predvsem tistih, ki so namenjeni mladim, s promocijo smernic zdrave prehrane pri ponudnikih, v primerih oglaševanja preko meja države in oglaševanja preko spletnih strani pa se bomo pridružili mednarodnim ukrepom. Pomemben partner pri ozaveščanju in zagotavljanju pogojev za zdrav način življenja so nevladne organizacije.

Usmeritve do leta 2030:

* sodelovati pri oblikovanju, izvajanju, širjenju in vrednotenju ukrepov in aktivnosti ReNPPTDZ 2015-2025 in pri pripravi strateškega dokumenta za podporo zdravemu načinu življenja po tem obdobju;
* zagotavljati vključevanja nevladnih organizacij kot enakovrednih partnerjev na področju varovanja in krepitve zdravja in zagotoviti njihovo od industrije neodvisno delovanje.

Zdravje se vedno bolj povezuje z razvojem družbe in se uveljavlja kot ekonomska kategorija. Kronične bolezni, med njimi tudi sladkorna bolezen, so eden glavnih izzivov za razvoj družbe.

Tako kot je zdravje povezano z ekonomskimi in socialnimi okoliščinami, je danes znano, da sta tudi hitrost in stopnja razvoja, ki jo lahko doseže določena družba, odvisni od njenega zdravja.

Usmeritev do leta 2030:

* delovati kot zagovornik vlaganja v zdravje, uveljavljanje zdravja kot razvojne kategorije v vseh regijah v Sloveniji in v različnih elementih družbe.

Politike in ukrepi, ki se sprejemajo in izvajajo v resorjih drugih ministrstev, lahko bistveno vplivajo na zdravje.

Ukrepi, ki jih sprejemajo v posameznih resorjih, kot so kmetijstvo, gospodarstvo, šolstvo, turizem, promet, lahko vplivajo na ekonomske, socialne, strukturne in okoljske determinante zdravja. Določajo pogoje, v katerih posameznik ali skupine prebivalcev lahko uresničujejo zdrav način življenja, vplivajo na njihove prehranske navade in gibanje ter posledično vplivajo na pojav kroničnih bolezni.

Usmeritve do leta 2030:

* na ravni države in lokalnih skupnosti vzpostavljati ustrezne oblike spremljanja vplivov na zdravje, npr. preko spletnega mesta Zdravje v občini, ter uveljavljati upoštevanje zdravja v vseh politikah;
* zagotavljati medsektorsko sodelovanje na nacionalni in na regijskih ter lokalnih ravneh in povečevati občutljivost drugih resorjev za probleme zdravja.

Skupnostni pristop k zdravju prispeva k zdravju vseh v skupnosti.

Glede na različne okoliščine, v katerih ljudje živijo v lokalnih skupnostih, je pomembno, da

zdravstvene institucije delujejo tudi »na terenu«, v okoljih, kjer ljudje živijo in delajo. To pomeni, da strokovnjaki v zdravstvenih domovih, ki so osnovne organizacijske enote izvajanja dejavnosti za krepitev zdravja, prepoznavajo zdravstvene značilnosti določene skupnosti in nato delujejo na osnovi strokovnih usmeritev. Enako pomembno pa je tudi zagotavljanje skupnostnega pristopa kot dejavnosti, kjer skupnost pristopa k zdravju prebivalcev. To pomeni, da skupnost prepoznava, zagotavlja in usklajuje dejavnosti za ohranjanje in krepitev zdravja ter zmanjševanje neenakosti v zdravju. Ob tem ohranja kreativnost posameznika, njegovo svobodno odločitev za aktivnosti za krepitev zdravja, ter uporablja vse dosežke znanstvenega, tehnološkega in institucionalnega razvoja. Delovanju zdravstva (in drugih akterjev) v skupnosti se priključi sodelovalna skupna skrb za zdravje, kjer posamezni subjekti prevzemajo različne vloge: lahko so izmenoma pobudniki, izvajalci, koordinatorji, informatorji, prejemniki storitev. Ključno koordinativno vlogo ima občina kot trajni legalni okvir lokalne skupnosti. Pomembno je, da so prejemniki storitev soudeleženi pri kreiranju pristopov, ukrepov in aktivnosti.

Zdravstveni strokovnjaki, zaposleni na primarni ravni zdravstvenega varstva in na področju javnega zdravja, se povezujejo z drugimi akterji v skupnosti kot pobudniki aktivnosti za zdravje ter sooblikujejo in podpirajo pobude drugih akterjev. Takšen princip pristopa k zdravju v skupnosti izvajajo centri za krepitev zdravja, ki so organizacijske enote znotraj zdravstvenih domov.

Usmeritvi do leta 2030:

* podpiranje delovanja centrov za krepitev zdravja v dejavnostih skupnostnega pristopa za zdravje in nadaljnji razvoj pristopov;
* krepitev dejavnosti javnega zdravja na lokalni ravni.

Z zdravim načinom življenja sladkorno bolezen tipa 2 lahko odložimo na kasnejše življenjsko obdobje oziroma jo preprečimo.

Posameznik lahko s sprejemanjem zdravih izbir odloži pojav sladkorne bolezni tipa 2 na kasnejše življenjsko obdobje oziroma prepreči njen pojav. Med dejavniki tveganja za sladkorno bolezen, na katere lahko vplivamo z javnozdravstvenimi ukrepi, so predvsem slabe prehranske navade, pomanjkanje gibanja in debelost. Gre za tiste dejavnike tveganja, ki jih skupaj s kajenjem in tveganim pitjem alkohola prištevamo med dejavnike življenjskega sloga, ki so skupni vsem kroničnim boleznim. Čeprav zahtevajo različne pristope, na njih lahko vplivamo v istih življenjskih okoljih (šolsko, delovno, družina, lokalna skupnost). Ukrepi vključujejo krepitev zdravega načina življenja za vse skupine prebivalstva ter zagotavljanje takšnih pogojev, v katerih lahko zdrav način življenja v vseh življenjskih obdobjih tudi gojimo. Posebno pozornost je potrebno posvetiti otrokom in mladostnikom, bodočim staršem ter skupinam oseb z dejavniki tveganja za sladkorno bolezen in druge kronične bolezni, še posebej ljudem v delovno aktivnem obdobju. Osebe z mejno bazalno glikemijo oziroma moteno toleranco za glukozo poleg ukrepov v smislu krepitve zdravih izbir potrebujejo tudi celostno zdravstveno oskrbo. V centrih za krepitev zdravja in zdravstvenovzgojnih centrih potekajo številni programi in druge aktivnosti za krepitev zdravega načina življenja, ki so namenjeni posameznikom z dejavniki tveganja in z nekaterimi bolezenskimi stanji. Načrtovanje, izvajanje in spremljanje preventivnih programov ureja Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni.

Pomembno je s populacijskimi pristopi spodbujati večje vključevanje prebivalstva v presejalne programe, ki jih izvajajo ambulante družinske medicine, ter v programe centrov za krepitev zdravja.

Usmeritve do leta 2030:

* zagotavljati redno spremljanje in poročanje o prehranskih in gibalnih navadah Slovencev, v različnih starostnih skupinah, posebej pri otrocih in mladostnikih ter v skupinah z neugodnimi determinantami zdravja (manj izobraženi, z nizkimi prihodki, etnične skupineekonomsko in socialno ogroženi);
* zagotavljati krepitev zdravega načina življenja v vseh življenjskih obdobjih in okoljih (šolskem, delovnem, v družini, lokalni skupnosti) ter redno ozaveščanje prebivalstva o vplivu nezdravih življenjskih navad na zdravje in nastanek kroničnih bolezni, še posebej sladkorne bolezni tipa 2;
* ozaveščanje in vzpodbujanje posameznika za zdrav način življenja in za prevzemanje odgovornost za svoje zdravje s krepitvijo zdravstvene pismenosti in s podporo procesu opolnomočenja, še posebej z vzpodbujanjem k udeleževanju v programih in aktivnostih centrov za krepitev zdravja oziroma zdravstvenovzgojnih centrov;
* zagotoviti ozaveščanje o pomenu uravnotežene prehrane in gibanja ter zdravega načina življenja posebej ranljivim skupinam kot so otroci in mladostniki, skupinam z večjim tveganjem ter nosečnicam oziroma bodočim staršem, ki so ključni za preprečevanje sladkorne bolezni že na samem začetku življenja;
* povezovati se z drugimi ukrepi in aktivnostmi na področju krepitve zdravja na delovnem mestu in delovno aktivnih ljudi;
* priprava strategij in programov za deprivirana območja ter podpora za njihovo implementacijo;
* zagotavljati nadaljnji razvoj stroke javnega zdravja in z vsebinami javnega zdravja okrepiti izobraževanje drugih zdravstvenih strokovnjakov ter strokovnjakov na vseh področjih, ki so pomembna za zdravje.

V Sloveniji obstaja vrsta programov in projektov krepitve zdravja, ki pa pogosto niso bili sistematično vrednoteni in iz pilotskega projekta niso prerasli v dejavnost, dostopno vsem. Ta vidik sedaj urejajo ukrepi ReNPPTDZ 2015-2025.

ReNPPTDZ 2015-2025 med drugim podpira širjenje najkakovostnejših programov in projektov na nacionalni ravni, da bi tako dosegli pokritost in stalnost obravnave posameznih skupin prebivalstva. Programi za krepitev zdravja, ki se izvajajo znotraj zdravstvenega varstva na primarni ravnizdravstvene oskrbe, se med seboj povezujejo in usklajujejo, z uvajanjem centrov za krepitev zdravja pa postajajo tudi enako dostopni povsod v Sloveniji. Vzpostavlja se tudi sistem za vrednotenje učinkovitosti programov in aktivnosti, še posebej z vidika koriščenja teh programov s strani tistih, ki jih najbolj potrebujejo. Povezovanje z aktivnostmi lekarniških farmacevtov na področju krepitve zdravja pa je še vedno šibko in ni sistematično.

Usmeritve do leta 2030:

* vzpostavljati in izvajati notranje in zunanje vrednotenje programov in projektov, ki se izvajajo v različnih okoljih in se financirajo iz javnih sredstev;
* podpirati in širiti dokazano učinkovite programe in projekte dobre prakse v vsa okolja;
* podpirati usklajevanje in povezovanje programov in aktivnosti za krepitev zdravja znotraj zdravstva in vzpostaviti povezovanje z aktivnostmi lekarniških farmacevtov na tem področju.

V zdravstvu so na voljo preventivni pregledi, ki so namenjeni prepoznavanju dejavnikov tveganja za pojav najpogostejših kroničnih bolezni in že prisotnih najpogostejših kroničnih bolezni, vključno s sladkorno boleznijo tipa 2.

V ambulantah družinske medicine se izvajajo preventivni pregledi, ki so namenjeni vsem prebivalcem Slovenije od starosti 30 let naprej in nato vsaj vsakih 5 let. V izvajanju preventivnih pregledov imajo posebno vlogo diplomirane medicinske sestre.

*Pojasnilo: Naloge diplomirane medicinske sestre v timu družinske medicine v povezavi s prepoznavanjem oseb z dejavniki tveganja*

*Diplomirana medicinska sestra z izvajanjem preventivnih pregledov prepoznava osebe z dejavniki tveganja za sladkorno bolezen tipa 2 med opredeljeno populacijo, koordinira in delno izvaja njihovo strukturirano oskrbo:*

* *prepoznava stopnjo motiviranosti osebe za spreminjanje življenjskega sloga in jo povečuje;*
* *izvaja kratka svetovanja;*
* *osebo usmerja v programe svetovanja za zdravje/krepitve zdravja (zdravstveno vzgojnih centrov/centrov za krepitev zdravja) in jo vzpodbuja k sodelovanju v njih;*
* *osebo pravočasno napoti na ponovne določitve koncentracije glukoze na tešče oziroma oralni glukozni tolerančni test (izbor metode je v rokah zdravnika oziroma dogovora v timu).*

*Vir: protokol dela tima družinske medicine.*

Usmeritve do leta 2030:

* zagotavljati kapacitete za redno izvajanje preventivnih pregledov;
* prilagoditi pristope za izvajanje preventivnih pregledov pri osebah, ki se preventivnih pregledov v timu družinske medicine ne udeležujejo ob upoštevanju etičnega načela bolnikove avtonomije;
* prilagoditi pristope za prepoznavanje dejavnikov tveganja izven zdravstvenega sistema, lahko v povezavi s skupnostnim pristopom za zdravje;
* uskladiti in povezati dejavnosti lekarniški farmacevtov na tem področju z ostalimi aktivnostmi v zdravstvenem sistemu.

# 3. OSEBE Z MEJNO BAZALNO GLIKEMIJO OZIROMA MOTENO TOLERANCO ZA GLUKOZO POTREBUJEJO POSEBNO OBRAVNAVO

Mejno bazalno glikemijo in moteno toleranco za glukozo, ki opredeljujeta večjo verjetnost za razvoj sladkorne bolezni tipa 2, lahko opredelimo s pregledom pri zdravniku, ki vključuje nekaj laboratorijskih preiskav z določanjem ravni krvnega sladkorja. Poleg tega pa lahko tveganje za sladkorno bolezen tipa 2 opredelimo tudi z uporabo vprašalnika, pri čemer laboratorijske preiskave niso potrebne in je zato primeren za uporabo na populacijski ravni oziroma v aktivnostih za ozaveščanje in informiranje splošne javnosti. S pomočjo vprašalnika prepoznamo tiste posameznike, ki potrebujejo nadaljnjo laboratorijsko diagnostiko. V letu 2019 in 2020 v stroki poteka strokovna razprava, katere namen je določiti, kako veliko je tveganje za sladkorno bolezen tipa 2 pri ženskah, ki so imele sladkorno bolezen v nosečnosti, na podlagi česar bo nato mogoče oblikovati takšne ukrepe, ki bodo sorazmerni tveganju.

Razen tveganja z pojav sladkorne bolezni tipa 2 imajo osebe z mejno bazalno glikemijo oziroma moteno toleranco za glukozo tudi povečano tveganje za pojav aterosklerotičnih srčno-žilnih obolenj.

Osebe z mejno bazalno glikemijo oziroma moteno toleranco za glukozo sistematično odkrivamo z izvajanjem preventivnih pregledov, s katerimi lahko postavimo tudi sum na sladkorno bolezen.

V zdravstvu so na voljo preventivni pregledi, ki so namenjeni prepoznavanju mejne bazalne glikemije in motene tolerance za glukozo.

V ambulantah družinske medicine se izvajajo preventivni pregledi, ki so namenjeni vsem prebivalcem Slovenije od starosti 30 let naprej in nato vsaj vsakih 5 let. V izvajanju preventivnih pregledov imajo posebno vlogo diplomirane medicinske sestre, tudi v povezavi z mejno bazalno glikemijo in moteno toleranco za glukozo.

*Pojasnilo: Naloge diplomirane medicinske sestre v timu družinske medicine v povezavi s prepoznavanjem in oskrbo oseb z mejno bazalno glikemijo in moteno toleranco za glukozo*

*Diplomirana medicinska sestra z izvajanjem preventivnih pregledov prepoznava osebe z mejno bazalno glikemijo oziroma moteno tolerance za glukozo med opredeljeno populacijo, koordinira in delno izvaja njihovo strukturirano oskrbo:*

* + *prepoznava stopnjo motiviranosti osebe za spreminjanje življenjskega sloga in jo povečuje;*
	+ *izvaja kratka svetovanja;*
	+ *osebo usmerja v programe svetovanja za zdravje/krepitve zdravja (zdravstveno vzgojnih centrov/centrov za krepitev zdravja), še posebej v program “Zvišan krvni sladkor za osebe z mejno bazalno glikemijo in moteno tolerance za glukozo« in jo vzpodbuja k sodelovanju v njih;*
	+ *osebo pravočasno napoti na ponovne določitve koncentracije glukoze na tešče oziroma oralni glukozni tolerančni test (izbor metode je v rokah zdravnika oziroma dogovora v timu).*

*Vir: protokol dela tima družinske medicine.*

Usmeritve do leta 2030:

* zagotavljati kapacitete za redno izvajanje preventivnih pregledov;
* prilagoditi pristope za izvajanje preventivnih pregledov pri osebah, ki se preventivnih pregledov ne udeležujejo;
* prilagoditi pristope za oceno verjetnosti (z uporabo vprašalnika), ali je pri osebi prisotna mejna bazalna glikemija oziroma motena toleranca za glukozo izven zdravstvenega sistema, lahko v povezavi s skupnostnim pristopom za zdravje.

V zdravstvenem sistemu obstoječe možnosti za prepoznavanja oseb z mejno bazalno glikemijo in moteno toleranco za glukozo je potrebno nadgraditi z vključevanjem sistematičnih pristopov v dejavnostih izven družinske medicine.

Zdravstveni sistem je potrebno nadgraditi z organiziranimi dejavnostmi zgodnjega odkrivanja oseb z mejno bazalno glikemijo in moteno toleranco za glukozo npr. v dejavnosti medicine dela, prometa in športa ter v dejavnosti lekarniških farmacevtov. Odkrivanje teh stanj med otroci in mladostniki in ukrepanje, pogosto z vključevanjem celotne družine, je še posebej pomembno in opisano v drugem poglavju.

Usmeritve do leta 2030:

* vzpostavljati organizirane dejavnosti zgodnjega odkrivanja oseb z mejno bazalno glikemijo in moteno toleranco za glukozo v dejavnosti medicine dela prometa in športa;
* vzpostavljati organizirane dejavnosti za oceno verjetnosti (z uporabo vprašalnika), ali je pri osebi prisotna mejna bazalna glikemija oziroma motena toleranca za glukozo, v skladu s strokovnimi smernicami;
* vzpostavljanje kliničnih poti in protokola sodelovanja za nadaljnjo diagnostiko oziroma oskrbo oseb z mejno bazalno glikemijo in moteno toleranco za glukozo.

Ukrepi za zmanjševanje verjetnosti za razvoj sladkorne bolezni tipa 2 pri osebah z mejno bazalno glikemijo in moteno toleranco za glukozo so vgrajeni v dejavnosti zdravstvenega sistema.

Ukrepanje mora biti organizirano tako, da se učinkovitost lahko ovrednoti. Obstoječi zdravstveno vzgojni centri in centri za krepitev zdravja izvajajo programe za podporo zdravemu prehranjevanju, gibanju in obvladovanju telesne teže, ki so primerni tudi za osebe z mejno bazalno glikemijo in moteno toleranco za glukozo, seveda če so te pomanjkljivosti načina življenja pri posamezniku prisotne in jih sam prepozna kot pomembne za izboljšanje svojega zdravja. V obstoječih centrih pa je na voljo tudi poseben program, namenjen poglobljenemu razumevanju, kaj mejna bazalna glikemija oziroma motena toleranca za posameznika pomenita in za vzpodbujanje zdravstvene pismenosti.

Usmeritve do leta 2030:

* zagotavljati in razvijati kapacitete programov za krepitev zdravstvene pismenosti, opolnomočenja in za podporo samovodenja za osebe z mejno bazalno glikemijo oziroma moteno toleranco za glukozo;
* prilagoditi pristope za krepitev zdravstvene pismenosti, opolnomočenja in za podporo samovodenja za osebe z mejno bazalno glikemijo oziroma moteno toleranco za glukozo pri osebah, ki se preventivnih pregledov ne udeležujejo;
* prilagoditi pristope za krepitev zdravstvene pismenosti, opolnomočenja in za podporo samovodenja za osebe z mejno bazalno glikemijo oziroma moteno toleranco za glukozo tveganja izven zdravstvenega sistema, lahko v povezavi s skupnostnim pristopom za zdravje.

Med osebami z mejno bazalno glikemijo oziroma moteno toleranco za glukozo je potrebno redno izvajati preglede, ki pokažejo, če se je razvila sladkorna bolezen tipa 2 in jih takoj vključiti v kakovostno obravnavo glede sladkorne bolezni.

Osebe z mejno bazalno glikemijo oziroma moteno toleranco za glukozo imajo večjo verjetnost, da se pri njih pojavi sladkorna bolezen tipa 2 in zato predstavljajo tisti del populacije, pri katerih je posebej smiselno sistematično iskati osebe s sumom na še nediagnosticirano sladkorno bolezen tipa 2. Diplomirana medicinska sestra v timu družinske medicine zato osebo z mejno bazalno glikemijo oziroma moteno toleranco za glukozo pravočasno napoti na ponovne določitve koncentracije glukoze na tešče oziroma oralni glukozni tolerančni test. Z izvajanjem preventivnih pregledov pa zagotavlja tudi zgodnjo diagnostiko sladkorne bolezni tipa 2 pri ostali populaciji. Izven dejavnosti družinske medicine se dejavnosti sicer izvajajo, vendar niso usklajene in povezane.

*Pojasnilo: Naloge diplomirane medicinske sestre v timu družinske medicine v povezavi z zgodnjo diagnostiko sladkorne bolezni tipa 2 pri osebah brez mejne bazalne glikemije oziroma motene tolerance za glukozo*

*Diplomirana medicinska sestra z izvajanjem preventivnih pregledov prepoznava osebe s sumom na še nediagnosticirano sladkorno bolezen med opredeljeno populacijo, kar zavede v dokumentacijo in o tem obvesti zdravnika, ki nato izpelje diagnostične postopke in opredeli diagnozo.*

*Vir: protokol dela tima družinske medicine.*

Usmeritve do leta 2030:

* zagotavljati kapacitete za zgodnjo diagnostiko sladkorne bolezni tipa 2, še posebej med osebami z mejno bazalno glikemijo in moteno toleranco za glukozo;
* prilagoditi pristope za zgodnjo diagnostiko sladkorne bolezni tipa 2 pri osebah, ki se preventivnih pregledov ne udeležujejo;
* prilagoditi pristope za oceno verjetnosti, da je pri osebi lahko prisotna še neodkrita sladkorna bolezen tipa 2, ki se izvajajo izven zdravstvenega sistema, lahko v povezavi s skupnostnim pristopom za zdravje;
* vzpostaviti organizirano dejavnost za odkrivanje suma na še nediagnosticirano sladkorno bolezen tipa 2 v dejavnosti medicine dela prometa in športa ter v dejavnosti lekarniških farmacevtov, v skladu s strokovnimi smernicami;
* vzpostaviti klinične poti in protokole sodelovanja za nadaljnjo diagnostiko suma na še nediagnosticirano sladkorno bolezen tipa 2 z dejavnostjo medicine dela prometa in športa ter z dejavnostjo lekarniških farmacevtov;
* kakovostno zbiranje podatkov in poročanje v zdravstveni statistični sistem.

Osebe z novoodkrito sladkorno boleznijo tipa 2 se takoj, po jasnih kliničnih poteh, vključijo v kakovostno, učinkovito in varno oskrbo.

Učinkovito zdravljenje previsokega krvnega sladkorja takoj od odkritja dalje je povezano z manjšim tveganjem za pojav kroničnih zapletov sladkorne bolezni. Telo ima namreč tako imenovani glikemični spomin: previsok krvni sladkor poškoduje tkiva in te okvare se ne da izbrisati. Zato je pomembno, da zastavljene cilje zdravljenja previsokega krvnega sladkorja pri osebah z novoodkrito sladkorno boleznijo tipa 2 dosežemo čim hitreje, kar dosežemo z dobrim sodelovanjem vseh zdravstvenih strokovnjakov zdravstvenega tima, ne glede na to, na kateri ravni zdravstvenega sistema se oseba oskrbuje. V timu družinske medicine ima diplomirana medicinska sestra nalogo koordinatorja oskrbe.

*Pojasnilo: Naloge diplomirane medicinske sestre v timu družinske medicine v oskrbi sladkorne bolezni tipa 2*

*Diplomirana medicinska sestra koordinira oskrbo osebe s slakdorno boleznijo tipa 2 in je skrbnik letne ocene stanja bolezni, ki vključuje tudi načrt oskrbe. Načrt oskrbe skupaj pripravijo zdravnik, oseba s sladkorno boleznijo in diplomirana medicinska sestra. Cilje zdravljenja in diagnostične metode določi zdravnik. Koordiniranje oskrbe pomeni, da v skladu z načrtom oskrbe poskrbi za pravočasno laboratorijsko kontrolo (vsaj HbA1c, lipidogram, hepatogram, ledvična funkcija oziroma drugo v skladu z načrtom oskrbe), opravi presejalni test za diabetično nogo in poskrbi za pregled v centru za diabetično retinopatijo, če zdravnik ne izbere druge metode; načrt oskrbe lahko vsebuje tudi druge elemente. Diagnoze postavlja zdravnik.*

*Diplomirana medicinska sestra izvaja kratko edukacijo oseb s sladkorno boleznijo tipa 2, ki se zdravijo z nefarmakološkimi ukrepi in z zdravili za peroralno uporabo ter osebo usmerja v dodatno edukacijo, ki jo določi zdravnik oziroma o potrebi presodi sama, še posebej v kratki program “Sladkorna bolezen tipa 2” in v daljši program “S sladkorno boleznijo skozi življenje”, če je v okolju na voljo Center za krepitev zdravja.*

*Diplomirana medicinska sestra izvaja presejalni test za diabetično nogo in kratko svetuje o ustrezni negi nog ter v kolikor je potrebno osebo usmeri v nadaljnjo obravnavo k zdravniku.*

*Diplomirana medicinska sestra izvaja in samostojno zaključi načrtovane obiske oseb s sladkorno boleznijo tipa 2 (v skladu s protokolom za sladkorno bolezen tipa 2), ki stabilno dosegajo cilje zdravljenja (cilje določi zdravnik).*

*Vir: protokol dela tima družinske medicine.*

Usmeritve do leta 2030:

* zagotavljati kapacitete za izvajanje pravočasne, kakovostne in varne oskrbe sladkorne bolezni tipa 2 na primarni ravni in na drugih ravneh zdravstvene dejavnosti;
* razvijati inovativne organizacijske oblike izvajanje pravočasne, kakovostne in varne oskrbe sladkorne bolezni tipa 2 na primarni ravni in na drugih ravneh zdravstvene dejavnosti;
* zagotavljati sodobne klinične smernice, vzpostavljati klinične poti in protokole sodelovanja, zagotavljati izdelave letnih poročil o stanju bolezni, ki vključujejo načrt oskrbe, ter krepiti funkcije koordinacije oskrbe in koordinatorja primera;
* zagotavljati kakovostno spremljanje in zajem podatkov ter izdelavo letnih poročil za mezo in makro raven.

# 4. SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2 JE ZELO POGOSTA BOLEZEN IN ZAHTEVA OBRAVNAVO GLEDE KRVNEGA SLADKORJA, KRVNEGA TLAKA IN KRVNIH MAŠČOB

Sladkorno bolezen tipa 2 ima približno 95 odstotkov vseh oseb s sladkorno boleznijo. Osebe s sladkorno boleznijo tipa 2 so pogosto pretežke, imajo previsok krvni tlak in moteno presnovo maščob. Sladkorna bolezen v dolgoletnem poteku lahko vodi do kroničnih zapletov, vpliva na težji potek drugih obolenj in prispeva k večji umrljivosti. Pogosto imajo s sladkorno boleznijo povzročeno okvaro ledvic, oči, in živčevja ter prizadetost nog. Pri dveh tretjinah so vzrok smrti bolezni srca in ožilja. Za sladkorno bolezen tipa 2 torej ne moremo trditi, da je "blaga" bolezen. Prej kot odkrijemo sladkorno bolezen tipa 2, tem bolj verjetno je, da še ni povzročila nepopravljive okvare na telesnih tkivih in bomo s takojšnjim ukrepanjem lahko preprečili njene kronične zaplete. Z doseganjem ciljnih vrednosti krvnega sladkorja ter zdravljenjem previsokega krvnega tlaka in krvnih maščob je mogoče preprečiti pojav kroničnih zapletov oziroma odložiti njihov pojav.

Za zdravljenje povišanega krvnega sladkorja pri nekaterih osebah zadošča zdrav način življenja, zaradi napredujočega popuščanja delovanja trebušne slinavke pa je slej kot prej potrebno tudi zdravljenje z zdravili, tudi z insulinom. Poleg previsokega krvnega sladkorja je hkrati potrebno zdraviti tudi zvišan krvni tlak in maščobe, ker tudi prispevata k pojavu kroničnih zapletov sladkorne bolezni. Bolniki s sladkorno boleznijo tipa 2 imajo pogosteje duševne motnje, pa tudi bolezni zob in obzobnih tkiv, motnje spanja s prekinitvami dihanja ter oslabelo izločanje prebavnih sokov iz trebušne slinavke. Torej imajo osebe s sladkorno boleznijo tipa 2 pogosto vsaj dve kronični bolezni ali stanji, kar poveča zapletenost oskrbe.

Sladkorna bolezen traja celo življenje, zdravljenje je kompleksno in zahteva polno sodelovanje bolne osebe, pogosto pa tudi sodelovanje bližnjih. Edukacija osebe s sladkorno boleznijo je osnovni ukrep, s katerim pridobiva uporabno znanje, razumevanje in veščine, krepi zdravstveno pismenosti in se s tem usposablja za čim bolj kakovostno življenje in samostojno vodenje sladkorne bolezni, s čimer podpiramo proces opolnomočenja osebe za samooskrbo. Oseba s sladkorno boleznijo v načrtovanju in izvajanju oskrbe aktivno sodeluje z drugimi člani zdravstvenega tima. Strokovno, zaradi množičnosti pa tudi organizacijsko, je to zelo zahtevna bolezen in je zato nujno usklajeno in povezano delovanje različnih ravni in struktur zdravstvenega sistema ter povezovanje s partnerji izven zdravstvenega sistema, še posebej z združenji bolnih oseb ter z drugimi nevladnimi organizacijami, ki s svojo dejavnostjo vzpodbujajo zdrav način življenja.

Oseba s sladkorno boleznijo tipa 2 vse od postavitve diagnoze dalje potrebuje intenzivno obravnavo previsokega krvnega sladkorja, tlaka in maščob. Zastavljene cilje želimo doseči hitro in varno.

Ciljne vrednosti krvnega sladkorja, tlaka in maščob so zapisane v strokovnih smernicah. Zelo pomembno je, da zdravimo vsa tri stanja hkrati, saj se ugodni učinki seštevajo. Cilje zdravljenja želimo doseči čim prej. Osnova zdravljenja, ki ga vzpodbujamo celo življenje, je zdrav način življenja. Na voljo imamo tudi mnogo različnih vrst zdravil za zdravljenje vseh treh stanj. Posebej pomembn je individualna določitev ciljev zdravljenja hiperglikemije za vsako osebo s sladkorno boleznijo posebej s pravočasnim intenziviranjem zdravljenja oziroma z zmanjšanjem intenzivnosti zdravljenja pri starejših krhkih osebah. Zagotavljanje vsebinsko tako raznolike in kompleksne oskrbe je zaradi pogostnosti bolezni velik problem, ki presega naloge, ki so umeščene v zdravstveni sistem.

Usmeritve do leta 2030:

* sinergistično delovanje zdravstvenega sistema za zagotavljanje hitrega, učinkovitega, dostopnega, kakovostnega in varnega obvladovanja previsokega krvnega sladkorja, krvnega tlaka in krvnih maščob;
* zagotavljati sodobne klinične smernice, vzpostavljati in dograjevati klinične poti in protokole sodelovanja, zagotavljati izdelavo letnih poročil o stanju bolezni, ki vključujejo načrt oskrbe, ter krepiti funkcijo koordinatorja oskrbe oziroma koordinatorja primera;
* primerno vključevati partnerje izven zdravstvenega sistema, posebej združenja bolnih oseb.

Edukacija osebe s sladkorno boleznijo krepi zdravstveno pismenost in podpira proces opolnomočenja za uspešno samostojno vodenje bolezni.

Edukacija bolne osebe o vodenju sladkorne bolezni je vseživljenjski proces. Posamezniku bi morala biti dostopna ob odkritju sladkorne bolezni, ob vsaki spremembi zdravljenja, v rednih časovnih obdobjih, na željo bolne osebe ali na pobudo zdravstvenega tima. Edukacija mora biti strukturirana, osebi naj ponudi pomembna in jasna sporočila, ki mu bodo pomagala samostojno in optimalno skrbeti za svojo bolezen.

 *Pojasnilo: Posebej pomembne vsebine edukacije osebe s sladkorno boleznijo*

* *sprejemanje bolezni, ki je napredujoča in traja celo življenje;*
* *zdrav način življenja, ki ugodno vpliva na številne dejavnike tveganja v sklopu bolezni in je osnova zdravljenja, zato ima v edukaciji zelo velik pomen;*
* *edukacija je nujna opora pri zniževanju telesne teže čezmerno težkih ali debelih oseb oziroma pri vzdrževanju telesne teže primerno težkih;*
* *osebe, ki jih zdravimo z določenimi vrstami zdravil, potrebujejo dodatno edukacijo o prehrani in gibanju;*
* *edukacija pomaga graditi samozavest za samostojno vodenje nivoja krvnega sladkorja na osnovi samokontrole, tj. doma izmerjenih vrednosti krvnega sladkorja;*
* *pričetek zdravljenja z insulinom je posebno obdobje v življenju osebe s sladkorno boleznijo, v katerem se spopada s psihološkimi ovirami, osvojiti mora veliko znanja in veščin in se mora naučiti samostojnega učinkovitega in varnega zdravljenja z insulinom;*
* *edukacija je potrebna za kakovostno obvladovanje krvnega tlaka, ki zajema meritve krvnega tlaka doma;*
* *edukacija o zdravem načinu življenja je še posebej pomembna za obvladovanje motene presnove maščob;*
* *ob pojavu zapletov, npr. okvara vida, amputacije, bolezen srca ali žilja, ob*
* *pričetku zdravljenja s hemodializo oziroma ob transplantaciji ledvice itn., so pogosto potrebne prilagoditve zdravljenja krvnega sladkorja, bolna oseba pa takrat potrebuje tudi psihično oporo.*

 *Vir: http://endodiab.si/priporocila/smernice-za-vodenje-sladkorne-bolezni*

Potrebno edukacijo bolna oseba prejme v zdravstvenem timu, ki mora delovati kot celota; v edukaciji enotno sodelujejo vsi člani tima. Cilji zdravljenja morajo biti znani in enotni, z njimi morajo biti seznanjeni vsi člani tima, zato so zapisani v letnem poročilu o stanju sladkorne bolezni, ki vključuje načrt zdravljenja. Opredeliti je potrebno dolgoročne cilje, do katerih pa oseba pride preko več kratkoročno zastavljenih ciljev. Cilji morajo biti prilagojeni osebi in njegovemu problemu; oseba jih mora prepoznati za pomembne, biti morajo jasni, izvedljivi, merljivi in dostopni ter takšni, da jih lahko doseže ob sprejemljivi pojavnosti neželenih učinkov in z zanjo sprejemljivim lastnim vložkom.

Edukacijo v dejavnosti družinske medicine sistematično izvajajo diplomirana medicinska sestra in zdravnik v timu družinske medicine, zdravstveni strokovnjaki v centrih za krepitev zdravja in, v manjšem obsegu, v zdravstveno vzgojnih centrih, nesistematično pogosto tudi patronažne medicinske sestre. Na sekundarnem in terciarnem nivoju edukacijo izvajata diplomirana medicinska sestra s specialnimi znanji o edukaciji oseb s sladkorno boleznijo in diabetolog.

Usmeritve do leta 2030:

* krepiti kapacitete zdravstvenih timov za izdelavo načrtov s kratkoročnimi in dolgoročnimi cilji oskrbe sladkorne bolezni, skupaj z bolno osebo kot enakovrednim članom tima;
* zagotavljati sodobne klinične smernice, poenotene edukacijske vsebine in programi edukacije ter vzpostavljati klinične poti in protokole sodelovanja za edukacijo;
* vzpostaviti ustrezne časovne in kadrovske normative zdravstvene oskrbe, prilagojene kompleksnosti oseb s sladkorno boleznijo;
* zagotavljati kapacitete za krepitev zdravstvene pismenosti in podporo procesu opolnomočenja za uspešno samovodenje sladkorne bolezni;
* prilagoditi pristope za krepitev zdravstvene pismenosti in podporo procesu opolnomočenja za uspešno samovodenje sladkorne bolezni izven zdravstvenega sistema, lahko v povezavi s skupnostnim pristopom;
* vzpostavljati organizirano dejavnost in protokole sodelovanja za krepitev zdravstvene pismenosti in podporo procesu opolnomočenja za uspešno samovodenje sladkorne bolezni v dejavnosti lekarniških farmacevtov, v skladu s strokovnimi smernicami;
* razvoj inovativnih organizacijskih oblik za krepitev zdravstvene pismenosti in podporo procesu opolnomočenja za uspešno samovodenje sladkorne bolezni, tudi s podporo informacijske tehnologije.

Vsi zdravstveni strokovnjaki, ki delujejo v timu, morajo imeti ustrezno znanje in veščine za izvajanje edukacije.

Zdravstveni tim vključuje zdravnika, diplomirano medicinsko sestro in druge profile, ne glede na to, za katero raven zdravstvene oskrbe gre. Oseba s sladkorno boleznijo in, kadar je to primerno, njegovi bližnji, so enakopravni člani tima.

Usmeritve do leta 2030:

* okrepiti in podpirati strukturirano edukacijo oseb s sladkorno boleznijo;
* poenotiti edukacijo tako, da bo bolni osebi primerno dostopna ne glede na raven zdravstvenega varstva, kjer se oskrba izvaja;
* vzpodbujati povezovanje med člani tima;
* dejavno vključevati bolno osebo in, kadar je to primerno, njegove bližnje v izdelavo in izvajanje načrta oskrbe sladkorne bolezni;
* vzpostaviti stalno strokovno dograjevanje veščin zdravstvenih strokovnjakov za delo v timu ter veščine za krepitev zdravstvene pismenosti in podporo procesu opolnomočenja za uspešno samovodenje sladkorne bolezni.

Uspešnost doseganja ciljev glede zdravljenja krvnega sladkorja določamo s standardiziranimi metodami, ki morajo biti dostopne.

Meril za spremljanje, ali so doseženi cilji zdravljenja glede krvnega sladkorja, je več. Z merjenjem koncentracije krvnega sladkorja (glukoze) v krvi določamo samo trenutno stanje. Zato za merjenje srednjeročne urejenosti krvnega sladkorja uporabljamo določanje glikiranega hemoglobina (HbA1c), ki odraža stanje glikemije v približno zadnjih dveh mesecih in je praviloma najpomembnejše merilo, na podlagi katerega načrtujemo nadaljnje terapevtske ukrepe. Meritve se mora zato opravljati s standardiziranimi metodami. Drugo, zelo pomembno merilo glede krvnega sladkorja, je samokontrola krvnega sladkorja, ki jo oseba izvaja doma. Za to potrebuje medicinske pripomočke, ki naj bodo prikrojeni potrebam osebe in njenemu kliničnemu stanju (npr. sistemi za kontinuirano merjenje glukoze v medceličnini za nekatere osebe), ki naj bodo dostopni in kakovostni in jih bo posameznik tudi uporabil. Na podlagi izmerjene vrednosti krvnega sladkorja lahko oseba v vsaki novi situaciji znova sprejema pravilne odločitve, pomembne za uspešno zdravljenje sladkorne bolezni. Poleg dostopnosti medicinskih pripomočkov je zato enako pomembna tudi dostopnost do ustrezne edukacije in motiviranost bolne osebe za zdravljenje. Samokontrola krvnega sladkorja naj bo torej široko dostopna, strokovnjaki in bolne osebe pa naj jo odgovorno uporabljajo.

Usmeritve do leta 2030:

* zagotavljati in krepiti dostopnost določanja glikiranega hemoglobina (HbA1c) in koncentracije krvnega sladkorja (glukoze) v krvi po standardiziranih metodah;
* zagotavljati optimalno dostopnost do medicinskih pripomočkov, tudi najsodobnejših, če je klinično stanje takšno, in do ustrezne edukacije za samokontrolo in samovodenje krvnega sladkorja ter hkrati doseči, da bodo bolne osebe odgovorno izvajale samostojno vodenje svoje bolezni.

Vzpodbujamo dostopnost do novih, dokazano učinkovitih in varnih zdravil in tehnologij za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2.

Razvoj novih zdravil in tehnologij je nujen, zagotoviti je potrebno primerno dostopnost.

Usmeritev do leta 2030:

* zagotoviti optimalno dostopnost do sodobnih, dokazano učinkovitih in varnih zdravil in tehnologij.

Pogoj za učinkovito, varno ter vsem osebam s sladkorno boleznijo enako dostopno oskrbo so strokovne smernice in jasno opredeljene in vzpostavljene klinične poti ter protokoli sodelovanja.

Prve strokovne smernice za oskrbo sladkorne bolezni tipa 2 so bile napisane leta 2007, ter nato prenovljene še leta 2011 in 2016 in predstavljajo strokovno osnovo za oskrbo. Orodje, namenjeno kompleksnejšim stanjem, so miselnice (mindlines), ki zdravnika vodijo, kako glede na posamezno bolno osebo, njegove pridružene bolezni, njegove želje in kakovost življenja, zdravimo bolezen najbolj optimalno. Uvajanje tega znanja v vsakodnevno prakso je potekalo obenem z uvajanjem ustreznih organizacijskih prilagoditev, predvsem z nadgradnjo timov družinske medicine s povečanjem sredstev za laboratorijske storitve, z vključevanjem diplomirane medicinske sestre in predvsem s spremenjeno obliko dela v smislu prevzemanja koordinatorstva oskrbe, izdelave letnih poročil o stanju bolezni ter skupnega načrtovanja nadaljnje oskrbe. Izdelava kliničnih poti in protokolov sodelovanja, ki sestavljajo sklenjeno verigo oskrbe z jasno določenimi vlogami posameznih strokovnjakov in organizacij, ki so vanjo vključene, s poudarkom na enotnem in usklajenem delovanju, še ni široko uveljavljen način za zagotavljanje usklajene in povezane oskrbe. Zelo pomembno je tudi vzpostavljanje prostih, široko dostopnih komunikacijskih in konzultacijskih poti, tudi z uporabo informacijske tehnologije. V zapletenejših situacijah, ko je pogosto potrebno tudi povezovanje s socialno službo, je predvideno uvajanje funkcije koordinatorja primera.

Usmeritve do leta 2030:

* posodabljati strokovne smernice;
* podpirati implementacijo strokovnih smernic;
* vzpostavljati klinične poti in protokole sodelovanja, ki vključujejo komunikacijske in konzultacijske poti.

Organizacija oskrbe oseb s sladkorno boleznijo tipa 2 naj omogoči enako, kakovostno in varno oskrbo, ne glede na to, na kateri ravni zdravstvenega sistema se izvaja.

Oseb s sladkorno bolezen tipa 2 je veliko, njihovo oskrbo vodijo družinski zdravniki (kot običajno krajše imenujemo specialiste družinske medicine), v ožjem timu sodelujeta tudi diplomirana in srednja medicinska sestra. Oskrba osebe s sladkorno boleznijo tipa 2 pa je kompleksna in poleg ukrepov usposobljenega družinskega zdravnika zahteva tudi edukacijo bolne osebe in znanja ter veščine mnogih drugih zdravstvenih strokovnjakov. Zato, da bi oskrba potekala usklajeno, se vsi družinski zdravniki in medicinske sestre primarne ravni povezujejo v zdravstvene time na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. Gre za vzpostavljanje funkcionalnih timov, torej timov, kjer se člani povezujejo zaradi komplementarnosti svojih znanj in veščin. Povezovanje v time za oskrbo oseb s sladkorno boleznijo tipa 2 nikakor ne sme voditi v razslojevanje zdravstva primarne zdravstvene dejavnosti. Družinski zdravnik tudi ob izvajanju oskrbe osebe s sladkorno boleznijo tipa 2 še vedno ohranja celosten pogled na osebo, ki vključuje tudi druga obolenja. Na primarni ravni se dejavno vključujejo tudi lekarniški farmacevti.

Oskrbo oseb s sladkorno boleznijo tipa 2, ki jo vodijo družinski zdravniki, si za nekatere bolne osebe dogovorno delita zdravstveni tim na primarni in na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti. Pomembna je usklajenost in povezanost oskrbe med obema ravnema. Predpogoj je natančno dogovorjena delitev dela z vzpostavljenimi mehanizmi, ki vzpostavljajo naloge, pristojnosti in odgovornosti.

*Pojasnilo: Napotitev za nadaljevanje vodenja sladkorne bolezni tipa 2 v diabetološki tim sekundarne oziroma terciarne ravni*

*V skladu z dogovorom napotitev za oskrbo v diabetološki tim ni potrebna, dokler niso izčrpane vse terapevtske možnosti, ki jih ima na voljo tim družinske medicine. Konkretno to pomeni, da pri sladkorni bolezni tipa 2, zdravljeni z nefarmakološkimi ukrepi ali tudi s peroralnimi zdravili, pregledi pri diabetologu niso potrebni, če so dosežene individualno določene ciljne vrednosti oziroma če še niso izčrpane vse družinskemu zdravniku dostopne terapevtske možnosti. Po presoji družinskega zdravnika je napotitev k diabetologu potrebna za uvedbo zdravljenja z insulinom ali z novejšimi zdravili ter v skladu z omejitvami ZZZS.*

*Vir: protokol dela v timu družinske medicine.*

Ustrezna organizacija oskrbe in sistematično spremljanje kakovosti sta temelj za izboljšanje oskrbe oseb s sladkorno boleznijo tipa 2. Osnovni princip uvajanja novih organizacijskih oblik so spremembe, za katere se dogovorijo ključni partnerji, ki jih druži isti skupni cilj in sicer izboljšati kakovost oskrbe. Spremembe načrtujemo na podlagi analize obstoječega stanja, praviloma uvajamo več manjših sprememb, katerih učinke je potrebno spremljati. Spremembe se uvajajo postopno.

Usmeritve do leta 2030:

* čimprej natančneje opredeliti naloge, pristojnosti in odgovornosti posameznih profesionalnih skupin znotraj tima ter med primarno-sekundarno-terciarno ravnijo, ki ni vezana le na izbiro zdravil, in zajema tudi druge vidike zdravljenja slakdorne bolezni;
* krepiti kapacitete obstoječih in razvijati nove, tudi inovativne organizacijske oblike za oskrbo oseb s sladkorno boleznijo tipa 2;
* uvesti organizacijske oblike v vzorčnih okoljih in jih nato vgraditi v zdravstveni sistem z ustreznimi lokalnimi prilagoditvami.

Lekarniški farmacevt je najširše dostopen zdravstveni strokovnjak in lahko pomembno doprinese k boljši oskrbi oseb s sladkorno boleznijo tipa 2.

Farmacevtska stroka razvija aktivnosti, s katerimi lekarniški farmacevt prevzema večjo odgovornost za vzpodbujanje zdravega načina življenja kot tudi za potrebe bolnih oseb pri zdravljenju z zdravili, za samokontrolo in samovodenje sladkorne bolezni ter lahko uspešno dopolnjuje vlogo zdravnika in diplomirane medicinske sestre. Od leta 2018 je v sistemu široko dostopna pomoč farmacevta svetovalca, ki se je za svoje delo izobrazil v času specializacije in je vključen v stalno izobraževanje. Farmacevt svetovalec lahko osebi svetuje, kako zdravila jemati. Farmacevt svetovalec sodeluje z družinskim zdravnikom pri zdravljenju z zdravili, zlasti glede morebitnih neželenih učinkov in njihovega medsebojnega delovanja (interakcij). Dostopen je v prostorih zdravstvenega doma. Spremembe glede odmerka ali zamenjave zdravila predlaga družinskemu zdravniku v obliki izvida, nato se družinski zdravnik odloči o smiselnosti predlaganih sprememb.

Farmacevtska stroka z moderatorji farmacevtske skrbi pri arterijski hipertenziji in sladkorni bolezni izvaja program farmacevtske skrbi. Farmacevti moderatorji so dodatno strokovno usposobljeni in vključeni v stalno izobraževanje. Farmacevtska skrb je odgovorno zagotavljanje zdravljenja z zdravili za dosego pozitivnih končnih izidov, katerih namen je optimizirati kakovost življenja osebe s slakdorno boleznijo, ki je povezano z zdravjem.

Kompetence magistra farmacije vključujejo:

* izvajanje farmacevtske skrbi na področju zdravljenja bolezni z zdravili in medicinskimi pripomočki ter preprečevanja in zgodnjega odkrivanja bolezni ter
* svetovanje pri samozdravljenju in izvajanje farmacevtske skrbi (presoja o resnosti težav posameznika, odloča o vrsti svetovanja in ocenjuje uspešnost predlaganega samozdravljenja).

Namen izvajanja je optimizacija in racionalizacija uporabe zdravil posamezne osebe s ciljem izboljšati oziroma vzdrževati z zdravjem povezano kakovost življenja osebe s sladkorno boleznijo. Hkrati je namen tudi svetovanje obolenlim osebam o zdravem življenjskem slogu ter o pomenu rednega izvajanja meritev krvnega tlaka in/ali samokontrole glukoze v krvi.

Farmacevtska stroka uvaja izvajanje dveh kognitivnih storitev. Gre za pregled uporabe zdravil in farmakoterapijski pregled.

Pregled uporabe zdravil je storitev optimizacije in racionalizacije uporabe zdravil posameznika s ciljem izboljšati oziroma vzdrževati z zdravjem povezano kakovost življenja, ki jo na podlagi informacij o uporabljenih zdravilih in informacij, ki jih poda posameznik oziroma njegov skrbnik, opravi magister farmacije z ustreznimi kompetencami. Glavni poudarek pri storitvi pregled uporabe zdravil je pregled zdravljenja z zdravili s stališča pacientovega razumevanja zdravljenja z zdravili in njihove uporabe.

Farmakoterapijski pregled je storitev optimizacije in racionalizacije zdravljenja z zdravili posameznika s ciljem izboljšati oziroma vzdrževati njegovo z zdravjem povezano kakovost življenja, ki jo na podlagi informacij o predpisanih oziroma uporabljenih zdravilih ter vseh relevantnih kliničnih informacij o zdravstvenem stanju osebe in informacij, ki jih poda zdravnik in/ali pbolna oseba (oziroma skrbnik te osebe), opravi magister farmacije specialist klinične ali lekarniške farmacije z ustreznimi kompetencami.

Farmakoterapijski pregled temelji na prepoznavanju težav, povezanih z zdravili, ter ukrepih in priporočilih zdravniku za njihovo preprečevanje in razreševanje. Pri tem gre za obravnavo dejanskih in potencialnih težav z zdravili s stališča učinkovitosti in varnosti oz. ki so posledica bremena, ki ga uporaba zdravil predstavlja za obolele. Poleg tega so pomembni tudi ekonomski izidi neustreznega zdravljenja z zdravili za slovenski zdravstveni sistem.

Usmeritve do leta 2030:

* jasno definirati pravico oseb s sladkorno boleznijo do vključitve v program farmacevtske skrbi pri sladkorni bolezni;
* jasno definirati pravico oseb vključenih v program farmacevtske skrbi pri sladkorni bolezni do dveh kognitivnih storitev: pregleda uporabe zdravil in farmakoterapijskega pregleda;
* jasno opredeliti pravico lekarniškega farmacevta do prepoznave oseb s sladkorno boleznijo s potrebo po katerikoli izmed navedenih kognitivnih storitev in napotitve bolnika k izvajalcu posamezne storitve;
* jasno umestiti sodelovanje lekarniškega farmacevta v oskrbi oseb s sladkorno boleznijo tipa 2;
* krepiti in razvijati dejavnost farmacevta svetovalca;
* krepiti in razvijati kognitivne storitve lekarniških farmacevtov.

Učinkovita in kakovostna oskrba oseb s sladkorno boleznijo tipa 2 temelji na usposobljenih zdravstvenih strokovnjakih, dobrem pretoku informacij o osebi in njeni bolezni ter na stalni komunikaciji in možnosti za konzultacijo med različnimi zdravstvenimi strokovnjaki.

Stalno izobraževanje zdravstvenih strokovnjakov in njihovo usposabljanje za timsko delo, za sodelovanje v stalnih komunikacijskih in konzultativnih poteh ter vsem dostopne informacije o bolni osebi so temelj učinkovitega sodelovanja zdravstvenih strokovnjakov v zdravstvenem timu.

Usmeritve do leta 2030:

* krepiti in vzpostavljati stalno izpopolnjevanja za vse zdravstvene strokovnjake s poudarkom na veščinah, ki so potrebne za timsko delo, v katerem oseba s sladkorno boleznijo aktivno sodeluje;
* zagotoviti dostopnost informacij o osebi in njeni bolezni vsem članom tima, predvsem z uporabo informacijske tehnologije.

# 5. SLADKORNA BOLEZEN TIPA 1: BOLNA OSEBA S SVOJIM RAVNANJEM POSNEMA DELOVANJE TREBUŠNE SLINAVKE

Sladkorna bolezen tipa 1 nastane zaradi popolnega propada celic trebušne slinavke, ki izdelujejo insulin. Bolezni ne znamo preprečiti in je neozdravljiva. Že ob odkritju je potrebno takojšnje zdravljenje z insulinom. Opustitev zdravljenja vodi v smrt. To obliko ima približno 4 odstotke vseh oseb s sladkorno boleznijo. Pojavnost se iz leta v leto povečuje, njihovo življenje se podaljšuje in s tem raste število oseb s to obliko sladkorne bolezni. Pogosteje obolevajo mlajši, najpogosteje otroci in mladostniki; zato je prizadeta cela družina. Oskrba oseb s sladkorno boleznijo tipa 1 traja več desetletij in vključuje vodenje posameznika skozi mnoga življenjska obdobja. Pogosto sega preko skrbi za samega bolnega posameznika in vsebuje tudi podporo svojcem. Vsi posamezniki s sladkorno boleznijo tipa 1 se zdravijo v diabetološkem timu na sekundarni ali terciarni ravni.

Namen oskrbe osebe s sladkorno boleznijo tipa 1 je kakovostno, polno življenje s čim manj omejitvami. Želimo preprečevati akutne zaplete, krončne pa preprečavati ali odložiti ter približati preživetje oseb s sladkorno boleznijo tipa 1 tistim brez sladkorne bolezni. Edukacija je zato zelo zahtevna.

Oseba s sladkorno boleznijo tipa 1 potrebuje veliko znanja, obvladati mora veliko veščin in biti dobro motivirana za samooskrbo. S svojim ravnanjem mora čim bolj posnemati ravnanje zdrave trebušne slinavke. Potrebne so pogoste meritve krvnega sladkorja, na podlagi katerih mora ustrezno ukrepati s primernim odmerkom insulina prave vrste, s prilagoditvijo obroka ali telesne dejavnosti. Oseba mora biti odločanja vešča in mora zaupati v zanesljivost lastnih odločitev.

Edukacija oseb s sladkorno boleznijo tipa 1 je izjemno zahtevna. Oseba mora poznati osnove presnove in sestave živil. Znati mora oceniti vsebnost in tip ogljikovih hidratov v živilu in temu prilagoditi odmerek insulina. Odmerjanje inzulina mora znati prilagoditi tudi v posebnih stanjih, kot so nekatera nenadna obolenja ali hujši telesni napori. Če presodi napačno, lahko krvni sladkor prekomerno poraste, lahko pa se tudi zniža v območje pod normalno vrednostjo, kar imenujemo hipoglikemija. To stanje je najpogostejši zaplet zdravljenja z insulinom, ki ga mora oseba prepoznati in zaužiti živilo z ogljikovimi hidrati. Če nadaljnjega zniževanja krvnega sladkorja ne prepreči, se lahko pojavijo resne težave z zdravjem ali celo izguba zavesti. Cilj zdravljenja je torej normalen krvni sladkor ob sprejemljivem tveganju za hipoglikemijo.

Usmeritve do leta 2030:

* zagotavljati in krepiti učinkovite edukacijske metode in prijeme, za krepitev zdravstvene pismenosti in podporo procesu opolnomočenja za uspešno samovodenje, še posebej za odločanje v pogosto zapletenih življenjskih situacijah;
* zagotavljati in krepiti stalno, prilagodljivo in dostopno edukacijo;
* zagotavljati in krepiti usposabljanje članov zdravstvenih timov na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti, da znajo slediti tako zahtevnim nalogam.

Pri zdravljenju sladkorne bolezni tipa 1 se soočamo z nenehnim razvojem načinov obravnave sladkorne bolezni.

Na voljo so vse modernejši insulini in moderni sistemi za samokontrolo krvnega sladkorja in za dovajanje insulina, ki s pomočjo informacijske tehnologije pomagajo osebam pri odločanju glede zdravljenja z insulinom. Preizkušajo se tudi nove metode zdravljenja, kot so npr. presaditve.

Usmeritve do leta 2030:

* slediti razvoju in v prakso smotrno uvajati nove in učinkovite metode zdravljenja;
* zagotavljati ustrezno dostopnosti do sodobnih, učinkovitih in varnih metod zdravljenja;
* v čim večji meri zmanjševati breme bolezni tudi z dostopnostjo do novih tehnologij, če te breme res zmanjšujejo.

V oskrbo osebe s sladkorno boleznijo tipa 1 se vključuje družina in drugi, ki so bolni osebi blizu. Posebej usposobljene druge osebe, ki imajo sladkorno bolezen, ali njihovi bližnji lahko bolni osebi in bližnjim nudijo oporo pri vztrajanju v učinkovitem vodenju samooskrbe.

V oskrbo obolelega otroka ali mladostnika se vključuje tudi njegova družina, pa tudi druge osebe, ki so obolelemu blizu ali se z njim pogosto srečujejo, npr. vzgojitelji v vrtcu, učitelji v šoli. Sodelovanje drugih v načrtovanju oskrbe pa naj ne zamegli enakopravnega sodelovanja bolne osebe same v zdravstvenem timu.

Podpora bližnjih zagotavlja večjo stalnost in vztrajnost, ki je za uspešno samooskrbo zelo pomembna. Bolne osebe same, njeni svojci ali druge osebe, ki jih je sladkorna bolezen prizadela, lahko nudijo neprecenljivo oporo drugim osebam s sladkorno boleznijo, če so o tem delovanju ustrezno dodatno usposobljeni.

Usmeritve do leta 2030:

* krepiti primerno vključevati bližnjih v oskrbo bolnih oseb;
* nadgrajevati in vzpostavljati usposabljanje in organizirano delovanje oseb s sladkorno boleznijo ali njihovih bližnjih za podporo drugim osebam s sladkorno boleznijo tipa 1 in njihovim bližnjim;
* krepiti podporo vrtcem in šolam pri soočanju z otroki in mladostniki s sladkorno boleznijo.

Oskrba naj zagotavlja zgodnje odkrivanje zapletov in njihovo kakovostno zdravljenje.

Oskrba osebe s sladkorno boleznijo tipa 1 traja praviloma veliko desetletij. Po dvajsetih letih od pojava sladkorne bolezni tipa 1 ima 80% oseb diabetično retinopatijo, po tridesetih letih pa se pojavi že skoraj pri vsaki osebi s sladkorno boleznijo tipa 1. Po tridesetih letih ima diabetično ledvično bolezen vsaka druga oseba. Osebe z diabetično ledvično boleznijo pa imajo štiridesetkrat večje tveganje, da zbolijo zaradi bolezni srca in žilja.

Vse zaplete je možno učinkovito zdraviti v zgodnjem obdobju, zato je zelo pomembno, da jih odkrijemo čim prej. Strokovna osnova za ukrepe so tudi v tej situaciji strokovne smernice, organizacijska oblika, ki olajša izvajanje strokovnih smernic, pa so klinične poti in protokoli sodelovanja, kadar se povezujejo različni zdravstveni strokovnjaki.

Usmeritve do leta 2030:

* izdelati oziroma posodabljati slovenske strokovne smernice za obravnavo sladkorne bolezni tipa 1;
* vzpostaviti klinične poti za obravnavo sladkorne bolezni tipa 1;
* krepiti dostopnost do zgodnjega odkrivanja in zdravljenja zapletov sladkorne bolezni tipa 1.

Vsi, ki so zboleli v otroštvu in adolescenci, se oskrbujejo v pediatrični diabetološki ambulanti. Vsi morajo imeti zagotovljen zvezen prehod v oskrbo, primerno odrasli dobi. Osebe, ki zbolijo v odrasli dobi, se vodijo v zdravstvenih timih na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti.

Organiziranost odkrivanja in oskrbe bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 1 je zaradi manjšega števila zbolelih in nenadne klinične slike sicer manjši problem, oskrba, predvsem edukacija, pa sta zelo zahtevni in kompleksni. Ob prehodu iz mladostništva v odraslo obdobje potrebujejo ti posamezniki še posebej skrbno načrtovano obravnavo. Obstoječa organiziranost je primerna in je razvojno naravnana.

Usmeritev do leta 2030:

* krepiti in zagotavljati zvezen prehod oskrbe oseb s sladkorno boleznijo tipa 1 ob prehodu iz mladostništva v odraslo obdobje.

# 6. KRONIČNI ZAPLETI SLADKORNE BOLEZNI: MOŽGANSKA KAP, SRČNA KAP, ODPOVED LEDVIC, SLEPOTA, AMPUTACIJA

Sladkorna bolezen lahko po več letih trajanja okvari različne telesne organe. Poškodba organov nastane zaradi okvare žil, ki jih prehranjujejo. Če so okvarjene velike žile, govorimo o makroangiopatiji, pri okvari drobnih žilic pa o mikroangiopatiji.

Makroangiopatija je bolezenski proces, čigar osnova je ateroskleroza. Bolezen prizadene tudi ljudi, ki nimajo sladkorne bolezni, vendar je pri osebah s sladkorno boleznijo pogostejša, pojavi se v zgodnejših letih in poteka v hujši obliki. Klinična slika je odvisna od tega, katere žile so najbolj prizadete, in se kaže kot možganska kap (možganska žilna bolezen), srčna kap in angina pektoris (srčnožilna bolezen) ali zoženje velikih žil dovodnic (arterij) na spodnjih okončinah, kar povzroča težave med hojo in gangreno, ki lahko vodi v amputacijo spodnje okončine. Aterosklerotične srčno-žilne bolezni so 3- do 5-krat pogostejše med osebami s sladkorno boleznijo. Sladkorna bolezen povzroči 2-krat večje tveganje za aterosklerotične bolezni srca in ožilja neodvisno od drugih dejavnikov tveganja. Pri ljudeh s sladkorno boleznijo je tveganje za možgansko kap 2- do 4-krat večje. Osebe s sladkorno boleznijo imajo dvakrat do štirikrat večje tveganje za te bolezni in kar tri od štirih oseb s sladkorno boleznijo umrejo zaradi enega od teh zapletov. Tudi potek teh bolezni je praviloma hujši kot pri osebah brez sladkorne bolezni.

Mikroangiopatija je proces, kjer je okvarjeno drobno žilje in je značilen za sladkorno bolezen. Povzroča predvsem okvaro ledvic, oči in živčevja. Bolezni imenujemo diabetična ledvična bolezen (diabetična nefropatija), diabetična retinopatija in diabetična nevropatija. Diabetična ledvična bolezen prizadene najmanj vsako tretjo osebo s sladkorno boleznijo in je najpogostejši vzrok za ledvično odpoved. Diabetična retinopatija, okvara žilic, ki prehranjujejo očesno mrežnico, je pogost kronični zaplet sladkorne bolezni, ki lahko povzroči hudo poslabšanje vida in slepoto. Prizadene 30% do 40% bolnikov s sladkorno boleznijo po dvajsetih letih bolezni pa ima retinopatijo 80% oseb s sladkorno boleznijo tipa 1 in po desetih letih 50% oseb s sladkorno boleznijo tipa 2. Napredovalo obliko, ki vpliva na poslabšanje vida, ima približno 5% bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2. Najpogosteje nastane pri dolgoletni sladkorni bolezni tipa 1, pojavlja pa se tudi pri starostnikih z dlje časa trajajočo sladkorno boleznijo in z dlje časa trajajočimi previsokimi vrednostmi krvnega sladkorja. Je najpogostejši vzrok za slepoto in v razvitih državah je najpogostejši vzrok slepote v delovni populaciji. Diabetična nevropatija, okvara živčnega nitja, lahko prizadene vse dele živčevja in jo je pogosto težko diagnosticirati in zdraviti. Približno 60 do 70% ljudi s sladkorno boleznijo ima okvaro živčevja (nevropatijo) blage do hude oblike, ki nastane kot posledica mikroangiopatije in hiperglikemije in je eden izmed kroničnih zapletov sladkorne bolezni. Najpogostejša in najpomembnejša je prizadetost živcev nog, ki postanejo manj občutljive in so zato veliko bolj podvržene poškodbam. Prizadetost oživčenja notranjih organov lahko privede do motenj v uravnavanju krvnega tlaka in srčne frekvence, v skrajnem primeru celo do nenadne smrti zaradi motnje v delovanju srca. Diabetična nevropatija je lahko povezana tudi z bolečinami in z drugimi neprijetnimi občutki, ki jih je težko zdraviti. Nevropatija te vrste poslabša kakovost življenja, saj vpliva na čustveno stabilnost, spanje, mobilnost in sposobnost za delo, njeno zdravljenje pa je zapleteno in ne vedno uspešno. Povzroča lahko motnje ravnotežja, odvajanja blata, nezaznavanje občutkov ob prenizkih vrednostih krvnega sladkorja (hipoglikemiji) in motnje v erekciji. Prizadetost oživčenja in prekrvitve nog skupaj pa sta najpogostejši vzrok za amputacije spodnjih okončin, ki so pri osebah s sladkorno boleznijo petnajstkrat ali celo večkrat pogostejše kot pri osebah brez sladkorne bolezni. Bolezenske spremembe na nogi, ki so posledica poškodbe tkiva ob diabetični nevropatiji oziroma ob zmanjšani prekrvitvi, opišemo s skupnim pojmom diabetična noga. Prisotnost sladkorne bolezni močno poveča tveganje za periferno arterijsko bolezen in poleg tega pospeši njen potek. Razjedo na stopalu dobi enkrat ali večkrat v življenju 15% oseb s sladkorno boleznijo. Ta je običajno začetni dogodek, ki lahko ob neugodnem razpletu privede do amputacije. Brez izvajanja preventivnih ukrepov, ki sledijo ukrepom neposredno v zvezi z rano, bodo takšne osebe s sladkorno boleznijo imele več kot eno ponovitev na leto. Vsaka nova epizoda potencialno poveča tveganje amputacije spodnjih okončin. Razjede stopal so predhodno imele osebe s sladkorno boleznijo pred več kot 80% amputacij. Na večjo pogostost amputacij pri sladkorni bolezni najpomembneje vplivajo nevropatija, angiopatija (motnje v prekrvitvi) in drugi dejavniki tveganja za žilne okvare: arterijska hipertenzija, hiperlipidemija, kajenje, premalo gibanja, debelost. Kroničnim zapletom sladkorne bolezni so pogosto pridružene duševne motnje. Pri oskrbi oseb s sladkorno boleznijo je pogosto spregledan pomen skrbi za pravilno ustno higieno in zdravje ustne votline. Bolezni obzobja in ustne votline so pogostejše pri osebah z visokimi vrednostmi krvnega sladkorja.

Kronični zapleti sladkorne bolezni so pomemben vzrok obolevanja in prezgodnje smrti, bolni osebi pa slabšajo kakovost življenja. Zdravljenje kroničnih zapletov sladkorne bolezni predstavlja tudi največje finančno breme v oskrbi oseb s sladkorno boleznijo, ki je zato usmerjena v preprečevanje zapletov, njihovo zgodnje odkrivanje ter takojšnje, kakovostno, učinkovito in varno zdravljenje.

Kronične zaplete preprečimo z zdravim načinom življenja in z obravnavo previsokega krvnega sladkorja, tlaka in maščob. Celostna obravnava vseh naštetih stanj je vsebinsko, izvedbeno in organizacijsko zelo zahtevna naloga.

Vsebinska osnova za preprečevanje in oskrbo kroničnih zapletov sladkorne bolezni so strokovne smernice, ki pogosto segajo na mnoga področja medicine in se zaradi vedno novih znanj pogosto spreminjajo. V pripravo strokovnih smernic za oskrbo oseb s sladkorno boleznijo so zato vključeni zdravniki različnih medicinskih strok, medicinske sestre in drugi zdravstveni strokovnjaki. Ravno tako velja, da je v pripravo strokovnih smernic za bolezenska stanja, ki so povezana s sladkorno boleznijo, zaradi specifične obravnave oseb s sladkorno boleznijo potrebno vedno vključiti tudi diabetologa. Poseben vidik priprave smernic izraža pristop, ko v strokovni skupini za pripravo smernic sodeluje za takšno nalogo posebej usposobljena oseba s sladkorno boleznijo. Naslednji korak je premoščanje vrzeli med zapisanim znanjem in vsakdanjo klinično prakso. Orodja, ki pomagajo udejaniti strokovne smernice, so na ravni sistema klinične poti in protokoli sodelovanja, ki opisujejo dogovorjeno sodelovanje med ravnmi zdravstvenega varstva, na ravni posamezne osebe s sladkorno boleznijo pa letno poročilo o stanju bolezni, ki vključuje načrt oskrbe, ki predstavlja dogovor med zdravstvenimi strokovnjaki in bolno osebo. Pri izdelavi letnega poročila in pripravi individualnega načrta oskrbe je lahko v pomoč informacijska tehnologija s podporo za klinično odločanje. Klinične poti naj zagotavljajo pravočasno dostopnost zdravstvenih informacij o osebi s sladkorno boleznijo ter vključujejo komunikacijske in konzultacijske poti med zdravstvenimi strokovnjaki. Zaradi velikega organizacijskega in finančnega bremena je pomembna učinkovitost pri izrabi virov. Razumljive in jasne informacije v zvezi z zdravjem potrebuje tudi oseba s sladkorno boleznijo, še posebej tiste, ki jih sama smatra za pomembne. V pomoč pri organizaciji oskrbe v zvezi s kroničnimi zapleti so pripravljeni standardi oskrbe.

*Pojasnilo: Standardi za organizacijo oskrbe sladkorne bolezni (prirejeno po strokovnih smernicah za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 2016)*

*Standard 2. Usklajena obravnava med ravnmi, med strokami in znotraj tima*

*Različni zdravstveni strokovnjaki imajo dostop do individualiziranega načrta oskrbe, ki je usklajen z bolno osebo. Skupni cilji so jasno zapisani in dostopni vsem članom tima. Dostopnost do načrta oskrbe omogoča timsko delo, nepretrgano oskrbo in konzistentnost med strokovnjaki. Strukturiran program oskrbe ima jasno določeno:*

* + *vsebino oskrbe in procese oskrbe, ki temeljijo na strokovnih smernicah in protokolih,*
	+ *delitev oskrbe in povezovanje med ravnmi zdravstvene dejavnosti, med strokami in med poklicnimi skupinami tako, da je določeno, kateri zdravstveni strokovnjak je odgovoren za izvajanje specifičnega vidika oskrbe,*
	+ *kriterije za napotitve in*
	+ *način za izmenjavo informacij.*

*Standard 3. Oseba z boleznijo je aktivno vključena v sprejemanje odločitev o oskrbi*

*Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo enako dostopnost do informacij in multidisciplinarnih strukturiranih edukacijskih programov, ki so prilagojeni potrebam, željam ter lastnostim posameznika.*

*Standard 4: Večfaktorsko zdravljenje*

*Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo izmerjeno in dokumentirano meritev HbA1c, kadar je to potrebno za vodenje in spremljanje zdravljenja.*

*Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo izmerjeno in dokumentirano meritev krvnega tlaka, kadar je to potrebno za vodenje in spremljanje zdravljenja.*

*Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo izmerjeno in dokumentirano določitev krvnih maščob, kadar je to potrebno za vodenje in spremljanje zdravljenja.*

*Standard 5: Bolezni srca in žilja*

*Vse osebe, ki imajo pridružene težave oziroma simptome oziroma znake s področja bolezni srca in žilja, so po lokalno dogovorjeni klinični poti v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli ustrezno napoteni k specialistu za nadaljevanje vodenja in zdravljenja.*

*Standard 6: Oči*

*Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo po lokalno dogovorjeni klinični poti dostop do rednega presejanja za diabetično retinopatijo in so v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli sodelovanja ustrezno napoteni k okulistu za nadaljevanje vodenja in zdravljenja.*

*Standard 7: Noga*

*Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo po lokalno dogovorjeni klinični poti, ki zagotavlja interdisciplinarno obravnavo, dostop do rednega presejanja za diabetično nogo in so v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli sodelovanja ustrezno napoteni k ustreznim specialistom za nadaljevanje vodenja in zdravljenja.*

*Standard 8: Ledvice*

*Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo po lokalno dogovorjeni klinični poti dostop do rednega presejanja za diabetično ledvično bolezen in so v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli sodelovanja ustrezno napoteni k specialistu za nadaljevanje vodenja in zdravljenja.*

*Standard 10. Letno poročilo o stanju bolezni, načrtovani in izredni pregledi*

*Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo izdelano letno poročilo o stanju bolezni, ki vključuje načrt zdravljenja ter imajo glede na stanje bolezni dostop do načrtovanih in izrednih pregledov. Pregledi so namenjeni spremljanju uspešnosti zdravljenja, ukrepanju, kadar je to potrebno, ter podpori zdravemu načinu življenja.*

*Vir: http://endodiab.si/priporocila/smernice-za-vodenje-sladkorne-bolezni/*

Usmeritve do leta 2030:

* pripravljati strokovne smernice, ki sledijo razvoju znanja;
* vzpostavljati organizacijo oskrbe, v katero so strokovne smernice vgrajene preko kliničnih poti in protokolov sodelovanja;
* okrepiti zdravstvene time na vseh ravneh zdravstvenega sistema;
* zagotavljati in krepiti informacijsko podporo;
* zagotavljati učinkovito izrabo virov.

V pripravi in izvajanju strokovnih smernic, kliničnih poti in protokolov sodelovanja ter v povezovanju organizacijskih struktur sodelujejo različne veje medicine in drugi zdravstveni strokovnjaki.

Poleg družinskih zdravnikov, diabetologov in diplomiranih medicinskih sester, ki zagotavljajo temelj oskrbe oseb s sladkorno boleznijo, v preprečevanju in obravnavi zapletov po potrebi sodelujejo tudi hipertenziologi, lipidologi, kardiologi, angiologi, nefrologi, oftalmologi, fiziatri, infektologi, kirurgi za srce in ožilje, kirurgi za kirurške infekcije, specialisti medicine dela in športa, psihiatri, psihologi, lekarniški farmacevti in mnoge druge specialnosti medicinskih strok.

Usmeritve do leta 2030:

* vzpostaviti tako organizacijsko shemo na primarni ravni zdravstvenega sistema, ki zagotavlja celostno oskrbo osebe s sladkorno boleznijo preko vzpostavljanja usklajevanj in povezav;
* zagotoviti stalno strokovno dograjevanje in usposabljanje vseh zdravstvenih strokovnjakov, ki sodelujejo v oskrbi osebe s sladkorno boleznijo;
* zagotoviti strokovno in organizacijsko povezovanje vseh zdravstvenih strokovnjakov v usklajeno in povezano oskrbo oseb s sladkorno boleznijo.

Oseba s sladkorno boleznijo ob pojavu kateregakoli zapleta sladkorne bolezni potrebuje dodatno oporo v svojem zdravstvenem timu, pomembno oporo pa mu lahko nudijo tudi drugi zdravstveni strokovnjaki, ali za to posebej usposobljeni posamezniki, katerih delovanje je ustrezno organizirano, ter druge dejavnosti združenj oseb s sladkorno boleznijo in drugih nevladnih organizacij.

Zapleti sladkorne bolezni bolno osebo vedno prizadenejo telesno in psihično. Grozeča ali prebolela možganska ali srčna kap, odpoved ledvic, slepota in amputacija so hudi dogodki v življenju. Poleg zdravljenja zapletov in rehabilitacije potrebuje tudi psihično oporo s strani zdravstvenih strokovnjakov in drugih za tako delovanje usposobljenih oseb.

Usmeritve do leta 2030:

* dodatno usposobiti zdravstvene time za nudenje dodatne opore bolnim osebam s kroničnimi zapleti sladkorne bolezni;
* vzpostaviti dostopnost do drugih zdravstvenih strokovnjakov, tudi psihologov, ki so lahko v oporo osebam s kroničnimi zapleti sladkorne bolezni;
* vključiti združenja bolnih oseb in druge nevladne organizacije v dejavnosti za oporo bolnim osebam s kroničnimi zapleti sladkorne bolezni.

Za uspešno načrtovanje in izvajanje oskrbe v zvezi s kroničnimi zapleti sladkorne bolezni moramo poznati in spremljati pojavnost in pogostnost teh zapletov.

Epidemiologijo kroničnih zapletov sladkorne bolezni poznamo le delno, vendar se sistem za učinkovito spremljanje že vzpostavlja. Učinkov ukrepov, ki jih uvajamo v oskrbo oseb s sladkorno boleznijo, zato še ne moremo izmeriti. Zato moramo pri vzpostavljanju sistema spremljanja slediti opredelitvam, kateri medicinski podatki so nujni za spremljanje pojavnosti kroničnih zapletov sladkorne bolezni. Šele na podlagi sistematično zajetih pravih podatkov bodo elektronski zapisi zdravstvenih podatkov omogočali tudi ocenjevanje učinkov ukrepov in usmerjanje nadaljnjih aktivnosti.

Usmeritve do leta 2030:

* vzpostaviti in dosledno zbirati za oceno kakovosti oskrbe ključne zdravstvene podatke v dostopni obliki ob redni oskrbi na podlagi dogovorjenih standardov ter na podlagi podatkov načrtovati ukrepe in aktivnosti za izboljšanje oskrbe.

Ustrezno zdravljenje krvnega sladkorja moramo zagotoviti tudi v tistih delih zdravstvenega sistema, kjer se ne ukvarjajo specifično s sladkorno boleznijo.

Med odkrivanjem in zdravljenjem zapletov sladkorne bolezni se bolna oseba sreča z mnogimi profili zdravnikov in drugih zdravstvenih strokovnjakov. Čeprav so njihovi ukrepi usmerjeni v zdravljenje drugih bolezni in stanj, mora biti učinkovito zdravljenje krvnega sladkorja zagotovljeno tudi na teh mestih. V nekaterih kliničnih situacijah kot npr. med zdravljenjem v intenzivni enoti, ustrezno zdravljenje krvnega sladkorja pomeni bistveno boljši izid zdravljenja.

Usmeritve do leta 2030:

* zagotavljanje ustrezne usposobljenosti vseh zdravnikov in zdravstvenih strokovnjakov, ki se srečujejo z oskrbo oseb s sladkorno boleznijo;
* vzpostavljanje in krepitev široko dostopnih, odprtih konzultacijskih poti.

Bolezni srca in ožilja imajo praviloma pri osebah s sladkorno boleznijo hujši potek kot pri osebah brez sladkorne bolezni in se lahko kažejo z netipičnimi znaki. Za njihovo prepoznavanje in zdravljenje moramo izkoristiti vse preverjene diagnostične in terapevtske možnosti.

Cilji zdravljenja teh bolezni so enaki kot pri osebah brez sladkorne bolezni, vendar z dodatnim poudarkom na zdravljenju krvnega sladkorja. Ugodni učinki zdravljenja, tako glede olajšanja težav kot tudi glede prognoze bolezni, so pri osebah s sladkorno boleznijo enaki ali celo večji kot pri osebah brez sladkorne bolezni.

 *Pojasnilo: Standard organizacije oskrbe v zvezi z zdravjem srca in žilja*

 *Vse osebe, ki imajo pridružene težave oziroma simptome oziroma znake s področja bolezni srca in žilja, so po lokalno dogovorjeni klinični poti v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli sodelovanja ustrezno napoteni k specialistu za nadaljevanje vodenja in zdravljenja.*

 *Vir: http://endodiab.si/priporocila/smernice-za-vodenje-sladkorne-bolezni/*

Usmeritve do leta 2030:

* doseči enake izide zdravljenja kot pri osebah brez sladkorne bolezni;
* zagotoviti dostopnost do preiskavnih metod, do učinkovitih zdravil in metod zdravljenja;
* vzpostavljati in krepiti organizacijo oskrbe tako, da bo oskrba enaka za vse osebe s sladkorno boleznijo.

Diabetično ledvično bolezen lahko odkrijemo zgodaj z rednimi preiskavami krvi in urina. Z dovolj zgodnjim zdravljenjem lahko upočasnimo napredovanje diabetične ledvične bolezni. Ob slabšanju ledvičnega delovanja je potrebno zgodnje odkrivanje in zdravljenje zapletov, ki se pojavijo zaradi ledvične bolezni.

Namen zgodnjega odkrivanja ledvične bolezni je, da jo odkrijemo, ko poškodbe ledvičnega tkiva še niso nepopravljive. Zgodnje odkrivanje temelji na pregledu krvi in urina. Za uvajanje ustreznih preiskav, njihovo ustrezno izvajanje in vrednotenje je pomembno tesno sodelovanje s strokovnjaki laboratorijske medicine. Uspešnih metod zdravljenja in učinkovitih zdravil je v začetni fazi ledvične prizadetosti veliko in izbira najbolj optimalne je včasih težka. Nekatera zdravila in metode zdravljenja predstavljajo zaradi svoje visoke cene tudi pomembno finančno breme.

Ko ledvična bolezen napreduje, se ji pridružijo tudi motnje v koncentraciji kalija, fosfatov in kislin v telesu, slabokrvnost, težave zaradi kopičenja vode, izstradanje telesa in slaba telesna kondicija. Na tej stopnji je proces slabšanja ledvičnega delovanja že neustavljiv, vendar z zdravljenjem zgoraj naštetih motenj lahko pešanje ledvičnega delovanja upočasnimo in tako vplivamo na kakovost življenja in bolni osebi tudi podaljšamo življenje. Ko pride do dokončne odpovedi delovanja ledvic, bolna oseba potrebuje eno od oblik nadomestnega zdravljenja: hemodializo, presaditev ledvice ali redkeje peritonealno dializo. Od prvih znakov diabetične ledvične bolezni pa vse do nadomestnega zdravljenja je potrebno redno spremljanje bolnega posameznika in prilagajanje mnogih elementov samooskrbe. Ob prehajanju iz ene stopnje diabetične ledvične okvare v drugo mora bolna oseba pogosto povsem spremeniti način prehranjevanja. Živila, ki so bila do takrat priporočena, lahko ob napredovanju bolezni postanejo škodljiva. Pogosto je potrebno zaradi pešanja delovanja ledvic spremeniti tudi zdravljenje sladkorne bolezni. Sheme jemanja zdravil so pogosto zelo zahtevne, saj je potrebno nekatera zdravila jemati glede na čas dneva, spet druga glede na obroke, včasih je potrebno zdravila injicirati; na tem mestu je vloga lekarniškega farmacevta in farmacevta svetovalca o varni in pravilni rabi zdravil še posebej pomembna.

Zaradi številnih bolezenskih znakov in zavedanja o neizogibnosti pešanja ledvičnega delovanja, je bolna oseba pod hudim psihičnim pritiskom. Psihična podpora s strani zdravstvenih strokovnjakov je izredno pomembna, vzpodbujati pa moramo tudi vključevanje v združenja oseb s sladkorno boleznijo in v združenja oseb z ledvično boleznijo.

 *Pojasnilo: Standard organizacije oskrbe v zvezi z zdravjem ledvic*

 *Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo po lokalno dogovorjeni klinični poti dostop do rednega presejanja za diabetično ledvično bolezen in so v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli sodelovanja ustrezno napoteni k specialistu za nadaljevanje vodenja in zdravljenja.*

 *Vir: http://endodiab.si/priporocila/smernice-za-vodenje-sladkorne-bolezni/*

Usmeritve do leta 2030:

* zagotavljati dostopnost laboratorijskih in drugih preiskav;
* zagotavljati dostopnost do učinkovitih zdravil in metod zdravljenja;
* uveljavljati kompleksno edukacijo, ki bo namenjena osebam z diabetično ledvično boleznijo;
* vzpostavljati in krepiti organizacijo oskrbe tako, da bo oskrba enaka za vse osebe s sladkorno boleznijo.

Z zgodnjim odkrivanjem in zdravljenjem diabetične retinopatije in njenih zapletov ohranjamo vid.

Redni pregledi očesnega ozadja, ki se izvajajo s pomočjo slikanja očesnega ozadja, so za zgodnje odkrivanje in pravočasno usmerjanje v zdravljenje nujno potrebni. Dostopnost pregledov očesnega ozadja in ustreznega zdravljenja vključno z operativnimi posegi so za ohranjanje vida zelo pomembni. Ob slabšanju vida moramo bolni osebi in njegovim bližnjim nuditi oporo pri izvajanju zdravljenja (meritve krvnega sladkorja, dajanje insulina) in jim svetovati vključevanje v dejavnosti združenj oseb s sladkorno boleznijo in oseb z okvaro vida.

 *Pojasnilo: Standard organizacije oskrbe v zvezi z zdravjem oči*

 *Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo po lokalno dogovorjeni klinični poti dostop do rednega presejanja za diabetično retinopatijo in so v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli sodelovanja ustrezno napoteni k okulistu za nadaljevanje vodenja in zdravljenja.*

 *Vir: http://endodiab.si/priporocila/smernice-za-vodenje-sladkorne-bolezni/*

 *Pojasnilo: Presejanje za diabetično retinopatijo se sistematično izvaja v centrih za diabetično retinopatijo*

 *Osebo s sladkorno boleznijo sprejme diplomirana medicinska sestra s posebnimi znanji s tega področja, ki pojasni potek pregleda ter zabeleži nekatere klinično pomembne podatke vključno z oceno vida. Nato izvede slikanje očesnega ozadja z za ta namen posebej prilagojeno fotografsko kamero. Posnetek nato na daljavo pregleda specialist oftalmolog, ki v izvid zapiše, ali je diabetična retinopatija prisotna ali ne ter izrecno navede kakšni so nadaljnji ukrepi (npr. ni znakov za diabetično retinopatijo, ponovno slikanje čez 1 leto; ali: na očesnem ozadju so znaki diabetične retinopatije z makulopatijo, potreben je pregled v specialistični ambulanti). Izvid prejme oseba s sladkorno boleznijo domov, v izvidu je poleg izvida natančno določeno tudi, kje in kdaj (datum in ura) je potreben naslednji pregled. Fotografije se na zakonsko določen način varno hranijo in so na voljo v nadaljevanju zdravljenja, kadar mora oftalmolog izbrati najuspešnejše zdravljenje za ohranjanje vida. Mreža centrov za diabetično retinopatijo naj bo takšna, da bo dostopnost za osebe s sladkorno boleznijo čimbolj enostavna, hkrati pa bodo dejavnost izvajali na kakovostnem nivoju in bili povezani v skupen sistem pretoka informacij.*

 *Vir: projekt vzpostavljanja Centrov za diabetično retinopatijo.*

Usmeritvi do leta 2030:

* zagotoviti dostopnost do rednih pregledov očesnega ozadja in do zdravljenja;
* vzpostavljati in krepiti organizacijo oskrbe tako, da bo oskrba enaka za vse osebe s sladkorno boleznijo.

Potrebno je zgodnje odkrivanje diabetične nevropatije, predvsem oblike z izgubo varovalne občutljivosti na nogah, ki je najpogostejši vzrok za nastanek razjede na nogi in ki lahko vodi v amputacijo.

Z določanjem stopnje tveganja za poškodbo tkiv, z edukacijo in drugimi preventivnimi ukrepi lahko preprečimo zaplete na nogah. Za oskrbo oseb z večjo stopnjo tveganja za diabetično nogo ali z že razvito klinično sliko organiziramo ambulante za diabetično nogo. Dostopnost do oskrbe v teh ambulantah mora biti takojšnja. Posebna oblika diabetične nevropatije je tista, ki jo spremlja bolečina in pri kateri je pogosto potrebno zelo zapleteno zdravljenje.

Čeprav lahko diabetična nevropatija prizadene oživčenje katerega koli dela telesa, največjo pozornost namenjamo obliki, ki povzroči zmanjšano občutljivost na nogah. Oskrba nog je sestavni del oskrbe osebe s sladkorno boleznijo. S presejalnim testom ocenjujemo okvaro oživčenja in prekrvitve ter določimo stopnjo tveganja za poškodbo tkiv na nogi. Glede na stopnjo tveganja načrtujemo edukacijo in nadaljnjo oskrbo, s čimer lahko preprečimo zaplete na nogah. Ogrožene osebe vključimo v edukacijski program, ki vsebuje razširjeno edukacijo o diabetični nogi. Svetujemo in glede na indikacijo predpišemo ustrezno obutev. V tim za oskrbo diabetične noge morajo biti vključeni zdravstveni strokovnjaki različnih specialnosti, jedro tima predstavljajo zdravnik diabetolog in medicinska sestra z dodatnimi znanji s področja oskrbe diabetične noge, ki sodelujejo z zdravnikom družinske medicine, kirurgom za kirurške infekcije, angiologom, žilnim kirurgom, ortopedom, fiziatrom in drugimi zdravstvenimi strokovnjaki. Ambulanta za diabetično nogo naj bo organizirana v sklopu diabetološke ambulante, če pa je organizirana drugače, naj bosta v delo te enote funkcionalno vključena diabetolog in diplomirana medicinska sestra za področje edukacije.

Stopnjo ogroženosti bolne osebe za nastanek razjede na nogi mora upoštevati tudi lekarniški farmacevt, da lahko osebi s sladkorno boleznijo svetuje pri izbiri sredstev za nego nog in ga zna opozoriti na tveganja, ki jih prinaša uporaba keratolitikov in ostrih instrumentov. V zahodnoevropskih državah ter v Severni Ameriki imajo osrednje mesto pri oskrbi bolnikov v zvezi z diabetično nogo posebno izobraženi strokovnjaki, podiatri. Drugod po svetu tega profila ne poznamo, v pripravi pa so posebni izobraževalni programi za usposabljanje ustreznih strokovnjakov. Tudi kader, ki se izven zdravstvenega sistema srečuje z nego nog pri osebah s sladkorno boleznijo, mora biti usposobljen za varno in kakovostno izvajanje svoje dejavnosti in zanesljivo prepoznavati stanj, ki sodijo v obravnavo k strokovnjakom v zdravstveni sistem, in osebi to tudi pojasniti in jo ustrezno usmeriti.

Pri zdravljenju boleče polinevropatije je večkrat potrebno v oskrbo pritegniti tudi nevrologe in specialiste, ki se ukvarjajo s terapijo bolečine. Pogosto je potrebna intenzivna psihološka podpora.

Diabetična nevropatija ima lahko za posledico motnje v erekciji, kar lahko moškim in njihovim partnericam bistveno zmanjša kakovost življenja. Pri zdravljenju erektilne disfunkcije sodeluje tudi urolog.

 *Pojasnilo: Standard organizacije oskrbe v zvezi z zdravjem nog*

 *Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo po lokalno dogovorjeni klinični poti, ki zagotavlja interdisciplinarno obravnavo, dostop do rednega presejanja za*

 *diabetično nogo in so v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli*

 *sodelovanja ustrezno napoteni k ustreznim specialistom za nadaljevanje vodenja*

 *in zdravljenja.*

 *Vir: http://endodiab.si/priporocila/smernice-za-vodenje-sladkorne-bolezni/*

Usmeritve do leta 2030:

* zagotavljanje dostopnosti do presejalnega testa za diabetično nogo;
* zagotavljanje dostopnosti do edukacije in preventivnih ukrepov, ki bodo prilagojeni stopnji ogroženosti za diabetično nogo;
* razviti in krepiti mrežo posebej izobraženih strokovnjakov, ki bodo okrepili oskrbo v zvezi z diabetično nogo;
* podpreti organizacijo mreže ambulant za diabetično nogo;
* zagotavljati izgradnjo multidisciplinarnega tima v ambulantah za diabetično nogo;
* zagotavljati hitro in široko dostopnost do obravnave v ambulantah za diabetično nogo;
* zagotavljati dostopnost do oskrbe pri nevrologu;
* zagotavljati dostopnost do oskrbe v protibolečinskih ambulantah;
* zagotavljati zdravljenje motenj v erekciji, ki jo izvajajo mnogi zdravstveni strokovnjaki;
* zagotavljati in krepiti usposabljanje kadra izven zdravstva za kakovostno in varno nego nog in prepoznavanje stanj, ki sodijo v oskrbo v zdravstveni sistem;
* vzpostavljati in krepiti organizacijo oskrbe tako, da bo oskrba enaka za vse osebe s sladkorno boleznijo.

Osebe s sladkorno boleznijo, posebej tisti z zapleti, pogosteje zbolijo za duševnimi motnjami.

Vpliv sladkorne bolezni na duševnost še ni povsem jasen. Otroci, ki zbolijo pred 5. letom starosti, so močno nagnjeni k vedenjskim motnjam.Odrasli imajo več težav pri pomnjenju kot vrstniki, ki nimajo sladkorne bolezni.

Najbolj pogosta duševna motnjapri osebah s sladkorno boleznijo je depresija, ki je dvakrat do trikrat pogostejša kot v populaciji na splošno. Ima jo približno 30% bolnih oseb, najmočnejši napovedni kazalniki za njen pojav so ženski spol, srednja leta, manj kot srednješolska izobrazba in prisotnost vsaj dveh kroničnih zapletov sladkorne bolezni. Ponovitev bolezni je nekajkrat pogostejša kot pri osebah z depresijo, ki niso organsko bolne. Ocena depresije je zaradi sočasnosti organskega obolenja, ki ima lahko depresivnim podobne simptome, težavnejša. To je poleg dejstva, da se na depresijo pri vsakdanjem delu z osebami s sladkorno boleznijo premalokrat pomisli, verjetno razlog, da je prepoznanih le ena tretjina oseb z depresijo.

Dvakrat pogostejša kot v populaciji na splošno je tudi tesnobnost, prav tako se pomembno pogosteje pojavljajo fobične motnje. Osebe se bojijo pogleda na kri, igel, poškodb pri dajanju insulina in odvzemu krvi za meritve krvnega sladkorja, strah jih je prenizkih vrednosti krvnega sladkorja (hipoglikemija). Trije zapleti so najpogosteje povezani z duševnimi motnjami: obolenja velikih žil, diabetična noga in diabetična proliferativna retinopatija. Predvsem pri mlajših ženskah s sladkorno boleznijo se pogosteje pojavljata anoreksija in bulimija.

Usmeritve do leta 2030:

* v edukacijo oseb s sladkorno boleznijo vnesti tudi vsebine duševnega zdravja;
* osveščati osebe s sladkorno boleznijo in z večjim tveganjem za duševne težave o pomenu duševnega zdravja;
* zagotoviti pravočasno in zgodnje odkrivanje duševnih težav in nuditi ustrezno obravnavo;
* zagotavljati primerno dostopnost do programov za krepitev duševnega zdravja, ki so na voljo v centrih za krepitev zdravja.

Bolezni obzobja in ustne votline so pogostejše pri osebah z visokimi vrednostmi krvnega sladkorja. Z zdravljenjem bolezni obzobja varujemo zobovje, izboljša pa se tudi urejenost krvnega sladkorja.

Skrb za ustno higieno in zdravje ustne votline sta v oskrbi oseb s sladkorno boleznijo pogosto spregledana. Vnetje obzobnih tkiv – parodontalna bolezen – ki je povezana z nezadostnim in nepravilnim čiščenjem zob, je pogostejša pri osebah, pri katerih visoke vrednosti krvnega sladkorja trajajo že dlje časa.

Usmeritve do leta 2030:

* ozavestiti osebe s sladkorno boleznijo o pomenu ustne higiene in rednega spremljanja pri zobozdravniku;
* vključiti vsebine oralnega zdravja v edukacijo oseb s sladkorno boleznijo;
* izobraževati zdravstvene strokovnjake o pomenu bolezni obzobja;
* vzpostaviti povezovanje med zobozdravniki in zdravstvenimi timi, kjer se oseba s sladkorno boleznijo sicer vodi glede sladkorne bolezni.

# 7. KO SE Z ZDRAVJEM NAGLO ZAPLETE, JE POTREBNO PRAVOČASNO ZDRAVLJENJE IN NATO NAČRT, KAKO NAPREJ

Osebe s sladkorno boleznijo so v bolnišnico sprejete pogosteje kot ljudje brez sladkorne bolezni. Včasih je glede na težave potreben sprejem v bolnišnico že ob odkritju sladkorne bolezni, če je ob tem prisotna huda izsušenost (diabetični aketotični hiperosmolarni sindrom) ali zakisanost telesa (diabetična ketoacidoza), imenovani tudi akutna zapleta sladkorne bolezni. Tudi pri osebah z že znano sladkorno boleznijo se pojavljajo stanja, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici, tako kot pri drugih ljudeh, pri čemer zdravljenje običajno traja dlje. Včasih je potrebno zdravljenje v bolnišnici zaradi napredovalih oblik kroničnih zapleto, ali pa zaradi tolikšnega znižanja krvnega sladkorja, ki je privedlo do izgube zavesti (huda hipoglikemija, ki je tretji akutni zaplet sladkorne bolezni). Ne glede na vzrok za sprejem v bolnišnico pa oseba s sladkorno boleznijo potrebuje nasvet, kako zdravljenje nadaljevati po odpustu, vključno z zdravljenjem sladkorne bolezni: ali bo potrebno spremeniti zdravila, odmerke, pogostost merjenja krvnega sladkorja in podobno.

Zdravstvo je treba organizirati tako, da zagotavlja oskrbo tako na dolgi rok (npr. redne načrtovane preglede za oskrbo sladkorne bolezni), kadar gre kaj narobe, pa stanje ni hudo (izredni pregledi za oskrbo sladkorne bolezni) kot tudi zdravljenje za primer, ko se zdravje naglo poslabša (npr. težka pljučnica pri osebi, ki ima tudi sladkorno bolezen). Oskrba, ki jo prejme oseba s sladkorno, je kakovostna, če so vsi deli zdravstva med seboj usklajeni in povezani.

Večina zdravljenja sladkorne bolezni poteka v timu družinske medicine oziroma v diabetološkem timu, torej ambulantno, kjer se izvajajo redni načrtovani in izredni pregledi. Kadar pride do hujšega in hitrega slabšanja zdravja, se zdravljenje večinoma dogaja v bolnišnicah. Zaradi različne narave teh bolezenskih stanj se pristop k zdravljenju razlikuje, z vidika osebe s sladkorno boleznijo pa je potrebno medsebojno usklajevanje in povezovanje. V bolnišnicah se zato posebno pozornost namenja načrtovanju odpusta, zapletenejše situacije pa prevzame koordinator odpusta. V načrtovanju ambulantne oskrbe po odpustu se povezuje s člani tima družinske medicine, patronažno službo ter pogosto tudi s socialno službo in drugimi strokovnjaki v zdravstvu, v prihodnje tudi s koordinatorji primera.

*Pojasnilo: Standard organizacije oskrbe za akutna stanja*

*Vse osebe s sladkorno boleznijo in akutnim stanjem, povezanim s sladkorno boleznijo (huda hipoglikemija, diabetična ketoacidoza in diabetični aketotični hiperosmolarni sindrom) ali zaradi drugega akutnega stanja imajo po lokalno dogovorjeni klinični poti hiter dostop do obravnave in zdravljenja v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli. Ob zaključku zdravljenja akutnega stanja so po lokalno dogovorjeni klinični poti aktivno usmerjeni v redno obravnavo sladkorne bolezni s poudarkom na preprečevanju ponovitve akutnega stanja.*

*Vir: http://endodiab.si/priporocila/smernice-za-vodenje-sladkorne-bolezni/*

Usmeritve do leta 2030:

* zagotavljati in krepiti primerno dostopnost za obravnavo akutnih stanj v urgentnih centrih;
* zagotavljati in krepiti ustrezno zdravstveno pismenost oseb s sladkorno boleznijo glede pravočasne in primerne uporabe urgentnih centrov in preprečevanja prekomernih in nepotrebnih obiskov;
* zagotavljati in krepiti dostopnost do ambulantne oskrbe (izven urgentnih centrov) oziroma možnost posveta, kadar je oseba s sladkorno boleznijo v dvomih glede naglih sprememb v svojem zdravstvenem stanju, tudi z uporabo informacijske tehnologije in na druge inovativne načine;
* zagotavljati in krepiti funkcijo koordinatorja odpusta v bolnišnicah in te zdravstvene strokovnjake usposabljati glede posebnosti v zvezi s sladkorno boleznijo;
* podpirati razvoj kliničnih poti in protokolov sodelovanja za to področje.

# 8. OSEBA S SLADKORNO BOLEZNIJO ZA KAKOVOSTNO ŽIVLJENJE POTREBUJE ZNANJE, RAZUMEVANJE IN VEŠČINE TER OKOLJE, V KATEREM SOODLOČA GLEDE ZDRAVLJENJA SVOJE BOLEZNI

Sladkorna bolezen predstavlja za bolno osebo veliko breme. Zelo pogosto se pojavlja hkrati s povišanim krvnim tlakom in s povišanimi maščobami v krvi. Več kot 80% oseb s sladkorno boleznijo je čezmerno težkih ali debelih. Zdravljenje vseh teh stanj je izredno kompleksno in ne more sloneti le na dokaj redkih obiskih bolne osebe v zdravstveni ustanovi. Nujno potrebna je dejavna vloga bolne osebe same, ki mora postati enakovreden član zdravstvenega tima. Da bi bili izidi zdravljenja čimbolj ugodni, mora biti usposobljena in voljna sprejemati diagnostične in terapevtske odločitve v vsakdanjem življenju. Poznati mora rokovanje z medicinskimi pripomočki, kot so merilniki krvnega sladkorja in tlaka. Izmerjene vrednosti mora znati vrednotiti in na podlagi tega sprejemati odločitve. Natančno mora poznati naravo bolezni, pomembnost zdravega načina življenja in znižanja telesne teže.

Ob napredovanju bolezni in pojavljanju zapletov se breme bolezni še veča. Brez stalne podpore s strani zdravstvenega tima, svojcev in bližnje okolice je lahko psihično breme bolni osebi pretežko, kar še dodatno poslabša bolezenska stanja.

Zdravstveni tim mora bolni osebi pravočasno posredovati jasne in verodostojne informacije o sladkorni bolezni in spremljajočih bolezenskih stanjih. Skupaj morajo izgraditi primeren odnos do bolezni in načrtovati oskrbo, v kateri bo imela bolna oseba osrednjo vlogo. Tim mora nuditi tudi psihično podporo.

Naloga zdravstvenega tima torej je, da pri bolnih osebah zagotavlja in krepi znanje, motivacijo in veščine za ukrepanje in razumevanje (zdravstveno pismenost) glede sladkorne bolezni, ustvarja okolje, v katerem oseba lahko sama sprejema odločitve, ki so zanjo pomembne (opolnomočenje) in sicer v podporo uspešnemu samovodenju in samooskrbi glede sladkorne bolezni za čimbolj kakovostno življenje.

 *Pojasnilo: Zdravstvena pismenost, opolnomočenje, samovodenje in samooskrba*

 *Zdravstvena pismenost pomeni, da ima posameznik znanje, motivacijo in zmožnost (kompetence), da dostopa, razume, vrednoti in uporablja zdravstvene informacije za presojanje in sprejemanje odločitev o zdravstveni oskrbi, o preprečevanju bolezni in o krepitvi zdravja za ohranjanje oziroma izboljšanje kakovosti svojega življenja, v trenutni situaciji in v prihodnje.*

 *Opolnomočenje je proces, ki omogoča osebam, da povečajo nadzor nad svojim lastnim življenjem in ki krepi zmožnost ljudi, da ukrepajo v zvezi z zadevami, ki jih sami prepoznajo kot pomembne.*

 *Samovodenje v primeru sladkorne bolezni označuje ukrepanje bolne osebe na osnovi izvidov samokontrole; samokontrola pa pomeni predvsem samomeritve glukoze v krvi, lahko pa tudi samomeritve ketonov v krvi ali v urinu. V najširšem smislu pa skrb za zdravje opisuje pojem samooskrba, ki pomeni poleg uspešnega samovodenja glikemije tudi nadzor nad drugimi dejavniki tveganja za bolezni srca in žilja, odkrivanje kroničnih zapletov in skrb za splošno zdravstveno stanje.*

Vse te naloge, ki jih ima zdravstveni tim, zajamemo v pojmu edukacija osebe s sladkorno boleznijo. Cilj vseh, ki sodelujejo v edukaciji, je motivirana oseba s sladkorno boleznijo, z ustrezno zdravstveno pismenostjo, ki vsak dan znova sprejema optimalne odločitve, ki so pomembne v zdravljenju sladkorne bolezni in za posameznika kot osebnostno celoto, kar imenujemo tudi opolnomočenje. Takšno celovito sodelovanje v zdravljenju sladkorne bolezni, sodelovanje pri zdravljenju previsokega krvnega tlaka in maščob, pri skrbi za zgodnje odkrivanje kroničnih zapletov in celovitem zdravljenju zapletov, kadar se pojavijo ter pri skrbi za svoje splošno zdravstveno stanje pa zajamemo s pojmom samooskrba.Naloge zdravstvenega sistema učinkovito dopolnjujejo bolnikovi bližnji, združenja oseb s sladkorno boleznijo in za takšno podporo ustrezno usposobljeni posamezniki s sladkorno boleznijo, katerih dejavnost je ustrezno organizirana.

Oseba s sladkorno boleznijo v svoji vsakodnevni samooskrbi večino odločitev sprejme sama, brez neposrednega stika z zdravstvenim sistemom.

Vsakodnevna samooskrba sladkorne bolezni zahteva visoko raven znanja in veščin s strani bolne osebe. Da bo pri načrtovanju oskrbe enakopravno sodelovala z drugimi člani zdravstvenega tima, mora biti motivirana, v timu pa ustrezno sprejeta. Zdravstveni tim naj osebi nudi varno okolje, ki ravnanja bolne osebe ne presoja, temveč jo usmerja in vzpodbuja v take odločitve, ki vodijo do zastavljenega cilja.

Usmeritve do leta 2030:

* enakopravno vključevati bolno osebo v zdravstveni tim, vzpostaviti partnerski odnos med bolno osebo in drugimi člani zdravstvenega tima, ki temelji na sodelovanju, soodgovornosti in enakovrednosti;
* znotraj zdravstvenega tima vzpostaviti varno okolje, ki bolni osebi nudi oporo za pravilne odločitve;
* zagotavljati pogoje za opolnomočenje bolne osebe, da se lahko enakopravno vključuje v zdravstveni tim;
* usposabljati zdravstvene time za vzpostavljanje partnerskega odnosa z bolno osebo;
* zagotavljati pogoje za opolnomočenje bolne osebe za samostojne odločitve pri samooskrbi sladkorne bolezni;
* vzpostavljati trajno vrednotenje sodelovanja med bolno osebo in timom.

Bolne osebe imajo različne možnosti in sposobnosti za sodelovanje v samooskrbi, kar upoštevamo pri načrtovanju zdravljenja.

Različne zmožnosti bolnih oseb ne bi smele biti vzrok za neenakosti pri zdravljenju. Sodelovanje bližnjih v vodenju sladkorne bolezni je lahko bolni osebi v oporo, zato jih v oskrbo vključimo, kadar je to primerno. Včasih pa je sodelovanje svojcev ali drugih bližnjih v zdravljenju nujno, kadar bolna oseba sama zdravljenja ne zmore. Vključevanje svojcev v oskrbo je pogosto otežkočeno zaradi njihovih službenih obveznosti.

Usmeritve do leta 2030:

* krepiti in razvijati inovativne sisteme za pomoč bolnim osebam v samooskrbi sladkorne bolezni;
* krepiti in razvijati sisteme za pomoč svojcem, kadar je njihovo sodelovanje v zdravljenju sladkorne bolezni zaželeno in nujno (npr. večja dostopnost varstva v socialno varstvenih ustanovah).

Celovita samooskrba pomeni, da bolna oseba uspešno izvaja samovodenje krvnega sladkorja, krvnega tlaka in maščob, skrb za odkrivanje kroničnih zapletov sladkorne bolezni in njihovo zdravljenje ter skrb za splošno zdravstveno stanje.

V preteklosti so bili edini podatki o uspešnosti zdravljenja sladkorne bolezni bolni osebi dostopni samo ob pregledu pri zdravniku. S samokontrolo, to je z meritvami krvnega sladkorja doma (včasih se uporablja tudi merjenje ketonov v krvi ali v urinu), pa lahko bolna oseba sama vsakodnevno nadzira uspešnost zdravljenja sladkorne bolezni. Za te meritve potrebuje zanesljive in enostavne medicinske pripomočke, katerih dostopnost naj bo optimalna. Na podlagi izmerjenih vrednosti krvnega sladkorja bolna oseba lahko prilagodi obrok, telesno dejavnost ali npr. spreminja odmerke insulina. Vse te dejavnosti imenujemo samovodenje krvnega sladkorja. Samooskrba pa sega preko samovodenja krvnega sladkorja in zajema še samovodenje krvnega tlaka in maščob, skrb za odkrivanje kroničnih zapletov sladkorne bolezni in njihovo zdravljenje ter skrb za splošno zdravstveno stanje. Za vse to pa potrebuje ustrezno zdravstveno pismenost in podporo procesu opolnomočenja, kar je tudi cilj celovite edukacije za uspešno samovodenje in samooskrbo sladkorne bolezni.

Usmeritve do leta 2030:

* krepiti in zagotavljati usklajenost edukacije za celovito samooskrbo;
* krepiti ustrezno dostopnost do edukacije za celovito samooskrbo;
* krepiti primerno dostopnost do medicinskih pripomočkov za samokontrolo krvnega sladkorja in tlaka.

Edukacija bolne osebe s sladkorno boleznijo je sestavni del zdravstvene oskrbe in je ena od osnovnih dejavnosti zdravstvenih timov. Zaradi kompleksnosti edukacije potrebujejo člani zdravstvenih timov mnoga dodatna in posebna znanja.

Osnovni namen edukacije je poleg podajanja znanja v smislu zagotavljanja verodostojnih informacij in krepitve zdravstvene pismenosti tudi vzpostavljanje okoliščin za opolnomočenje bolne osebe za samooskrbo. Zaradi tega morajo imeti člani zdravstvenega tima znanja in veščine iz različnih področji. Timi so lahko sestavljeni iz raznovrstnih zdravstvenih strokovnjakov: zdravniki različnih specialnosti, diplomirane medicinske sestre z različnimi specifičnimi znanji, srednja medicinska sestra, dietetik (prehranski svetovalec), strokovnjak s področja oskrbe nog, psiholog, socialni delavec, fizioterapevt, lekarniški farmacevt in drugi. V Sloveniji zdravstveni tim na sekundarni ravni zdravstvene oskrbe (diabetološki tim) sestavljata zdravnik in diplomirana medicinska sestra s specialnimi znanji s področja edukacije oseb s sladkorno boleznijo (včasih poimenovana tudi edukatorica /edukator). Formalno usposabljanje poteka v skladu z določili Zbornice zdravstvene nege. Poleg tega obstajajo tudi funkcionalna izobraževanja. Te diplomirane medicinske sestre morajo sedaj pokrivati vso pahljačo znanj, ki jih bolna oseba potrebuje, v bodoče pa bi zdravstvene time kazalo izpopolniti tudi z ostalimi zdravstvenimi strokovnjaki oz. strokovnjaki iz drugih področij. Sodelovanje med zdravnikom in diplomirano medicinsko sestro je potrebno ves čas gojiti in izboljševati, saj je od tega odvisna kakovost oskrbe.

Zdravstveni tim na primarni zdravstveni ravni se je od leta 2011 postopno širil z uvajanjem nove vloge diplomirane medicinske sestre, ki je za to posebej usposobljena in ima specialna znanja za delo v družinski medicini. V povezavi z edukacijo bolnih oseb s sladkorno boleznijo tipa 2 je zelo pomembna njena vloga zagotavljanja kratkih in verodostojnih informacij takrat, kadar jih bolna oseba potrebuje. Ker ima možnost rednega stika z bolno osebo, lahko zaznava stopnjo motiviranosti bolne osebe in jo krepi. Osebo s sladkorno boleznijo lahko seznanja s programi in aktivnostmi v centru za krepitev zdravja oziroma zdravstvenovzgojnem centru, jo takrat, kadar oseba izrazi interes, v te programe napoti, ter spremlja tudi po tem, ko so programi že zaključeni. V vlogi koordinatorja oskrbe sladkorne bolezni lahko krepi zdravstveno pismenost, s primernim odnosom vzpostavlja okolje, kjer lahko poteka proces opolnomočenja in podpira zmožnost bolne osebe za čimbolj samostojno vodenje svoje sladkorne bolezni in odločitve, ki bolnemu posamezniku izboljšajo življenje. Zdravnik specialist družinske medicine s svojim pregledom nad celotnim stanjem bolne osebe, ne le v povezavi s sladkorno boleznijo, lahko s tako razširjenim timom uspešneje zagotavlja dejavnost družinske medicine, to je tako proaktivna skrb za zdravje populacije kot tudi kurativna dejavnost.

Od leta 2015 teče tudi nadgradnja od leta 2002 obstoječih zdravstvenovzgojnih centrov v centre za krepitev zdravja, ki za področje edukacije oseb s sladkorno boleznijo tipa 2 prinaša dva nova edukacijska programa, možnost krajših individualnih posvetov, z usmerjanjem delovanja v skupnost pa tudi kakovostno nadgradnjo vseh aktivnosti, ki se v posameznih okoljih izvajajo v povezavi s sladkorno boleznijo. Poleg tega so v centrih za krepitev zdravja na voljo tudi novi oziroma posodobljeni programi za področje zdravega prehranjevanja, gibanja, skrbi za telesno težo, odvajanje kajenja, spopadanja s stresom in podobno, ki tudi v širšem smislu izboljšujejo dostopnost do zdravstvene pismenosti in podpirajo proces opolnomočenja za kakovostno življenje po izbiri posameznika.

Vse osebe s sladkorno boleznijo tipa 1 in ženske s sladkorno boleznijo v nosečnosti se v celoti obravnavajo na sekundarni oziroma terciarni ravni zdravstvenega varstva.

Lekarniški farmacevt, s katerim je oseba s sladkorno boleznijo pogosto v stiku, sodeluje pri edukaciji o pravilni in varni rabi zdravil, svetuje o zdravilih, za katere predpis recepta ni potreben, ter pomaga pri učenju rokovanja in rabe medicinskih pripomočkov za zdravljenje in nego. Z letom 2018 se v sistem umešča tudi dejavnost farmacevta svetovalca.

Usmeritve do leta 2030:

* trajno izobraževanje članov timov, ki vključuje tudi mednarodno priznana izobraževanja;
* razvoj oziroma umestitev novih izobraževalnih programov za strokovnjake, ki jih v našem sistemu še ni (strokovnjaki za diabetično stopalo, dietetiki oz. prehranski svetovalci, kineziologi oziroma svetovalci v zvezi z gibanjem, psihologi in podobno);
* večja razpoložljivost drugih zdravstvenih strokovnjakov s specialnimi znanji, ki bi jih lahko vključili v zdravstvene time;
* krepiti in razvijati razvoj enotnih strokovnih smernic, kliničnih poti in protokolov sodelovanja za celotno področje edukacije;
* krepiti in razvijati obojesmerne povezave med dejavnostmi lekarniških farmacevtov oziroma farmacevti svetovalci in drugimi člani zdravstvenega tima.

V strukturiranih edukacijskih programih, ki so namenjeni različnim vsebinam in različnim skupinam bolnih oseb, se prepletata in dopolnjujeta edukacija v skupini in individualna edukacija.

Edukacija je nepretrgan proces, ki traja ves čas zdravljenja, praviloma vse življenje. Oblika edukacije se mora prilagoditi edukacijskim vsebinam, sposobnostim bolne osebe, razpoložljivosti človeških, časovnih in materialnih virov posameznega tima. Edukacija ob odkritju sladkorne bolezni naj bo drugače zastavljena kot npr. tista ob uvajanju insulinske terapije. Edukacija je velikokrat uspešnejša, če jo podajamo v skupini. Sodelovanje v skupini je lahko za bolno osebo močen motivacijski dejavnik in privzemanje znanja, predvsem pa spreminjanje življenjskih navad je uspešnejše. Bolna oseba v skupini ob ustreznem vodenju s strani ustrezno izobraženega strokovnjaka lažje ovrednoti slabosti, prednosti in izvedljivost lastnih ciljev, spoznava rešitve in probleme drugih bolnih oseb v podobni situaciji, je bolj motiviran, saj lahko sam sprejema odločitve, lažje izbere optimalne cilje, na podlagi pogovora išče lastne rešitve, spoznava, da so neuspehi del spreminjanja in kako se lahko z njimi sooča, vzpostavi se skupinska dinamika, ki včasih združuje bolne osebe še potem, ko je formalno edukacijski program že zaključen. Nekatere teme pa za takšno edukacijo niso primerne oziroma je nekatere bolne osebe ne želijo, zato mora biti na voljo tudi individualna obravnava. Prav tako lahko individualna obravnava podpre bolno osebo, da se uspešneje vključi v delo skupine. Edukacija lahko poteka preko osebnih stikov ali z uporabo informacijske tehnologije.

Edukacija naj bo bolni osebi dostopna ob odkritju sladkorne bolezni, na nekaterih prelomnih točkah v poteku sladkorne bolezni (npr. začetek zdravljenja z insulinom), ob rednih obdobnih ocenah izvajanja samooskrbe in na njeno prošnjo.

Usmeritve do leta 2030:

* strukturirati in poenotiti edukacijske programe;
* razviti in implementirati edukacijske programe različnih nivojev kompleksnosti za osebe iz ranljivih skupin;
* vzpodbuditi, izobraziti in usposobiti vse, ki delajo na področju edukacije, za vodenje edukacije v skupini;
* usposobiti vse, ki delajo na področju edukacije za individualno edukacijo;
* okrepiti edukacijo z uporabo informacijske tehnologije in na druge inovativne načine;
* zagotoviti optimalno dostopnost do vseh edukacijskih programov;
* sistematično spremljati ter vključevati vidik oseb, ki se v programe vključujejo.

Ovrednotenje edukacije je proces, v katerem iščemo učinkovitejše edukacijske programe, metode in veščine.

Učinkovitost edukacije lahko merimo glede na doseganje ciljev zdravljenja sladkorne bolezni (urejenost krvnega sladkorja, tlaka in maščob), čeprav ti kazalniki niso edini, ki so pomembni. Ovrednotenje edukacije naj nujno vključuje tudi kazalnike pretočnosti sistema (npr. večje število bolnikov, pri katerih dosežemo sicer enako urejenost sladkorne bolezni), kazalnike bolnikovega zadovoljstva z oskrbo in z lastno kvaliteto življenja v zvezi s sladkorno boleznijo ter kazalnike zadovoljstva drugih članov zdravstvenega tima. S spremljanjem in vrednotenjem lastnega dela se edukacija nenehno razvija, omogočena je izmenjava dobrih praks lokalno, na nacionalni ravni in v mednarodnem prostoru.

Usmeritvi do leta 2030:

* vzpostavljati in krepiti stalno spremljanja učinkovitosti edukacije;
* vzpodbujati izmenjavo dobrih praks v edukaciji.

S timskim načrtovanjem oskrbe krepimo stalnost in vztrajnost bolne osebe v samooskrbi in vzdržujemo njegovo notranjo motiviranost.

Ob enakopravnem vključevanju bolne osebe v zdravstveni tim je možno takšno načrtovanje oskrbe, v katerem se sklene dogovor med vsemi člani tima, kar imenujemo timsko načrtovanje oskrbe. Motiviranost bolne osebe in njena zmožnost za sodelovanje v zdravljenju je veliko večja, kadar lahko polnopravno soodloča pri načrtovanju zdravljenja oziroma celotne oskrbe sladkorne bolezni. Načrt naj zajema oprijemljivo dolgo obdobje, recimo obdobje enega leta. Dogovor naj bo jasen in ga tudi zapišemo, saj skupno dogovorjeni cilji usmerjajo delovanje vseh članov tima. Del timskega načrtovanja oskrbe je tudi načrt edukacije, ki lahko poleg redne obdobne edukacije zajema tudi posebno edukacijo, recimo ob uvajanju insulinske terapije.

Usmeritev do leta 2030:

* podpirati timsko načrtovanja oskrbe v oskrbo osebe s sladkorno boleznijo.

Strukturirana edukacija in timsko načrtovanje oskrbe temeljita na strokovnih smernicah. Enakomerno dostopnost zagotavljamo s kliničnimi potmi, protokoli sodelovanja in z ustreznimi viri, ki so potrebni za edukacijo.

Vsi opisani mehanizmi so v slovenskem prostoru že prisotni, vendar še niso jasno opredeljeni, predvsem z vidika, katera od struktur zdravstvenega sistema ima nalogo, pristojnost in odgovornost za razvijanje in vpeljavo teh mehanizmov. Pogoji za edukacijo se med posameznimi ambulantami sekundarne ravni zelo razlikujejo, na primarni ravni zdravstvene oskrbe pa se edukacija sicer intenzivno vzpostavlja, vendar je pogosto še vedno zelo omejeno dostopna.

Usmeritve do leta 2030:

* razvoj strokovnih smernic, kliničnih poti in protokolov sodelovanja za strukturirano edukacijo in timsko načrtovanje oskrbe;
* podpirati in krepiti dostopnost do edukacije na primarni ravni zdravstvene oskrbe;
* ustvarjanje pogojev za učinkovito edukacijo (didaktični pripomočki, sodobni učni pripomočki, ustrezni prostori, ustrezni pristopi idr.) na vseh ravneh zdravstvene oskrbe.

Zdravnike, diplomirane medicinske sestre in druge zdravstvene strokovnjake je potrebno izobraziti in usposobiti tudi glede psiholoških veščin, veščin komunikacije ter andragoških oziroma pedagoških tehnik.

Edukacija je skupna odgovornost bolne osebe in različnih zdravstvenih strokovnjakov, pa tudi strokovnjakov drugih področij, ki delajo v zdravstvu. Samo podajanje informacij za uspešno edukacijo ni dovolj. Komunikacijske veščine in različne motivacijske tehnike ter tehnike za podporo trajnih sprememb v življenjskih navadah bolni osebi pomagajo, da podane informacije pretvori v notranjo motivacijo, načrtuje aktivnosti, jih izvaja in učinkovito upravlja z zdrsi, da torej vsakodnevno uspešno skrbi za svoje zdravje. Za kakovostno delo strokovnjakov je potrebno posebno znanje o razvoju odraslega in njegovih sposobnostih, zato sega edukacija tudi na področje andragogike. Podobno velja za edukacijo otrok in mladostnikov, kjer se upoštevajo pedagoške znanosti. Za uspešno edukacijo je potrebno stalno usposabljanje in izobraževanje, sodelovanje z drugimi strokovnjaki ter izmenjava mnenj, spremljanje lastnega dela, razvoj edukacijskih veščin, veščin o delu v skupini in v timu ter navsezadnje tudi o učinkoviti izrabi virov. To delo je izjemno naporno tudi psihično, zato je potrebno uvesti mehanizme, ki strokovnjake razbremenjujejo in preprečujejo poklicno izgorelost.



Usmeritvi do leta 2030:

* krepiti in razvijati izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih strokovnjakov v psiholoških veščinah, v veščinah komunikacije ter v andragoških oziroma pedagoških tehnikah;
* krepiti in razvijati načine za preprečevanje poklicne izgorelosti.

Ustrezno usposobljena oseba s sladkorno boleznijo, katere dejavnost je ustrezno organizirana, lahko druge osebe s sladkorno boleznijo podpira, da vztrajajo pri uspešni samooskrbi sladkorne bolezni, ter pomaga ustvarjati okolje, v katerih je življenje s sladkorno boleznijo kakovostnejše.

Vzdrževanje stalne zmožnosti osebe s sladkorno boleznijo za samooskrbo je naloga, ki presega zmožnosti zdravstvenega sistema. Posebej usposobljeni posamezniki, lahko osebe s sladkorno boleznijo ali tudi druge osebe, ki so prizadete zaradi sladkorne bolezni (bolnikovi bližnji), lahko v posebnih organiziranih oblikah nudijo drugim osebam s sladkorno boleznijo veliko oporo, čustveno, socialno ali praktično podporo. Izvajajo lahko tudi zagovorništvo za kakovostnejše življenje s sladkorno boleznijo, tako v lokalni skupnosti, z vključevanjem v druge programe za podporo samovodenju sladkorne bolezni oziroma na regijskem in nacionalnem nivoju. Zdravstveni sistem v oskrbi oseb s sladkorno boleznijo zato sodeluje z združenji oseb s sladkorno boleznijo ali z ustrezno usposobljenimi posamezniki na mnogih ravneh in na različne načine.

Usmeritvi do leta 2030:

* vzpostaviti sistem usposabljanja in organizirano delovanje za posebej usposobljene posameznike, ki imajo izkušnjo življenja s sladkorno boleznijo;
* zagotoviti sistemsko povezovanje zdravstvenega sistema in posebej za ta namen usposobljenih oseb s sladkorno boleznijo.

Bolna oseba je v skrbi za zdravje odgovorna sama sebi in zdravstvenemu sistemu. Odgovorno ravna z viri, ki so mu na razpolago. Dejavno sodeluje pri iskanju možnosti, da se razpoložljivi viri izrabljajo smotrno in učinkovito.

Odgovornost v samooskrbi pomeni, da bolna oseba ravna v skladu s pridobljenim znanjem, da uporablja priučene veščine in je visoko motivirana za sodelovanje v zdravljenju oziroma za samooskrbo v celoti, ki jo izvaja po svojih zmožnostih. Z medicinskimi pripomočki, ki jih potrebuje za samooskrbo, ravna odgovorno in skrbno.

Usmeritev do leta 2030:

* ozaveščati bolne osebe o njihovi odgovornosti za lastno zdravje.

Privzemanje zdravega načina življenja prepreči ali odloži kronične zaplete sladkorne bolezni.

Zdrav način življenja je osnova zdravljenja sladkorne bolezni. Redno gibanje izboljša presnovo, ugodno vpliva na krvni sladkor, krvni tlak in krvne maščobe ter pomaga vzdrževati primerno telesno težo. Zdrave prehranjevalne navade ugodno vplivajo na vse dejavnike tveganja za kronične zaplete sladkorne bolezni. V edukaciji o zdravem načinu življenja je nujna stalnost, sporočila morajo biti enotna in jasna na vseh ravneh in mestih edukacije, jezik enopomenski in razumljiv. Delitev nalog v edukaciji znotraj tima in med posameznimi enotami zdravstvenega sistema mora biti dogovorjena in jasna. V edukacijo o življenjskem slogu se vključujejo timi na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene oskrbe ter drugi partnerji znotraj in izven zdravstvenega sistema. Glede na razsežnost področja so dobrodošla strokovna posvetovanja s strokovnjaki s specifičnimi znanji. Za edukacijo o načinu življenja je še posebej primerna edukacija v skupini. Nekatere bolne osebe pa potrebujejo individualno svetovanje o načinu življenja, ki naj jim bo dostopno.

Usmeritve do leta 2030:

* vzpostaviti široko dostopnost do optimalne edukacije;
* zagotoviti poenoteno edukacijo o zdravem načinu življenja;
* vzpostaviti jasne klinične poti in protokole sodelovanja za edukacijo o zdravem načinu življenja;
* vzpostaviti konzultacijski sistem s strokovnjaki s specifičnimi znanji.

Spremembe načina življenja bolni osebi predstavljajo velik izziv, zato jih načrtujemo v majhnih korakih in skupaj z bolno osebo.

Ravno spremembe načina življenja so tiste, ki zahtevajo dobro načrtovano strukturirano edukacijo in pri katerih je nujno timsko načrtovanje oskrbe. Načelne cilje zastavimo dolgoročno. Hkrati pa načrtujemo izvedljive, bolni osebi in problemu prilagojene, merljive in dosegljive cilje, ki jih je možno doseči v oprijemljivo kratkem času in ki jih lahko redno spremljamo; cilje zastavimo tako, da jih bo bolna oseba vsaj v določeni meri lahko dosegla. Zdrsi so del sprememb in upravljanje z njimi izboljša uspešnost pri vzpostavljanju novih navad. Za vzdrževanje notranje motivacije so zmage nujne.

Usmeritev do leta 2030:

* usposabljati zdravstvene strokovnjake in bolne osebe v zvezi z značilnostmi procesa za doseganje trajnih sprememb.

Edukacija o posebnih zahtevah glede načina življenja je vedno potrebna ob zdravljenju z insulinom ali z zdravili, ki povečajo izločanje insulina iz trebušne slinavke.

Ta zdravila namreč lahko ob neenakomernem vnosu ogljikovih hidratov ali spremembi presnovnih procesov zaradi gibanja povzročita, da krvni sladkor pade prenizko, kar imenujemo hipoglikemija. To stanje mora bolna oseba prepoznati in pravilno ukrepati, saj se sicer lahko poglobi in privede v nevarno stanje. Bolne osebe, ki prejemajo ta zdravila, morajo zato poznati pomen enakomernega vnosa ogljikovih hidratov s hrano ali pa morajo pravilno oceniti količino in tip ogljikovih hidratov v obroku in temu prilagoditi odmerek insulina. Število oseb, ki bi potrebovale takšno edukacijo, je zelo veliko.

Usmeritve do leta 2030:

* zagotavljanje dostopnost do edukacije o posebnih vsebinah vsem osebam s sladkorno boleznijo ob začetku zdravljenja z insulinom in z zdravili, ki povečajo izločanje insulina iz trebušne slinavke;
* zagotavljanje uspešne edukacije za pridružene dejavnike tveganja, kot so čezmerna telesna teža in debelost, visok krvni tlak in krvne maščobe.

# 9. SLADKORNA BOLEZEN IN NOSEČNOST: VARUJEMO OTROKA IN MAMO

Z nosečnostjo in sladkorno boleznijo se srečamo, kadar zanosi ženska z znano sladkorno boleznijo tipa 2 ali tipa 1, lahko pa se sladkorno bolezen pojavi med nosečnostjo in izzveni po njej, kar imenujemo nosečnostna sladkorna bolezen. Sladkorno beolezn srečujemo v nosečnosti vse pogosteje, saj se ženske odločajo za nosečnost v kasnejšem obdobju, hkrati pa vedno mlajše zbolijo za sladkorno boleznijo tipa 2. Tudi debelosti, ki je zelo pomemben dejavnik za nastanek sladkorne bolezni v nosečnosti, je vse več. Pri 0,2 - 0,3% nosečnic je sladkorna bolezen prisotna pred zanositvijo, pri približno 8% nosečnic pa se pojavi sladkorna bolezen v nosečnosti; sladkorna bolezen je tako eno najpogostejših bolezenskih stanj, ki ogrožajo nosečnico in njenega otroka in povečuje tveganje za nastanek zapletov v nosečnosti in pri otroku.

Ženske s sladkorno boleznijo v rodni dobi potrebujejo skrbno obravnavo. Izhod nosečnosti s sladkorno boleznijo, ki je pri ženski prisotna pred zanositvijo, je odvisen od urejenosti krvnega sladkorja v času zanositve in v poteku nosečnosti, perinatalne in neonatalne oskrbe. Prirojene napake so še vedno vzrok obolevnosti in umrljivosti njihovih novorojenčkov, verjetnost zanje je 2 - do 3 krat večja kot v splošni populaciji, z dobro urejenostjo krvnega sladkorja pred nosečnostjo in v zgodnji nosečnosti pa je tveganje možno zmanjšati na stopnjo, ki je prisotna v splošni populaciji.

Pri nosečnicah brez znane sladkorne bolezni pred nosečnostjo pa se lahko pojavi nosečnostna sladkorna bolezen; pravočasno jo odkrijemo le z izvajanjem presejalnega testa, saj praviloma ne povzroča težav, ki bi kazale na sladkorno bolezen. Nezdravljena ali slabo zdravljena nosečnostna sladkorna bolezen povzroča pri plodu prekomerno rast in poveča tveganje za porodne poškodbe, pretežki novorojenčki pa imajo povečano tveganje za debelost in za sladkorno bolezen tipa 2 kasneje v življenju. Ženska, ki je imela nosečnostno sladkorno bolezen, ima veliko tveganje za pojav sladkorne bolezni tipa 2.

Ženska s sladkorno boleznijo v rodni dobi potrebuje vsaj enkrat letno posvet o načrtovanju nosečnosti, po potrebi nasvet o kontracepciji. Že v obdobju pred načrtovano nosečnostjo potrebuje usmerjeno edukacijo ter oskrbo, v kateri skupaj sodelujejo ženska, diabetolog, ginekolog-perinatolog, oftalmolog in diplomirana medicinska sestra s specialnimi znanji o edukaciji oseb s sladkorno boleznijo ter po potrebi še drugi strokovnjaki.

Obravnava ženske s sladkorno boleznijo v rodni dobi obsega zdravniški pregled, svetovanje primerne kontracepcije, opredelitev morebitnih kontraindikacij za nosečnost in primerno zdravljenje krvnega sladkorja; žensko opozorimo, da v nosečnosti zdravljenje z nekaterimi zdravili ni dovoljeno, na kar lahko ženske v rodni dobi dodatno opozori tudi lekarniški farmacevt. Svetovanje pred nosečnostjo in oskrba morata potekati v centru, kjer je organiziran multidisciplinarni tim, ki ima primerno znanje in izkušnje z zdravljenjem sladkorne bolezni in oskrbo nosečnic s sladkorno boleznijo. Priporočilo je, da tim letno oskrbuje vsaj 20 nosečnic s sladkorno boleznijo. Poleg zdravljenja glede krvnega sladkorja, prilagoditve zdravil za nekatera druga stanja, ki lahko škodujejo plodu, in ginekološkega vodenja je posebej pomembno redno pregledovanje in spremljanje sprememb na očesnem ozadju.

Predporodna oskrba in porod potekata na oddelku za perinatologijo, kjer imajo izkušnje z vodenjem nosečnic s sladkorno boleznijo. Na voljo mora biti ustrezno opremljen neonatalni oddelek, kjer je osebje usposobljeno za intenzivno terapijo novorojenčkov.

Usmeritve do leta 2030:

* posodabljati strokovne smernice za oskrbo žensk in nosečnic sladkorno boleznijo;
* okrepiti oziroma vzpostaviti klinične poti za obravnavo žensk s sladkorno boleznijo v rodni dobi;
* okrepiti oziroma vzpostaviti klinične poti za vodenje med nosečnostjo in ob porodu v zdravstvenem timu z ustreznimi zdravstvenimi strokovnjaki.

Pri vseh nosečnicah brez znane sladkorne bolezni izvajamo presejalne teste za odkrivanje sladkorne bolezni. Pravočasno presejane je del redne oskrbe v ginekološki ambulanti. Oskrba v nosečnosti je enaka kot pri ženskah, ki so imele sladkorno bolezen že pred nosečnostjo. Po koncu nosečnosti imajo ženske večjo verjetnost, da se pri njih pojavi sladkorna bolezen tipa 2, čemur mora slediti tudi njihova oskrba.

Zaradi možnih zapletov ob izvajanju testa je priporočljivo, da se test opravi tam, kjer imajo primerne pogoje za izvedbo testa. V primeru potrditve sladkorne bolezni v nosečnosti na presejalnem testu morajo biti nosečnice napotene k diabetologu. Perinatalna oskrba mora potekati v ginekološki ambulanti, kjer ima ginekolog pogoje in primerno znanje za spremljanje tvegane nosečnosti. Še posebej za nosečnice, ki potrebujejo zdravljenje z insulinom, je priporočeno, da skrbi tim specialistov na sekundarni ravni.

Po koncu nosečnosti oziroma dojenja ženska potrebuje diagnostiko za potrditev ali izključitev že obstoječe sladkorne bolezni tipa 2 ter nato ustrezno, zvezno obravnavo.

Usmeritve do leta 2030:

* zagotavljati posodobljene strokovne smernice za sladkorno bolezen v nosečnosti;
* krepiti in zagotavljati dostopnost in široko mrežo za izvajanje presejalnih testov za sladkorno bolezen v nosečnosti;
* okrepiti oziroma vzpostaviti klinične poti za presejalne teste in nadaljnjo oskrbo žensk s sladkorno boleznijo v nosečnosti.

Ženske s sladkorno boleznijo v nosečnosti imajo veliko tveganje, da kasneje zbolijo za sladkorno boleznijo tipa 2. Ker je tveganje verjetno podobno kot pri osebah z mejno bazalno glikemijo oziroma moteno toleranco za glukozo, je smiselno intenzivno ukrepanje na področjih krepitve zdravega načina življenja, še posebej zdrave prehrane, gibanja in skrbi za telesno težo, ter pravočasna diagnostika za zgodnje odkrivanje sladkorne bolezni tipa 2.

Življenje s sladkorno boleznijo v nosečnosti je zahtevno, osnovni cilj zdravljenja je jasen in časovno relativno kratek. Glede na rezultate diagnostičnih preiskav po koncu nosečnosti oziroma po koncu dojenja ženske potrebujejo ustrezno oskrbo, predvsem pa ponovno umeščanje, kaj takšno stanje v nosečnosti pomeni za njeno nadaljnje življenje in znanje, razumevanje in veščine, kako lahko sama v zvezi s tem ukrepa. Še posebej je pomembno, da razume razlike v normalnih vrednostih krvnega sladkorja med nosečnostjo in izven nosečnosti.

Obravnavo vodi tim družinske medicine. Glede na vlogo žensk v družinskem življenju so lahko ženske, ki so imele sladkorno bolezen v nosečnosti in imajo ustrezno zdravstveno pismenost, zagovorniki zdravega načina življenja v svoji družini in pri bližnjih.

Ob trdnih dokazih, da je pristop vseživljenjske perspektive (life-course approach) pomemben glede razvoja debelosti in njenih posledic, je treba preprečevati debelost pri ženskah v rodni dobi, preprečevati čezmerno povečanje telesne teže med nosečnostjo in spodbujati dojenje. Vedenje družine, prehrana po odstavitvi, ustrezna telesna dejavnost in uporaba novih metod razširjanja informacij lahko pomagajo zmanjšati vpliv otroške debelosti.

Usmeritvi do leta 2030:

* vzpostaviti klinične poti in protokole sodelovanja za preglede in oskrbo žensk s sladkorno boleznijo med nosečnostjo in po porodu, vključno s pravočasno ponovno laboratorijsko diagnostiko;
* krepiti in zagotavljati zdravstveno pismenost žensk in podporo procesu opolnomočenja za uspešno vodenje dejavnikov tveganja za sladkorno bolezen tipa 2 ter za krepitev zdravja v svoji družini in pri bližnjih.

# 10. OBVLADOVANJE SLADKORNE BOLEZNI PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKIH JE NALOŽBA ZA PRIHODNOST DRUŽBE

Sladkorna bolezen pri otrocih, mladostnicah, mladostnikih in mladih odraslih se zelo razlikuje od enake bolezni v odrasli populaciji. V Sloveniji ima v starostni skupini pod 25 let približno 95% ljudi s sladkorno boleznijo sladkorno bolezen tip 1 in le 5% ljudi sladkorno bolezen tip 2. Pomembno je dejstvo, da pogostnost sladkorne bolezni tip 1 v tej starostni skupini zadnja desetletja narašča kar za približno 4% letno, kar pomeni, da imamo na vsakih 10 let dobrih 40% več mladih ljudi s sladkorno boleznijo tip 1. Pogostnost sladkorne bolezni tip 1 žal najhitreje narašča v predšolski populaciji. Zaradi nezdravega načina življenja in debelosti pa postopno med mladimi narašča tudi pogostnost sladkorne bolezni tip 2, čeprav je Slovenija ena redkih držav, kjer se je trend telesne teže v otroštvu in mladostništvu obrnil in se delež čezmerno težkih posameznikov zmanjšuje. Zgoden začetek sladkorne bolezni pri otrocih, mladostnicah, mladostnikih in mladih odraslih pomeni, da je ta skupina še posebej ogrožena za zgodnji razvoj kroničnih zapletov sladkorne bolezni, ki poleg znanega povečanja tveganja za srčno-žilne bolezni, okvare očesnega ozadja, ledvic in živčevja obsegajo tudi povečano tveganje za zmanjšanje kognitivne funkcije in trajno okvaro možganovine, zato morata biti obravnava in zdravljenje te skupine resnično najboljša. Ob tem je posebej pomembno, da mladim ljudem s sladkorno boleznijo omogočimo povsem enakopravno uvrstitev med njihove vrstnike, pri čemer mora poleg družine sodelovati tudi predšolsko oziroma šolsko okolje.

Sladkorne bolezni tipa 1 je pri otrocih, mladostnicah, mladostnikih in mladih odraslih vedno več, zato oskrbo prilagajamo odraščanju. Moderna tehnologija, ki je v zadnjem desetletju izjemno napredovala, olajša zdravljenje bolezni in podpira bolj kakovostno življenje.

Po zadnjih podatkih je v Sloveniji pogostnost sladkorne bolezni tip 1 v tej starostni skupini 16,1 / 100.000 prebivalcev letno, kar nas uvršča med druge srednjeevropske države, kjer je pogostnost primerljiva ali nekoliko večja. Bolezen je najpogostejša v obdobju pubertetnega razvoja, v zadnjih letih pa poudarjeno narašča v predšolskem obdobju. Ker je vzrok propada beta celic trebušne slinavke večinoma pogojen z avtoimunskimi mehanizmi, bolezni zaenkrat ne znamo preprečiti ali ozdraviti. Natančno nadomeščanje insulina ob stalnem in rednem določanju krvnega sladkorja ostaja edini način zdravljenja, hiter razvoj tehnologije pa zdravljenje zelo olajša.

Neozdravljiva kronična bolezen predstavlja za odraščajočo osebo, ki šele razvija svojo samopodobo in hkrati išče svoj položaj med vrstniki in v družbi, posebej težaven izziv. Zato je pri zdravljenju sladkorne bolezni bistveno, da z jasno strukturiranim in natančno opredeljenim edukacijskim programom dosežemo samostojnost mladega človeka s sladkorno boleznijo in njegove družine. Predšolski otrok, mladostnica in mladostnik potrebujejo stalno oporo tako v družinskem kot v varstvenem oziroma šolskem okolju, zato je v poteku edukacije potrebno povabiti k sodelovanje kar najširši krog predstavnikov vseh okolij, v katerih mlad človek živi in se razvija.

Obravnava mlade osebe s sladkorno boleznijo tip 1 je vedno timska. V timu sodelujejo zdravnik pediater diabetolog, diplomirana medicinska sestra s posebnimi znanji, dietetik, psiholog, medicinska sestra in po potrebi socialni delavec in drugi specialisti. Mlada oseba s sladkorno boleznijo in njena/njegova družina s timom enakopravno sodelujejo in v procesu edukacije soodločajo pri sprejemanju za posameznika najprimernejšega pristopa k vodenju sladkorne bolezni. Z rastjo in razvojem mlade osebe s sladkorno boleznijo je potrebno strategijo vodenja bolezni dinamično prilagajati novim okoliščinam, predvsem spremembam v domačem ali šolskem okolju. Po zaključenem šolanju je potrebno mlado odraslo osebo s sladkorno boleznijo pripraviti na prehod v okolje internistične diabetologije, pri čemer mora prejeti dovolj potrebnih informacij, da lahko sama svobodno sprejme odločitev o času prehoda in izbere svojega novega diabetologa oziroma diabetologinjo in njegov/njen tim.

Pri uspešnem vodenju sladkorne bolezni je ključna uporaba sodobne tehnologije. Multicentrične randomizirane kontrolirane klinične raziskave so pokazale, da uporaba inzulinskih črpalk in senzorjev za neprekinjeno merjenje glukoze, še posebej, kadar sta med seboj povezana, klinično pomembno izboljša urejenost sladkorne bolezni, ob tem pa se bistveno zmanjša pogostnost nevarnega znižanja sladkorja v krvi – hipoglikemije. Poleg tega so podatki iz raziskav pokazali, da uporaba te tehnologije bistveno izboljša kvaliteto življenja mladih ljudi s sladkorno boleznijo in njihovih družin. Zato je potrebno zagotoviti dostopnost kvalitetne tehnologije vsem mladim osebam s sladkorno boleznijo.

Ob strmem naraščanju pogostnosti sladkorne bolezni tip 1 pri mladih in ob vse bolj zahtevnem vodenju le-te s pomočjo sodobne tehnologije, je v Sloveniji potrebno skladno z objavljenimi svetovnim smernicami zagotoviti nadaljevanje obravnave mladih oseb s sladkorno boleznijo v specializiranem centru, ki ima dovolj številčne time, da lahko zagotovi stalno in visoko kvalitetno sodelovanje z mlado osebo s sladkorno boleznijo, njegovo/njeno družino, varstvenim ali šolskim okoljem in širšim družbenim okoljem. Ob tem je potrebno zagotoviti tudi stalno sledenje kakovosti z mednarodno primerljivimi kazalniki, hkrati pa izvajati tudi znanstveno raziskovalno ter pedagoško delo, ki sta predpogoj za razvoj stroke in za vzdrževanje visoke strokovne ravni.

Usmeritve do leta 2030:

* zagotavljati nepretrganost obravnave mladih oseb s sladkorno boleznijo tip 1 skladno z mednarodno sprejetimi strokovni smernicami in po starosti prilagojenih kliničnih poteh;
* osveževati slovenske strokovne smernic s poudarkom na mladih bolnikih s sladkorno boleznijo;
* zagotavljati dostopnost kakovostne sodobne tehnologije za vse mlade osebe s sladkorno boleznijo tip 1;
* zagotavljati dovolj številčne time v specializiranem centru za vodenje mladih oseb s sladkorno boleznijo;
* zagotavljati strokovno izobraževanje vzgojiteljev in učiteljev, ki se pri svojem delu srečajo z otrokom, mladostnico ali mladostnikom s sladkorno boleznijo.

Sladkorno bolezen tip 2 pri otrocih, mladostnicah, mladostnikih in mladih odraslih moramo odkriti zgodaj. S strukturiranim ukrepanjem lahko odložimo njen ponoven pojav ali jo celo preprečimo.

Z naraščanjem debelosti, zmanjševanjem telesne dejavnosti in nezdravim načinom prehranjevanja, ki temelji na pretiranem vnosu cenenih ogljikohidratnih živil, je med mladimi začela naraščati tudi pogostnost sladkorne bolezni tip 2. Debeli otroci imajo 4-krat večje tveganje za razvoj sladkorne bolezni tipa 2 že po starosti 25 let v primerjavi z otroki z indeksom telesne mase v normalnem območju, kot je potrdila velika kohortna raziskava v Veliki Britaniji. Brez ukrepanja prihaja do številnih zapletov. Debeli otroci imajo povečano tveganje za razvoj sladkorne bolezni, 3-krat večje tveganje za visok krvni tlak, 5-krat za srčno-žilne bolezni in tudi za rakava obolenja. Ni pomembna le debelost oziroma indeks telesne mase, ampak tudi delež trebušnega (visceralnega) maščevja, ki je lahko včasih povečan tudi pri otrocih z nezdravim načinom življenja, čeprav morda ni povečane telesne mase. Pogosto se zdravstvene težave začnejo pojavljati že pred odraslo dobo.

Obširne primerjalne raziskave so v državah, ki imajo visoko pogostnost sladkorne bolezni tip 2 med mladimi, pokazale, da se populacija mladih s sladkorno boleznijo tip 2 bistveno razlikuje od populacije mladih s sladkorno boleznijo tip 1. Sladkorna bolezen tip 2 se pogosteje pojavlja v socialno šibkejših družinah, kjer imajo starši nižjo stopnjo izobrazbe, manjši zaslužek in živijo v slabšem življenjskem okolju. Zato lahko sladkorno bolezen tip 2 pri mladih uvrstimo med socialne bolezni sodobne družbe. Poleg nezdravega načina življenja in socialnega okolja pa igra pri razvoju sladkorne bolezni tip 2 pomembno vlogo tudi genetska nagnjenost, ki je v slovenski populaciji po doslej dosegljivih podatkih še vedno nizka.

Za sladkorno bolezen tip 2 pri mladih je značilen postopen razvoj bolezni, ki se začne z obdobjem povečane odpornosti telesnih tkiv na delovanje inzulina, to preide v obdobje motene tolerance za glukozo, iz tega stanja pa se lahko razvije sladkorna bolezen tipa 2. Pomembno je vedeti, da je v katerem koli od navedenih obdobij s spremembo načina življenja mogoče razvoj sladkorne bolezni tip 2 pri mladih preprečiti, oziroma jo morda celo prepreči. Če ukrepanje ni uspešno, sladkorna bolezen tip 2 pri mladih vodi v zelo zgoden pojav zapletov, predvsem na očesnem ozadju, ledvicah in živčevju. Na Japonskem so kar pri 35% mladih ob odkritju sladkorne bolezni tip 2 ugotovili kronične spremembe na očesnem ozadju, kar seveda pomeni, da je bila bolezen odkrita prepozno. Razvoj sladkorne bolezni tip 2 tudi pri mladih pogosto spremljajo previsok krvni tlak, visoke maščobe v krvi in druge spremljajoče bolezni, zato je z zdravljenjem vseh teh stanj treba začeti takoj, ko jih prepoznamo.

V Sloveniji poteka selektivno presejalno testiranje vseh mladih, ki izpolnjujejo kriterij za debelost (indeks telesne mase več kot 2 standardna odklona od sredine za starost oziroma nad 93-to percentilno krivuljo), z izvajanjem starosti prilagojenega oralnega tolerančnega testa za glukozo. Tako lahko pravočasno odkrijemo vse stopnje na poti razvoja sladkorne bolezni tip 2.

Obravnava in zdravljenje sladkorne bolezni tip 2 pri mladih osebah se bistveno razlikuje od vodenja sladkorne bolezni tip 1. Vedno se najprej poizkuša s spremembo življenjskega sloga, pri kateri pomembno sodeluje psiholog z vedenjskimi in motivacijskimi pristopi na ravni celotne družine, ključen pa je tudi dietetik. Uspeh spremembe življenjskega sloga z znižanjem telesne teže v normalno območje morda lahko v celoti ozdravi razvijajočo se sladkorno bolezen tip 2. Žal je zaradi posebnega družbeno-socialnega okolja to uvodno zdravljenje pogosto neuspešno, zato moramo v zdravljenje uvesti zdravila, najprej zdravila, ki jih uživamo preko ust, in ko njihov učinek popusti, inzulin.

Usmeritve do leta 2030:

* vzdrževati redno selektivno presejanje mlade populacije, ogrožene za nastanek sladkorne bolezni tip 2;
* vzdrževati timsko obravnavo mladih oseb s sladkorno boleznijo skladno z mednarodno sprejetimi smernicami in po starosti prilagojenih kliničnih poteh;
* posodabljati slovenske strokovne smernice;
* zagotoviti dovolj številčne time v specializiranem centru za vodenje mladih oseb s sladkorno boleznijo;
* uveljavljati ukrepe za krepitev zdravja pri mladih osebah;
* zagotoviti dostopnost do pripomočkov za merjenje krvnega sladkorja doma;
* zagotoviti sodobna zdravila za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 vsem mladim osebam že v najbolj zgodnji fazi razvoja bolezni.

Preprečevanje debelosti pri otrocih, mladostnicah, mladostnikih in mladih odraslih potrebuje sodelovanje celotne družbe.

Naraščanje debelosti pri mladih predstavlja eno največjih grožene sodobnim družbam, tudi v smislu ekonomskega in splošnega družbenega razvoja, saj so longitudinalne sledilne raziskave pokazale, da debelost v obdobju otroštva in mladostništva, neodvisno od kasnejše telesne teže, že v začetku tretje dekade življenja povzroči razvoj bolezni srca in ožilja, poleg tega pa poškoduje skelet, moti razvoj mlade osebe in bistveno okvari njegovo samopodobo. Morda prav psihološke posledice debelosti, ki izrazito motijo razvoj osebnosti in samopodobe mlade osebe, dolgoročno naredijo največ škode. Sočasno z naraščanjem pogostnosti debelosti pa pri mladih narašča tudi pogostnost motenj hranjenja in prehranjevanja, ki jih je potrebno prepoznati in ustrezno obravnavati.

Debelost pri otrocih in mladostnikih je povezana s številnim zapleti v poznejšem življenju, tudi s sladkorno boleznijo tipa 2. Med otroci z izrazitimi težavami s čezmerno težo zaznamo zgodnje oblike motenj v presnovi ogljikovih hidratov že pri tretjini otrok in skoraj polovici mladostnikov. Sladkorno bolezen in debelost lahko preprečimo z ustreznim ravnanjem že od zgodnjega otroštva naprej.

V Sloveniji smo razvili dobro organizirano mrežo primarne pediatrije, ki ob rednih sistematskih pregledih in ob splošnem sledenju mlade populacije zgodaj zazna čezmerno prehranjenost in debelost. V letu 2019 poteka prvo leto implementacije projekta Družinska obravnava debelosti pri otroku in mladotniku.

Izven zdravstva in delno v zdravstvu pa obstaja množina razpršenih in nepovezanih dejavnosti, namenjena krepitvi zdravja otrok in mladostnikov. Nov koncept delovanja centrov za krepitev zdravja, ki predstavljajo nadgrajene zdravstvenovzgojne centre, je usmerjen v sistematično povezovanje vseh dejavnosti krepitve zdravja otrok, mladostnikov in njihovih družin. Tudi skupnostni pristop k zdravju (to pomeni, da skupnost prepoznava, zagotavlja in usklajuje dejavnosti za ohranjanje in krepitev zdravja ter za zmanjševanje neenakosti v zdravju), ki ga v skupnostih soustvarjajo zdravstveni dom, občina, in ostali akterji v lokalni skupnosti, vključno s šolstvom, se izvaja s posebnim poudarkom na populaciji najmlajših. Takšen pristop omogoča, da se zdravstveni strokovnjaki, zaposleni na primarni ravni zdravstvenega varstva in na področju javnega zdravja, povezujejo z drugimi akterji v skupnosti kot pobudniki aktivnosti za zdravje, ter sooblikujejo in podpirajo pobude drugih akterjev, hkrati pa da so prejemniki storitev, torej otroci, mladostniki in njihove družine, soudeleženi pri kreiranju pristopov, ukrepov in aktivnosti. Na ta način je možna obravnava otrok in mladostnikov s tveganjem vedenjem za pojav čezmerne telesne teže skupaj z obravnavo družine in to v okolju, kjer živijo, se šolajo in delajo.

Programi za preprečevanje sladkorne bolezni in izobraževalni programi in pobude delujejo za odpravo neenakosti v zdravju v populacijah z visokim tveganjem in ranljivih skupinah. Programi se nanašajo na specifične skupine na različnih lokacijah v državi.

Še vedno pa je nujno tudi obširnejše raziskovalno delo, ki bo privedlo do kvalitetnih nacionalnih podatkov, na podlagi katerih bo mogoče izvesti dodatne analize in sprejemati smernice za nadaljnji razvoj ukrepov na tem področju.

Uspešen program za preprečevanje čezmerne prehranjenosti in debelosti pri mladi populaciji presega celo najbolje organiziran zdravstveni sistem. Nujno je sodelovanje šolskega sistema na vseh ravneh, sodelovanje strokovnjakov za telesno dejavnost, sodelovanje strokovnjakov za medije in končno usklajeno sodelovanje celotne družbe, ki mora za celostno dejavnost sprejeti tudi ustrezne zakonske podlage in izvedbene akte. Slovenija na tem področju od leta 2015 izvaja ReNPPTDZ 2015-2025, ki sistematično z ukrepi in aktivnostmi naslavlja vsa omenjena področja.

Usmeritve do leta 2030:

* zagotoviti dovolj številčne in ustrezno usposobljene time za obravnavo debelosti na ravni primarne pediatrije, skladno z mednarodnimi smernicami;
* vzpostaviti redno raziskovalno dejavnost na področju življenjskih navad, prehranskih navad, gibalnih navad in s tem povezane obolevnosti pri mladi populaciji;
* razviti starosti primerne programe za povečanje telesne dejavnosti in športa pri mladih, tako v okviru šolskega pouka kot izven njega;
* zagotoviti izvajanje ukrepov za preprečevanje čezmerne prehranjenosti in debelosti pri mladih;
* sprejeti in uveljaviti prepoved reklamiranja neprimerne in nezdrave hrane in pijače za mlado populacijo;
* sprejeti in uveljaviti prepoved ponujanja in prodaje neprimerne in nezdrave hrane in pijače v vseh javnih ustanovah, kjer se zadržujejo mladi (vrtci, šole, fakultete, zdravstvene ustanove, športni objekti, …);
* podpirati razvoj in krepitev dejavnosti centrov za krepitev zdravja, z delovanjem na nacionalni ravni in v lokalnih okoljih;
* podpirati ukrepe in aktivnosti ReNPPTDZ 2015-2025, ki so usmerjene v otroke, mladostnike in družine.

# 11. SPREMLJANJE KAKOVOSTI JE OSNOVA ZA STALNO IZBOLJŠEVANJE OSKRBE

Kakovost oskrbe spremljamo na ravni posamezne bolne osebe, posamezne enote zdravstvenega sistema, ki sodeluje v oskrbi, posameznega območja oziroma regije in tudi na nacionalni ravni. Spremljanje kakovosti na ravni posamezne osebe s sladkorno boleznijo pomaga pri oceni dolgoročnejše oskrbe, pri pripravi letnega poročila in načrtovanju oskrbe. Na ravni posamezne enote zdravstvenega sistema spremljanje kakovosti omogoča vrednotenje učinkovitosti oskrbe in uvedenih vsebinskih in organizacijskih sprememb. Na območni oziroma regijski ravni omogoča primerjavo izidov oskrbe med posameznimi enotami ter zagotavlja povratno informacijo izvajalcem zdravstvene oskrbe, ki služi kot podlaga za načrtovanje izboljšav. Na nacionalni ravni s spremljanjem kakovosti lahko načrtujemo sistemske spremembe, kjer so potrebne, in ocenjujemo njihovo učinkovitost. Podatki za nekatere kazalnike o kakovosti oskrbe v zvezi s sladkorno boleznijo omogočajo tudi mednarodno primerljivost. Izboljševanje oskrbe je zapleten proces, zato ga je potrebno spremljati po pristopu načrtuj-izvajaj-analiziraj-prilagodi načrt (plan-do-study-act).

Spremljanje kakovosti oskrbe oseb s sladkorno boleznijo je vgrajeno v zdravstveni sistem.

Spremljanje kakovosti temelji na standardiziranem elektronskem zapisu zdravstvenih podatkov z uporabo informacijske in komunikacijske tehnologije. Zajema vse bolne osebe in vse enote zdravstvenega sistema, ki nudijo zdravstveno oskrbo oseb s sladkorno boleznijo. Zajem podatkov mora biti del celovitega informacijskega sistema, sistem dokumentiranja in povratne informacije enoten, podatki pa pravočasnodosegljivi na različnih ravneh zdravstvenega varstva in v različnih enotah. Poseben izziv predstavlja vključevanje podatkov iz socialno-varstvenih ustanov in sistema medicine dela in športa. Sistem mora omogočati identifikacijo oseb, ki so izpadle iz kliničnih poti. Omogoča naj spremljanje oskrbe na vsaki ravni klinične poti. Ena od aplikacij elektronskega zapisa medicinskih podatkov je lahko tudi register ali druga zbirka zdravstvenih podatkov oseb s sladkorno boleznijo.

Upravljanje kakovosti in varnosti v zdravstvu v Sloveniji ni urejeno; niso jasno opredeljeni nosilci upravljanja kakovosti in varnosti na nacionalni ravni in na ravni posameznih zdravstvenih organizacij, obstoječi viri so nezadostni, postopki spremljanja in vrednotenja niso ustrezno dokumentirani in razširjeni, kultura kakovosti in varnosti še ni vzpostavljena. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016-2025 »Skupaj za družbo zdravja« (v nadaljnjem besedilu: ReNPZV16-25) zato npr. predvideva spremembo zakonodaje, posodobitev nabora kazalnikov ter posodobitev sistema spremljanja varnosti in kakovosti.

Usmeritev do leta 2030:

* vključiti spremljanje kakovosti oskrbe sladkorne bolezni v vse aktivnosti, ki bodo potekale na podlagi načrtovanih aktivnosti ReNPZV16-25.

Potrebni so enotni kriteriji kakovosti.

Izbrani kazalniki kakovosti naj odražajo doseganje ciljev zdravljenja glede krvnega sladkorja, tlaka in maščob ter prisotnost kroničnih zapletov sladkorne bolezni. Med kriterije kakovosti pa je treba vključiti tudi primerno število strukturnih (npr. število ustrezno usposobljenih strokovnjakov) in procesnih kazalnikov (kazalniki dostopnosti, varnosti in učinkovitosti), kazalnikov izida (vmesnih izidov, npr. delež HbA1c ali končnih izidov, npr. prisotnost diabetične retinopatije) in kazalnikov uravnoteženosti sistema (npr. enakomerna dostopnost do vseh edukacijskih programov). Strukturne in procesne kazalnike za sladkorno bolezen je možno izpeljati iz standardov organizacije oskrbe, kazalnike izida pa iz strokovnih smernic.

*Pojasnilo: Standardi za organizacijo oskrbe sladkorne bolezni*

*Standard 1. Beleženje kliničnih informacij*

*Ključne klinične informacije vseh bolnih oseb se v skladu z zakonskimi podlagami beležijo na takšen način, da beleženje podpira kakovostno oskrbo posamezne osebe, omogočajo načrtovanje in spremljanje izvajanja oskrbe na nivoju izvajalca zdravstvene dejavnosti ter zunanjo presojo.*

*Standard 2. Usklajena obravnava med ravnmi, med strokami in znotraj tima*

*Različni zdravstveni strokovnjaki imajo dostop do individualiziranega načrta oskrbe, ki je usklajen z bolno osebo. Skupni cilji so jasno zapisani in dostopni vsem članom tima. Dostopnost do načrta oskrbe omogoča timsko delo, nepretrgano oskrbo in konzistentnost med strokovnjaki. Strukturiran program oskrbe ima jasno določeno:*

* + *vsebino oskrbe in procese oskrbe, ki temeljijo na strokovnih smernicah in protokolih,*
	+ *delitev oskrbe med ravnmi zdravstvene dejavnosti, med strokami in med poklicnimi skupinami tako, da je določeno, kateri zdravstveni strokovnjak je odgovoren za izvajanje specifičnega vidika oskrbe,*
	+ *kriterije za napotitve in*
	+ *način za izmenjavo informacij.*

*Standard 3. Oseba z boleznijo je aktivno vključena v sprejemanje odločitev o oskrbi*

*Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo enako dostopnost do informacij in multidisciplinarnih strukturiranih edukacijskih programov, ki so prilagojeni potrebam, željam ter lastnostim posameznika.*

*Standard 4: Večfaktorsko zdravljenje*

*Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo izmerjeno in dokumentirano meritev HbA1c, kadar je to potrebno za vodenje in spremljanje zdravljenja.*

*Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo izmerjeno in dokumentirano meritev krvnega tlaka, kadar je to potrebno za vodenje in spremljanje zdravljenja.*

*Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo izmerjeno in dokumentirano določitev krvnih maščob, kadar je to potrebno za vodenje in spremljanje zdravljenja.*

*Standard 5: Bolezni srca in žilja*

*Vse osebe, ki imajo pridružene težave oziroma simptome oziroma znake s področja bolezni srca in žilja, so po lokalno dogovorjeni klinični poti v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli ustrezno napotene k specialistu za nadaljevanje vodenja in zdravljenja.*

*Standard 6: Oči*

*Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo po lokalno dogovorjeni klinični poti dostop do rednega presejanja za diabetično retinopatijo in so v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli ustrezno napotene k okulistu za nadaljevanje vodenja in zdravljenja.*

*Standard 7: Noga*

*Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo po lokalno dogovorjeni klinični poti, ki zagotavlja interdisciplinarno obravnavo, dostop do rednega presejanja za diabetično nogo in so v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli ustrezno napotene k ustreznim specialistom za nadaljevanje vodenja in zdravljenja.*

*Standard 8: Ledvice*

*Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo po lokalno dogovorjeni klinični poti dostop do rednega presejanja za diabetično ledvično bolezen in so v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli ustrezno napotene k specialistu za nadaljevanje vodenja in zdravljenja.*

*Standard 9: Akutna stanja*

*Vse osebe s sladkorno boleznijo in akutnim stanjem, povezanim s sladkorno boleznijo (huda hipoglikemija, diabetična ketoacidoza in diabetični aketotični hiperosmolarni sindrom) ali zaradi drugega akutnega stanja imajo po lokalno dogovorjeni klinični poti hiter dostop do obravnave in zdravljenja v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli. Ob zaključku zdravljenja akutnega stanja so po lokalno dogovorjeni klinični poti aktivno usmerjene v redno obravnavo sladkorne bolezni s poudarkom na preprečevanju ponovitve akutnega stanja.*

*Standard 10. Letno poročilo o stanju bolezni, načrtovani in izredni pregledi*

*Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo izdelano letno poročilo o stanju bolezni, ki vključuje načrt zdravljenja ter imajo glede na stanje bolezni dostop do načrtovanih in izrednih pregledov. Pregledi so namenjeni spremljanju uspešnosti zdravljenja, ukrepanju, kadar je to potrebno, ter podpori zdravemu načinu življenja.*

*Vir: Vir: http://endodiab.si/priporocila/smernice-za-vodenje-sladkorne-bolezni/*

*Pojasnilo: Kriteriji kakovosti, ki se spremljajo v ambulantah družinske medicine in so specifični za sladkorno bolezen*

* *vzpostavitev registra - lokalne baze zdravstvenih podatkov vseh oseb s sladkorno boleznijo*
* *delež oseb s sladkorno boleznijo, ki so imele vsaj enkrat letno določen HbA1c*
* *delež oseb s sladkorno boleznijo, ki so imele vsaj enkrat letno opravljen pregled stopal*
* *delež oseb s sladkorno boleznijo z izmerjeno vrednostjo glikiranega hemoglobina 7% ali manj.*

*Vir: Katedra za družinsko medicino, MF Ljubljana.*

Usmeritev do leta 2030:

* oblikovati enotne kriterije kakovosti in jih povezati z mehanizmi za stalno izboljševanje oskrbe.

Zakonske osnove morajo podpirati spremljanje kakovosti oskrbe.

Sistem mora zagotavljati zanesljivo identifikacijo osebe, varovanje osebnih podatkov ter zanesljivo zaščito pred zlorabo.

Usmeritve do leta 2030:

* podpirati vzpostavitev ustrezne zakonske podlage, v skladu z aktivnostmi ReNPZV16-25.

# 12. ORGANIZACIJA OSKRBE OSEBE S SLADKORNO BOLEZNIJO ZAJEMA VSE RAVNI ZDRAVSTVA IN SEGA TUDI IZVEN ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

MZ je odgovorno za razvoj, izvajanje in spremljanje strategij zdravstvenega sistema, med katere spada tudi obvladovanje sladkorne bolezni. MZ bo zato oblikovalo delovno telo, ki bo spremljalo in vzpodbujalo dejavnosti za izvajanje NPOSB 2020-2030 na nacionalni ravni. Organizacija oskrbe se med regijami Slovenije še vedno razlikuje. Za izvajanje začrtanih aktivnosti na regijskih in lokalnih ravneh bo potrebno ustanoviti območne delovne skupine, ki bodo delovale kot koordinativna telesa z določenimi odgovornostmi in pristojnostmi (kot strukturni element zdravstvenega sistema) oziroma zagotoviti procese za usklajevanje in povezovanje vseh dejavnosti za obvladovanje sladkorne bolezni, Odločitev bo dogovorna in sporazumna odločitev vseh partnerjev na območni ravni, predvsem pa bolnišnic, zdravstvenih domov in območnih enot Nacionalnega inštituta za javno zdravje, lokalnih društev oseb s sladkorno boleznijo in bo smiselno povezana z vzpostavljanjem skupnostnega pristopa za zdravje, kjer si odgovornost delijo zdravstveni domovi in občine. V taki skupini oziroma v takšnem procesu morajo biti zastopani zdravniki družinske medicine, diabetologi, diplomirane medicinske sestre primarne in sekundarne ravni zdravstvenega varstva, lekarniški in klinični farmacevti ter društva bolnih oseb, z njo pa sodelujejo tudi drugi različni profili, ki se dejavno vključujejo v organizacijo oskrbe, kot so patronažna služba, ambulante medicine dela in športa, šolska medicina, ginekologi, domovi za starejše občane in druge socialno varstvene ustanove, vrtci, šole in fakultete, mediji in drugi. S staranjem prebivalstva se veča tudi potreba povezovanju z drugimi sektorji, predvsem s socialnim varstvom z namenom zagotavljanja dolgotrajne oskrbe.

Oskrba oseb s sladkorno boleznijo je naloga zdravstvenega sistema. Delitev dela in tudi povezovanje ter usklajevanje med ravnmi zdravstvenega sistema je dogovorna in mora biti jasno določena. Način financiranja mora vzpodbujati učinkovito in racionalno oskrbo na vseh ravneh zdravstvenega varstva.

Pomembna je usklajenost oskrbe med ravnmi zdravstvenega sistema. Predpogoj je natančno dogovorjena delitev dela in tudi usklajevanje ter povezovanje z vzpostavljenimi mehanizmi, ki vzpostavljajo naloge, pristojnosti in odgovornosti za izvajanje dogovorjenega. Mreža primarne, sekundarne in terciarne zdravstvene dejavnosti naj omogoča kakovostno, varno in enako dostopno oskrbo vsem osebam s sladkorno boleznijo. Izrabljanje virov naj bo odgovorno, smotrno in učinkovito in naj temelji na povezovanju dejavnosti.

Usmeritve do leta 2030:

* krepiti in zagotavljati zdravstvene time za oskrbo oseb s sladkorno boleznijo na vseh ravneh zdravstvenega varstva;
* opredeliti vsebine in obseg dela zdravstvenih timov na posamezni ravni zdravstvenega varstva;
* opredeliti komunikacijske poti med posameznimi organizacijskimi strukturami in posameznimi funkcionalnimi interdisciplinarnimi zdravstvenimi timi na primarni in sekundarni ravni ter opredeliti povezavo s terciarno ravnijo zdravstvene dejavnosti in zapisati dogovorjeno v klinične poti in protokole sodelovanja;
* razviti model financiranja primarne, sekundarne in terciarne ravni zdravstvene dejavnosti, ki bo omogočal in vzpodbujal kakovostno, smotrno in učinkovito oskrbo.

Oskrbo osebe s sladkorno boleznijo izvaja zdravstveni tim, ki vključuje zdravnika, diplomirano medicinsko sestro s posebnimi znanji in druge profile, ne glede na to, za katero raven zdravstvene oskrbe gre. Bolna oseba je enakopraven član tima in soustvarja skupen načrt oskrbe.

V zdravstvene time na primarni ravni zdravstvene dejavnosti naj se povezujejo vsi družinski zdravniki in diplomirane ter srednje medicinske sestre primarne ravni. Gre za vzpostavljanje funkcionalnih timov, torej timov, kjer se člani povezujejo zaradi komplementarnosti svojih znanj in veščin in nikakor ne sme voditi v razslojevanje zdravstva primarne zdravstvene dejavnosti. Družinski zdravnik tudi ob izvajanju oskrbe osebe s sladkorno boleznijo še vedno ohranja celosten pogled na posameznika, ki vključuje tudi druga obolenja in stanja. Zdravstvene time na sekundarni ravni (diabetološke time) je potrebno okrepiti ter razširiti z drugimi strokovnjaki kot so prehranski svetovalci (dietetiki), strokovnjaki za diabetično nogo, psihologi in drugi. Bolne osebe je potrebno sistematično in organizirano vključevati kot enakopravne člane zdravstvenega tima.

Usmeritve do leta 2030:

* nadgrajevati in krepiti zdravstvene time na primarni ravni zdravstvene dejavnosti;
* prepoznati tiste potrebe in pogoje za celostno, kakovostno oskrbo oseb s sladkorno boleznijo na primarni ravni zdravstvenega varstva, ki jih obstoječa organizacija oskrbe še ne naslavlja;
* zagotoviti vire za celostno, kakovostno oskrbo oseb s sladkorno boleznijo na primarni ravni zdravstvenega varstva;
* zagotoviti stalno usposabljanje zdravnikov družinske medicine in medicinskih sester na primarni ravni zdravstvene dejavnosti;
* vzpostaviti funkcionalne povezave med vsemi člani zdravstvenega tima na primarni ravni;
* vzpostaviti komunikacijske in konzultacijske poti med timi družinske medicine in zdravstvenimi timi na sekundarni ravni, ki so del kliničnih poti in protokolov sodelovanja;
* nadgraditi in krepiti komunikacijske poti med zdravniki družinske medicine in lekarniškimi farmacevti oziroma farmacevti svetovalci ter jih zapisati v protokolih sodelovanja;
* okrepiti funkcionalnost zdravstvenih timov na sekundarni ravni in jih razširiti z drugimi strokovnjaki;
* vzpodbujati vključevanje bolnih oseb v zdravstvene time na vseh ravneh zdravstvenega varstva.

Organizacija celovite oskrbe naj zajema vse elemente kompleksne oskrbe.

Organizacija celovite oskrbe zajema učinkovito zdravljenje previsokega krvnega sladkorja, tlaka in maščob, zgodnje odkrivanje zapletov sladkorne bolezni, omogoča takojšnje in intenzivno zdravljenje zapletov ter zagotavlja razvoj vseh rehabilitacijskih potencialov. Organizacija oskrbe povezuje del zdravstvenega sistema, ki izvaja oskrbo kronične bolezni, in del zdravstvenega sistema, ki je namenjen zdravljenju akutnih stanj. Organizacija oskrbe omogoča spremljanje učinkovitosti zdravljenja in zagotavlja kakovostno oskrbo.

 *Pojasnilo: Standardi za organizacijo oskrbe sladkorne bolezni (prirejeno po strokovnih smernicah za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 2016)*

 *Standard 1. Beleženje kliničnih informacij*

 *Ključne klinične informacije vseh oseb s sladkorno boleznijo se v skladu z zakonskimi podlagami beležijo na takšen način, da beleženje podpira kakovostno oskrbo posamezne osebe s sladkorno boleznijo, omogočajo načrtovanje in spremljanje izvajanja oskrbe na nivoju izvajalca zdravstvene dejavnosti ter zunanjo presojo.*

 *Standard 2. Usklajena obravnava med ravnmi, med strokami in znotraj tima*

 *Različni zdravstveni strokovnjaki imajo dostop do individualiziranega načrta oskrbe, ki je usklajen z bolno osebo. Skupni cilji so jasno zapisani in dostopni vsem članom tima. Dostopnost do načrta oskrbe omogoča timsko delo, nepretrgano oskrbo in konzistentnost med strokovnjaki. Strukturiran program oskrbe ima jasno določeno:*

* *vsebino oskrbe in procese oskrbe, ki temeljijo na strokovnih smernicah in protokolih,*
* *delitev oskrbe in povezovanje med ravnmi zdravstvene dejavnosti, med strokami in*
* *med poklicnimi skupinami tako, da je določeno, kateri zdravstveni strokovnjak je odgovoren za izvajanje specifičnega vidika oskrbe,*
* *kriterije za napotitve in*
* *način za izmenjavo informacij.*

 *Standard 3. Oseba z boleznijo je aktivno vključena v sprejemanje odločitev o oskrbi*

 *Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo enako dostopnost do informacij in multidisciplinarnih strukturiranih edukacijskih programov, ki so prilagojeni potrebam, željam ter lastnostim posameznika.*

 *Standard 4: Večfaktorsko zdravljenje*

 *Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo izmerjeno in dokumentirano meritev HbA1c, kadar je to potrebno za vodenje in spremljanje zdravljenja.*

 *Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo izmerjeno in dokumentirano meritev krvnega tlaka, kadar je to potrebno za vodenje in spremljanje zdravljenja.*

 *Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo izmerjeno in dokumentirano določitev krvnih maščob, kadar je to potrebno za vodenje in spremljanje zdravljenja.*

 *Standard 5: Bolezni srca in žilja*

 *Vse osebe, ki imajo pridružene težave oziroma simptome oziroma znake s področja bolezni srca in žilja, so po lokalno dogovorjeni klinični poti v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli ustrezno napoteni k specialistu za nadaljevanje vodenja in zdravljenja.*

 *Standard 6: Oči*

 *Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo po lokalno dogovorjeni klinični poti dostop do rednega presejanja za diabetično retinopatijo in so v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli sodelovanja ustrezno napoteni k okulistu za nadaljevanje vodenja in zdravljenja.*

 *Standard 7: Noga*

 *Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo po lokalno dogovorjeni klinični poti, ki zagotavlja interdisciplinarno obravnavo, dostop do rednega presejanja za*

 *diabetično nogo in so v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli*

 *sodelovanja ustrezno napoteni k ustreznim specialistom za nadaljevanje vodenja in*

 *zdravljenja.*

 *Standard 8: Ledvice*

 *Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo po lokalno dogovorjeni klinični poti dostop do rednega presejanja za diabetično ledvično bolezen in so v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli sodelovanja ustrezno napoteni k specialistu za nadaljevanje vodenja in zdravljenja.*

 *Standard 9: Akutna stanja*

 *Vse osebe s sladkorno boleznijo in akutnim stanjem, povezanim s sladkorno boleznijo (huda hipoglikemija, diabetična ketoacidoza in diabetični aketotični hiperosmolarni sindrom) ali zaradi drugega akutnega stanja imajo po lokalno dogovorjeni klinični poti hiter dostop do obravnave in zdravljenja v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli sodelovanja. Ob zaključku zdravljenja akutnega stanja so po lokalno dogovorjeni klinični poti aktivno usmerjeni v redno obravnavo sladkorne bolezni s poudarkom na preprečevanju ponovitve akutnega stanja.*

 *Standard 10. Letno poročilo o stanju bolezni, načrtovani in izredni pregledi*

 *Vse osebe s sladkorno boleznijo imajo izdelano letno poročilo o stanju bolezni, ki vključuje načrt zdravljenja ter imajo glede na stanje bolezni dostop do načrtovanih in izrednih pregledov. Pregledi so namenjeni spremljanju uspešnosti zdravljenja, ukrepanju, kadar je to potrebno, ter podpori zdravemu načinu življenja.*

 *Vir: http://endodiab.si/priporocila/smernice-za-vodenje-sladkorne-bolezni/*

Usmeritev do leta 2030:

* vzpostaviti organizacijske oblike, ki bodo zagotavljale usklajevanje in povezovanje vseh elementov celovite oskrbe.

Oskrba oseb s sladkorno boleznijo je glede porabe finančnih, človeških in drugih virov zelo zahtevna. Skrb za učinkovito uporabo virov je nujna za vzdržnost javnega zdravstvenega sistema.

Iskanje učinkovitejših in inovativnih organizacijskih oblik in drugih ukrepov za izboljšanje učinkovitosti obravnave naj bo eno od osnovnih vodil v razvoju in spreminjanju organiziranosti oskrbe.

Usmeritev do leta 2030:

* uveljaviti načelo učinkovitosti kot pomemben element pri spreminjanju obstoječe organizacije oskrbe osebe s sladkorno boleznijo.

Oseba s sladkorno boleznijo je lahko zaradi svoje bolezni v neenakopravnem položaju. Zdravstveni sistem naj se zato poveže z drugimi ključnimi deležniki v družbi za zagotavljanje večje socialne varnosti oseb s sladkorno boleznijo.

Oseba s sladkorno boleznijo je enakovredna osebam brez sladkorne bolezni. Sladkorna bolezen tako ne bi smela biti sama po sebi omejujoč dejavnik pri šolanju, pri izbiri poklica, zaposlovanju, udeležbi v prometu in v drugih okoliščinah.

Usmeritve do leta 2030:

* vzpostaviti učinkovito sodelovanje z dejavnostjo medicine dela in športa;
* prepoznati ključne deležnike in procese v družbi za zagotavljanje enakopravnosti oseb s sladkorno boleznijo in vzpostaviti sodelovanje;
* preprečevati in zmanjševati stigmatizacijo in diskriminacijo oseb s sladkorno boleznijo.

V Sloveniji obstajajo lokalne razlike v organiziranosti oskrbe oseb s sladkorno boleznijo.

Lokalne razlike v organiziranosti oskrbe so pogosto zgodovinsko pogojene in mnoge med njimi zagotavljajo zelo dobro oskrbo. Pri uveljavljanju sprememb v organiziranosti je zato pomembno izhajati iz obstoječega stanja ter spremembe uveljavljati pazljivo in s posebno skrbjo ohranjati tiste elemente, ki zagotavljajo kakovostno oskrbo. Projekt referenčnih ambulant družinske medicine, ki je bil namenjen krepitvi dejavnosti družinske medicine, je privedel do strukturnih sprememb v organizaciji oskrbe v timu družinske medicine. Proaktivnost družinske medicine v skrbi za zdravje populacije krepi proces vzpostavljanja centrov za krepitev zdravja. S temi spremembami smo bližje enotnejši organiziranosti oskrbe sladkorne bolezni, razlike med regijami pa še vedno vztrajajo. Osnovni elementi organizacije oskrbe naj bodo določeni dogovorno in na nacionalni ravni, pri uvajanju v lokalnih okoljih pa naj se ohrani občutljivost za lokalne pogoje, še sploh, kadar ti podpirajo kakovost oskrbe.

Usmeritev do leta 2030:

* uvesti čim bolj enotno in hkrati lokalnim pogojem prilagojeno in čimbolj učinkovito, dostopno in varno oskrbo.

Zdravstveni sistem mora zagotavljati dostopnost, pretočnost in oskrbo, ki temelji na strokovnih smernicah.

Klinične poti, ki temeljijo na strokovnih smernicah, z jasnimi algoritmi in kriteriji za odločanje, ter vzpostavljeni protokoli sodelovanja zagotavljajo enakomerno dostopnost do oskrbe in vzdržujejo pretočnost sistema. Zdravstvene informacije o bolni osebi morajo biti pravočasno dostopne zdravstvenim strokovnjakom na vseh ravneh zdravstvenega varstva, za celovito oskrbo sladkorne bolezni pa je nujna tudi dobra komunikacija med zdravstvenimi strokovnjaki na vseh ravneh zdravstvenega sistema in vzpostavitev konzultacijskih poti. K zagotavljanju enakosti v oskrbi prispevajo koordinatorji oskrbe, v zapletenejših situacijah pa osebam s sladkorno boleznijo in njihovim bližnjim pri usklajevanju oskrbe različnih potreb pomaga koordinator primera.

Usmeritve do leta 2030:

* pripraviti strokovne smernice za področja, kjer jih še ni;
* razviti in vzpostaviti klinične poti in protokole sodelovanja, ki hkrati z zagotavljanjem strokovnosti omogočajo tudi pretočnost sistema;
* nadgraditi in krepiti komunikacijske poti za prenos zdravstvenih podatkov o bolnih osebah;
* nadgraditi komunikacijske in konzultacijske poti, ki povezujejo zdravstvene strokovnjake;
* vzpostaviti sistem komunikacijskih poti med zdravstvenim strokovnjakom in osebo s sladkorno boleznijo s pomočjo novih tehnoloških orodij, npr. s pomočjo telemedicine;
* vzpostavljati oziroma krepiti dejavnost koordinatorja oskrbe in koordinatorja primera.

Oskrba oseb s sladkorno boleznijo je kompleksna, vseživljenjska in namenjena velikemu številu posameznikov, zato zahteva povezovanje partnerjev znotraj in zunaj zdravstvenega sistema.

Partnerji, ki lahko bistveno prispevajo k celoviti oskrbi so predvsem organizacije medicine dela in športa ter socialno varstvene ustanove, kot tudi združenja bolnih oseb in druge nevladne organizacije. V okviru zagotavljanja dolgotrajne oskrbe bo potrebno razviti modele skupnostnih oblik dolgotrajne oskrbe na področju dolgotrajne oskrbe in osebne asistence.

Usmeritve do leta 2030:

* prepoznati partnerje, ki lahko sodelujejo v oskrbi oseb s sladkorno boleznijo in so izven zdravstvenega sistema;
* vzpostaviti povezave med zdravstvenim sistemom in partnerji, ki delujejo izven zdravstva;
* podpirati aktivnosti in ukrepe, ki jih za področje dolgotrajne oskrbe do leta 2025 predvideva ReNPZV16-25 ter dejavno sodelovati z drugimi partnerji na tem področju tudi po letu 2025.

Za usklajevanje oskrbe na območnih, regijskih oziroma lokalnih ravneh bo potrebno določiti strukture oziroma procese, v katerih bodo poleg zdravstvenih strokovnjakov vključeni tudi predstavniki oseb s sladkorno boleznijo.

Izdelati je potrebno sistem za spremljanje in usklajevanje oskrbe znotraj posameznih območij, regij oziroma lokalnih skupnosti.

Usmeritev do leta 2030:

* vzpostaviti strukturo ali zagotoviti procese za usklajevanje in povezovanje oskrbe oseb s sladkorno boleznijo na posameznem območju.

# 13. SLADKORNA BOLEZEN OD ROJSTVA DO POZNE STAROSTI

Oseba s sladkorno boleznijo je tekom življenja vključena v različna okolja. Otrok s sladkorno boleznijo obiskuje vrtec in šolo, v oskrbo je takrat pomembno vključena njegova družina. Na otroke v tem obdobju lahko vpliva tudi sladkorna bolezen, ki jo ima kateri od staršev ali drugih bližnjih. Z večanjem pojavljanja sladkorne bolezni tipa 2 med delovno aktivno populacijo je potrebno tudi prilagajanje delovnega okolja obolelim, z namenom preprečevanja sladkorne bolezni in drugih kroničnih bolezni pa tudi prilagajanje delovnega okolja za zdrave v smislu krepitve zdravja. Povečuje se tudi število žensk v rodni dobi, ki imajo sladkorno bolezen, ali pa se pri njih sladkorna bolezen pojavi med nosečnostjo. Takrat ima sladkorna bolezen vpliv na posameznico, njeno družino in tudi na otroka. Na življenje posameznikov ključno vpliva kakovost življenja v domačem okolju – v družini, širši socialni mreži in v lokalni skupnosti, kar predstavlja dodaten izziv za obvladovanje sladkorne bolezni v smislu čim bolj kakovostnega življenja. Tretje življenjsko obdobje pogosto spremlja prevrednotenje vrednot in izbir posameznika, hkrati pa večje tveganje za pojav več kroničnih stanj in obolenj hkrati. Sladkorna bolezen, pa če je takrat že dolgoletna spremljevalka ali na novo nastala kronična bolezen, je zato pogosto le eno stanj, kakovost življenja pa je v vse večji meri odvisna od funkcionalne sposobnosti posameznika in od njegove socialne mreže.

Vsi ukrepi in aktivnosti, ki jih načrtujemo in izvajamo, naj imajo za končen rezultat kakovostno življenja ljudi s sladkorno boleznijo. Sladkorna bolezen jih spremlja skozi različna življenjska obdobja in okoliščine in tako kot se spreminja življenje, se spreminja tudi odnos do sladkorne bolezni. Le takšni ukrepi in aktivnosti, ki so senzibilno naravnani in nagovarjajo tudi posebne značilnosti različnih življenjskih obdobij, lahko privedejo do resničnega izboljšanja kakovosti življenja.

Usmeritvi do leta 2030:

* razvijati in krepiti ukrepe in aktivnosti na področju obvladovanja sladkorne bolezni, ki bodo posebej usmerjeni v različna življenjska obdobja;
* krepitev kapacitet za delo z ranljivimi skupinami ter krepitev partnerstev z lokalnimi skupnostmi, nevladnimi organizacijami, vzgojno-izobraževalnimi organizacijami in socialnim varstvom.

Rezultati kažejo, da zdravje ljudi v delovno aktivnem obdobju ni dobro, še posebej pri moških. Zdravi ljudje, ki delajo, predstavljajo tudi temelj ekonomskega razvoja Slovenije. Potrebni so drugačni pristopi za krepitev zdravja, zgodnjo diagnostiko in kakovostno oskrbo, ki je prilagojena njihovim potrebam in zmožnostim, vključno s krepitvijo zdravja na delovnem mestu.

Živimo v obdobju, ko so prisotne večje obremenitve zaposlenih, pomanjkanje prostega časa, stres, prezentizem (nekoriščenje bolniškega staleža v primeru bolezni), veliko število bolniških odsotnosti z dela, spremenjeni in zaostreni so pogoji dela. Takšne okoliščine zahtevajo drugačne pristope pri zagotavljanju zdravja in varnosti pri delu, z ustreznimi ukrepi na področju zdravja in varstva pri delu.

Zakonodaja že obvezuje delodajalce, da načrtujejo in izvajajo promocijo zdravja na delovnem mestu. Programi promocije zdravja na delovnem mestu so v Sloveniji komplementarni z ukrepi za zagotovitev varnosti in zdravja delavcev ter drugih oseb, ki so navzoče v delovnem procesu, vključno s preprečevanjem, odpravljanjem in obvladovanjem nevarnosti in poškodb pri delu, obveščanjem in usposabljanjem delavcev, z ustrezno organiziranostjo in potrebnimi materialnimi sredstvi, kakor predpisuje zakon. Pomembno mesto na tem področju imajo specialisti medicine dela. K temu lahko pomembno prispevajo tudi socialni partnerji.

Aktivnosti v okoljih, kjer ljudje delajo, ni mogoče zagotoviti zgolj v okviru javnih služb, saj morajo doseči vsakega posameznika v njegovem lokalnem okolju. Nevladne in neprofitne organizacije lahko pomembno prispevajo k dostopnosti do kakovostnih programov ozaveščanja o zdravem načinu življenja in zagotavljajo pogoje za zdrave izbire. Pri tem je ključno, da tovrstne programe spremljamo z vidika kakovosti in učinkovitosti in da izvajalcem zagotavljamo strokovno pomoč pri njihovem načrtovanju. Smernice za preventivne programe v delovnem okolju so pomemben doprinos k razvoju kakovostnih ukrepov v delovnem okolju.

Usmeritev do leta 2030:

* podpora pri razvoju ukrepov in aktivnosti, ki jih za področje ohranjanja zdravja delovno aktivne populacije predvideva ReNPZV16-25 z vidika sladkorne bolezni, še posebej krepitev kapacitet ter krepitev partnerstev z delovnimi organizacijami.

# 14. RAZISKOVANJE V ZVEZI Z OBVLADOVANJEM SLADKORNE BOLEZNI SEGA NA MNOGA PODROČJA, ZATO JE POTREBNO STALNO SODELOVANJE

Raziskovalna dejavnost na področju obvladovanja sladkorne bolezni vključuje raziskovanje tako na področju preprečevanja sladkorne bolezni kot oskrbe oseb s sladkorno boleznijo. Izvaja se na vseh ravneh zdravstvenega varstva in tudi zunaj zdravstva in lahko vključuje raziskave s področja javnega zdravja, zdravstvene ekonomike, kakovosti, organizacije oskrbe, fiziologije, zdravil in medicinskih pripomočkov, vedenja ter zadovoljstva oseb s sladkorno boleznijo.

Kompleksnost ukrepov v obvladovanju sladkorne bolezni zahteva interdisciplinarno raziskovanje, torej je nujno stalno povezovanje in sodelovanje raziskovalnih skupin in ustanov, tako naravoslovnih kot družboslovnih znanosti.

Usmeritve do leta 2030:

* zagotoviti in vzpodbujati pregledno povezovanje različnih partnerjev v raziskovalni dejavnosti na področju obvladovanja sladkorne bolezni;
* podpreti koordinacijo raziskovanja na bazični ravni, ki proučuje bolezenske procese na ravni bolezenskih mehanizmov;
* razširiti obstoječo raziskovalno dejavnost na področju sladkorne bolezni z raziskavami npr. na področju epidemiologije, o učinkovitosti ukrepanja za preprečevanje sladkorne bolezni tipa 2 na populacijski in individualni ravni in za preprečevanje sladkorne bolezni tipa 2 pri osebah z velikim tveganjem zanjo ter na področju znanosti o izboljšavah v organizaciji oskrbe;
* izvajati redne socialno epidemiološke raziskave vedenjskih in okoljskih dejavnikov tveganja, povezanih s sladkorno boleznijo;
* zagotoviti integracijo in analize podatkov, vključno z diagnozo zdravja skupnosti, z namenom, da se prepozna/opredeli potrebe prebivalstva in skupine z večjim tveganjem ter spremlja napredek pri doseganju ciljev;
* mapiranje neenakosti v zdravju na področju sladkorne bolezni;
* zagotoviti raziskovalno dejavnost na področjih, kjer ta še ni razvita, kot na primer na področju učinkovitosti edukacije, vrednotenja organizacijskih ukrepov, zdravstvene ekonomike in podobno.

Zagotavljanje virov za raziskave je pogosto pomanjkljivo, čeprav so zahteve za raziskovalno odličnost velike.

Raziskave se pogosto izvajajo na običajnih kliničnih oddelkih, zdravstveni strokovnjaki za to delo nimajo na voljo vnaprej dodeljenega časa, rednega dodatnega izobraževanje o dobri klinični praksi v raziskovanju ni, financiranje kliničnega raziskovalnega dela je nepregledno in neurejeno. Raziskovanje pogosto temelji na iznajdljivosti raziskovalne ekipe.

Akademske, to je od farmacevtskih družb neodvisne raziskave, se financirajo iz državnih sredstev, mednarodnih projektov EU in iz drugih povezav z raziskovalnimi institucijami iz tujine, lahko so podprte s strani akademskih združenj ali pa gre za projekte, ki jih financirajo javni zavodi sami. V Sloveniji še slabo uveljavljena je tudi možnost financiranja iz dobrodelnih sredstev.

Usmeritvi do leta 2030:

* vključevati raziskovalno dejavnosti v redno klinično delo, zagotoviti pogoje za raziskovanje vključno s stimulativnim financiranjem;
* vzpostaviti pomoč pri zagotavljanju takšnega financiranja, ki omogoča kontinuiteto raziskovalnega dela.

Osebe s sladkorno boleznijo so pomembni partnerji v raziskovalni dejavnosti.

Ozaveščanje oseb s sladkorno boleznijo o pomenu raziskovalne dejavnosti na različnih ravneh in z različnih vidikov raziskovanja je nujno.

Usmeritev do leta 2030:

* okrepiti obveščenost oseb s sladkorno boleznijo o pomenu raziskovalne dejavnosti

Izsledki raziskovalne dejavnosti morajo biti čim prej preneseni v prakso, predvsem takrat, kadar omogočajo boljše preprečevanje in prepoznavanje sladkorne bolezni ter bolj kakovostno in učinkovitejšo obravnavo sladkorne bolezni.

Usmeritev do leta 2030:

* vzpostaviti translacijsko raziskovanje, ki omogoča, de se razvoj znanja hitro prenese v vsakodnevno prakso.

# 15. IZOBRAŽEVANJE IN USPOSABLJANJE STROKOVNJAKOV, KI DELAJO V ZDRAVSTVU, OMOGOČA UČINKOVITEJŠE OBVLADOVANJE SLADKORNE BOLEZNI, PODPORA OSEBAM S SLADKORNO BOLEZNIJO ZA TA NAMEN USTREZNO USPOSOBLJENIH DRUGIH OSEB S SLADKORNO BOLEZNIJO PA LAŽJE ŽIVLJENJE

V oskrbi osebe s sladkorno boleznijo se prepleta delo zdravnikov različnih specialnosti, medicinskih sester, lekarniških farmacevtov, glede na zapletenost obravnave pa lahko k boljši oskrbi doprinesejo tudi fizioterapevti, psihologi, dietetiki, kineziologi in drugi strokovnjaki, ki po osnovni izobrazbi niso zdravstveno izobraženi. Tudi posamezniki s sladkorno boleznijo (in njihovi bližnji oziroma drugi, ki jih je sladkorna bolezen prizadela) če so za to ustrezno usposobljeni in je njihova dejavnost ustrezno organizirana, lahko pripomorejo k lažjemu življenju s sladkorno boleznijo.

Vsi strokovnjaki, ki delajo v zdravstvu in so vključeni v oskrbo sladkorne bolezni, potrebujejo specifična znanja s področja sladkorne bolezni, ki jih je potrebno neprestano nadgrajevati.

Glede na razvoj pristopov za oskrbo sladkorne bolezni se bodo naloge in vloge posameznih zdravstvenih strokovnjakov spreminjale in širile na druga področja (npr. delo v timu, priprava in upoštevanje kliničnih poti in protokolov sodelovanja, izdelava načrta obravnave z aktivnim sodelovanjem bolne osebe, koordinator oskrbe, koordinator primera, usposabljanje za krepitev zdravstvene pismenosti, podpora procesu opolnomočenja), zato je potrebno prevetriti in prilagoditi učne načrte dosedanjih dodiplomskih, podiplomskih in funkcionalnih izobraževanj in usposabljanj, vzpostaviti inovativnejše oblike usposabljanja za pridobivanje ustreznih kompetenc (npr. mentorstvo) ter fleksibilizirati stalno podiplomsko izobraževanje glede na predvidene in spreminjajoče se naloge in vlogo v zdravstvu. Strokovnjaki brez zdravstvene izobrazbe, ki se vključujejo v delo v zdravstvu, prav tako potrebujejo dodatna usposabljanja (npr. za preprečevanje patologizacije običajnih človeških stanj).

Usmeritve do leta 2030:

* nadgraditi obstoječe dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev na vseh področjih medicine, ki so ključna za obvladovanje sladkorne bolezni, z vsebinami s celotnega področja obvladovanja sladkorne bolezni in drugimi znanji, ki so nujna za npr. timsko delo, povezovanje in komunikacijo s strokovnjaki izven tima in za krepitev zdravstvene pismenosti in podporo procesu opolnomočenja osebe za uspešno samovodenje sladkorne bolezni;
* vzpostaviti modernejše oblike stalnega podiplomskega usposabljanja, tudi npr. z vzpostavljanjem mentorske mreže;
* umestiti specializacijo iz diabetologije v podiplomsko izobraževanje zdravnikov internistov;
* vzpostaviti in krepiti podiplomsko izobraževanje diplomiranih medicinskih sester za izvajanje edukacije v različnih delovnih okoljih (npr. družinska medicina, center za krepitev zdravja, patronažna služba, diabetološki tim) ter krepiti mentorsko mrežo in vlogo mentorja v stalnem usposabljanju;
* nadgraditi usposabljanje patronažnih medicinskih sester za področje sladkorne bolezni;
* zagotoviti izobraževanje osebja v socialno varstvenih ustanovah o sladkorni bolezni;
* nadgraditi dodiplomsko, podiplomsko in funkcionalno izobraževanje za dietetike (prehranske svetovalce) z izobraževanjem in usposabljanjem o vsebinah, ki so pomembne za oskrbo sladkorne bolezni in hkrati okrepiti funkcionalna izobraževanja vseh zdravstvenih strokovnjakov za področje nutricionistike;
* vzpostaviti nove in okrepiti obstoječe programe izobraževanja za strokovnjake, ki sodelujejo v oskrbi stopal oseb s sladkorno boleznijo in okrepiti funkcionalna izobraževanja vseh zdravstvenih strokovnjakov in drugih profilov, ki sodelujejo v oskrbi diabetične noge;
* v dodiplomskem, podiplomskem in funkcionalnem izobraževanju drugih strokovnjakov okrepiti izobraževanje o sladkorni bolezni (npr. za klinične psihologe, socialne delavce, fizioterapevte, delovne terapevte).

Poseben pomen za lažje življenje osebe s sladkorno boleznijo lahko imajo ustrezno usposobljeni posamezniki s sladkorno boleznijo (in njihovi bližnji oziroma drugi, ki jih je sladkorna bolezen prizadela), če so za to ustrezno usposobljeni in je njihova dejavnost ustrezno organizirana. Tudi druge osebe brez medicinske izobrazbe, npr. bolnikovi bližnji, vzgojiteljice, učitelji in drugi lahko izboljšajo življenje oseb s sladkorno boleznijo, še posebej, če so za to posebej usposobljene.

Ljudje, ki imajo svojo lastno izkušnjo bolezni, bodisi da je to bolna oseba sama ali nekdo od njegovih bližnjih so lahko velik vir energije za podporo (v NPOSB 2010-2020 poimenovani laični svetovalci (peer support), pri čemer poimenovanje ni bilo najbolje izbrano, zato ga v tem strateškem dokumentu prilagajamo). Ljudje s podobnimi izkušnjami lahko delijo znanje in izkušnje, vključno z nekaterimi, ki jih mnogi zdravstveni strokovnjaki nimajo. Podpora se nanaša na praktične, socialne in čustvene vidike. V obdobju 2010-2020 so bila pripravljena temeljna gradiva in regulativne podlage za usposabljanje teh posameznikov in predlog organizacije usposabljanja, delovanja in spremljanja njihove dejavnosti.

Posebej usposobljeni posameznik s sladkorno boleznijo lahko vpliva na vedenje posameznika z delovanjem v različnih kontekstih: pomaga vzpostaviti (lokalno) okolje, ki je prijazno gibanju, zdravemu prehranjevanju; vključuje se v obstoječe programe v zdravstvu (npr. v Centrih za krepitev zdravja), skupnosti ali na delovnem mestu; deluje lahko v skupini, v svoji soseščini; podporo lahko nudi družini ali pa drugi bolni osebi. Pomaga lahko tudi na nacionalnem nivoju v razvoju bolj učinkovitega zdravstvenega sistema, seveda z vidika osebe s sladkorno boleznijo.

Njihova vloga je zgolj in samo zagotavljanje podpore, nikakor pa ne dajanje navodil ali mnenj, ki sodijo v področje zdravstvenih strokovnjakov. Ustrezno usposobljen posameznik v takšni funkciji torej razume, da ni psiholog, psihiater, dietetik, fizioterapevt, lekarniški farmacevt, zdravnik niti medicinska sestra.

Vloga posebej usposobljenih posameznikov s sladkorno boleznijo je torej, da dopolnjuje in krepi druge zdravstvene storitve tako, da ustvarja vzpodbudno čustveno, socialno okolje ter nudi praktično pomoč, ki je potrebna za vodenje bolezni in ohranjanje zdravja. Ker pa gre za nove odnose z zdravstvom in v zdravju, je potrebno natančno nadaljnje spremljanje in raziskovanje dejanskih učinkov, kar naj bo tudi podlaga za nadaljnje sprotno učenje o funkciji in nalogah teh posebej usposobljenih posameznikov. Takšna oblika sodelovanja je nova, v različnih družbenih kontekstih in v različnih lokalnih okoljih so sprejemljive različnim oblike podpore, zato je delovanje in nadgrajevanje vloge in nalog posebej usposobljenih posameznikov s sladkorno boleznijo potrebno lokalno prikrojiti.

Pri usposabljanju oseb, ki so osebi s sladkorno boleznijo bližnje, ali pa so vzgojitelji, učitelji otroka s sladkorno boleznijo, ali podobno, je zadržkov manj, saj se z edukacijo vsakega takšnega posameznika posebej ukvarja tisti zdravstveni tim, ki vodi oskrbo sladkorne bolezni pri tem posamezniku, in ki tudi v dogovoru določi vlogo in naloge takšnega posameznika.

Usmeritve do leta 2030:

* vzpostaviti in nadgrajevati sistem za posebej usposobljene posameznike s sladkorno boleznijo, ki bodo v podporo drugim osebam s sladkorno boleznijo preko sodelovanja v zdravstvenih timih, v društvih oseb s sladkorno boleznijo in na druge načine, ter organizirati njihovo delovanje tako, da je vzpostavljeno stalno spremljanje učinkov in prilagajanje usposabljanja in organiziranosti delovanja;
* vzpostaviti izobraževanje za druge osebe brez medicinske izobrazbe, ki lahko pomembno pripomorejo k boljši oskrbi oseb s sladkorno boleznijo (npr. bolnikovi bližnji, vzgojiteljice, učitelji v osnovnih in srednjih šolah in drugi).

# 16. ZDRUŽENJA OSEB S SLADKORNO BOLEZNIJO IN DRUGE NEVLADNE ORGANIZACIJE IMAJO POMEMBNO VLOGO V OBVLADOVANJU SLADKORNE BOLEZNI

Skladno s Strategijo Vlade RS za sodelovanje z nevladnimi organizacijami so že vse od leta 2003 združenja oseb z boleznimi in druge nevladne organizacije, ki lahko zaradi svojih interesov in načina delovanja pomembno prispevajo k obvladovanju sladkorne bolezni in k spodbujanju zdravega načina življenja nasploh, pomemben partner pri oblikovanju in izvajanju nacionalnih strategij. Zveza društev diabetikov Slovenije je bila eden od iniciatorjev priprave NPOSB 2010-2020 ter proaktiven partner med njegovim izvajanjem. Oblike organiziranosti in delovanja nevladnih organizacij so različne (npr. društva oziroma zveze). Področje njihovega delovanja je predvsem vzpodbujanje zdravega načina življenja, dejavna in stalna opora osebam s sladkorno boleznijo tipa 2 in tipa 1, pomoč pri izobraževanju in ozaveščanju oseb s sladkorno boleznijo, njihovih svojcev in bližnjih ter oseb z večjo verjetnostjo, da se pri njih razvije sladkorna bolezen tipa 2, zastopajo pa tudi interese oseb s sladkorno boleznijo.

Za osebe s sladkorno boleznijo poteka več programov v organizaciji društev oseb s sladkorno boleznijo in drugih nevladnih organizacij. Najbolj razširjene oblike so predavanja in delavnice o zdravem načinu življenja, o samovodenju sladkorne bolezni in o samooskrbi, o novostih in novih pristopih v zdravljenju sladkorne bolezni, pregledovanju nog, šola hujšanja, demonstracije sestave in priprave zdrave uravnotežene hrane v skladu s smernicami za zdravo prehrano ter delavnice in druge dejavnosti za povečanje fizične aktivnosti, premagovanje stresa, ter tekmovanje iz znanja o sladkorni bolezni v osnovnih in srednjih šolah itd.. Izvajajo se v sodelovanju z zdravstvenimi in drugimi strokovnjaki.

Poseben pomen za lažje življenje s sladkorno boleznijo lahko imajo tudi posamezniki s sladkorno boleznijo (in njihovi bližnji oziroma drugi, ki jih je sladkorna bolezen prizadela), če so za to ustrezno usposobljeni in je njihova dejavnost ustrezno organizirana. Več o tej temi v poglavju o usposabljanju.

Združenja oseb s sladkorno boleznijo in druge nevladne organizacije lahko pomembno prispevajo k vse življenjskemu izobraževanju in ozaveščanju oseb o samooskrbi sladkorne bolezni.

Usmeritve do leta 2030:

* okrepiti, nadgraditi in posodobiti dejavnosti izobraževanja in ozaveščanja oseb s sladkorno boleznijo ter jih razširiti v vsa društva in druge nevladne organizacije, ki sodelujejo pri izobraževanju in ozaveščanju oseb s sladkorno boleznijo;
* povečati število različnih zdravstvenih in drugih strokovnjakov, ki sodelujejo z društvi in drugimi nevladnimi organizacijami in jih ustrezno usposobiti;
* določiti standarde za kakovostno izvedbo dejavnosti društev ter zagotavljati stalne vire sredstev za njihovo izvajanje;
* povečati število oseb s sladkorno boleznijo, ki bi se aktivno vključevale v društva in njihove dejavnosti;
* vzpostaviti in krepiti organizirano medsebojno pomoč in podporo;
* vzpodbujati zavzetost in odgovornost oseb s sladkorno boleznijo v skrbi za lastno zdravje;
* v dejavnostih društev zagotoviti uporabo modernejših metod in pristopov npr. z uporabo informacijske tehnologije.

Združenja oseb s sladkorno boleznijo in druge nevladne organizacije vzpodbujajo zdrav načina življenja ter izobražujejo in osveščajo o načinih, kako sladkorno bolezen tipa 2 preprečiti oziroma odložiti na poznejše življenjsko obdobje. Dejavnosti so namenjene tako osebam z večjo verjetnostjo, da se pri njih razvije sladkorna bolezen tipa 2 kot splošni populaciji.

Združenja oseb s sladkorno boleznijo v svoje dejavnosti vabijo in vključujejo tudi osebe, ki nimajo sladkorne bolezni. Poleg tega organizirajo tudi druge dejavnosti, kot so na primer tekmovanje iz znanja o sladkorni bolezni v osnovnih in srednjih šolah in seminarje za učitelje mentorje, ki pomagajo učencem in dijakom pri pripravi na tekmovanje. Takšna tekmovanja so pomembna tako z vidika ozaveščanja kot z vidika destigmatizacije oseb s sladkorno boleznijo med otroki in mladimi.

Usmeritve do leta 2030:

* povečati število oseb brez sladkorne bolezni, ki bi se aktivno vključili v društva in njihove dejavnosti;
* vzpostaviti nove oblike delovanja z uporabo informacijske tehnologije;
* aktivno povezovanje nevladnih organizacij in sodelovanje pri vseh nacionalnih ali lokalnih dejavnostih za krepitev zdravja, npr. preko vključevanja v dejavnosti Centra za krepitev zdravja.

Združenja oseb s sladkorno boleznijo izdajajo publikacije, ki so dosegljive osebam s sladkorno boleznijo in tudi širšemu krogu bralcev. Uporabljajo tudi informacijsko tehnologijo in moderne pristope.

Takšne publikacije so na primer revija Sladkorna bolezen, izobraževalna gradiva za osebe s sladkorno boleznijo, njihove svojce in bližnje ter za splošno populacijo, brošure in zgibanke, ki poglobljeno obravnavajo posamezne pomembne teme za preprečevanje in zdravljenje sladkorne bolezni in njenih zapletov s poudarkom na zdravem načinu življenja, brošure, ki seznanjajo širšo skupnost o sladkorni bolezni in o ukrepih za zmanjšanje tveganja za njen nastanek. Pomembno orodje komunikacije društev bolnikov z javnostmi je tudi spletna stran Zveze društev sladkornih bolnikov.

Usmeritve do leta 2030:

* povečati obseg revije Sladkorna bolezen in jo vsebinsko oplemenititi, povečati njeno naklado ter prepoznavnost v javnosti;
* okrepiti izdajanje izobraževalnih gradiv;
* okrepiti uporabo spletnih strani in drugih sodobnih pristopov ter informacijsko tehnologijo.

Združenja oseb s sladkorno boleznijo in druge nevladne organizacije zastopajo interese oseb s sladkorno boleznijo.

Nevladne organizacije sodelujejo z MZ, Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije in drugimi zdravstvenimi zavarovalnicami ter z zdravstvenimi organizacijami na primarni, sekundarni in terciarni ravni pri organizaciji zdravstvene mreže za oskrbo oseb s sladkorno boleznijo, pri zagotavljanju zdravil, medicinskih pripomočkov in edukacije za optimalno oskrbo in samooskrbo sladkorne bolezni. S tem sodelujejo pri sistemskem izboljševanju oskrbe oseb s sladkorno boleznijo ter pripomorejo k učinkovitejši izrabi virov.

Zveza društev diabetikov kot zastopnica oseb s sladkorno boleznijo sodeluje pri sprejemanju predpisov in standardov oskrbe oseb s sladkorno boleznijo. Zveza s svojimi društvi sodeluje z MZ, zdravstvenimi in drugimi organizacijami pri organizaciji in izvajanju dejavnosti za krepitev zdravja.

Usmeritve do leta 2030:

* krepiti sistem enakopravnega vključevanja združenj oseb s sladkorno boleznijo v odločanje o organizaciji, ter o zagotavljanju in izvajanju oskrbe oseb s sladkorno boleznijo;
* spremljati zadovoljstvo oseb s sladkorno boleznijo in kakovost življenja;
* okrepiti sodelovanje s stroko, vladnimi institucijami (MZ in drugimi ministrstvi) in plačniki zdravstvenih storitev v zvezi z oskrbo oseb s sladkorno boleznijo;
* okrepiti sodelovanje z MZ ter zdravstvenimi in drugimi organizacijami pri organizaciji in izvajanju dejavnosti za krepitev zdravja;
* izboljšati komunikacijo z javnostjo ter v sodelovanju z mediji povečati obveščenost javnosti in ključnih skupin glede odločitev o obvladovanju sladkorne bolezni;
* povečati sodelovanje z drugimi nevladnimi organizacijami, ki imajo podobne interese in programe delovanja.

# 17.VODENJE, SPREMLJANJE IN KOORDINACIJA IZVAJANJA NACIONALNEGA PLANA ZAGOTAVLJAJO NJEGOVO USPEŠNOST

Izkušnje vodenja in spremljanja izvajanja NPOSB 2010-2020 kažejo, da so bili učinkovitejši tisti ukrepi in aktivnosti, ki so se poleg vsebine osredotočali tudi na to, kako to aktivnost izvesti, torej kakšen je proces priprave in kateri partnerji so se aktivno vključevali. Izkusili smo ugodne pritiske okolice (npr. poročilo OECD o visoki stopnji amputacij v Sloveniji) in jih prevedli v okrepljeno dejavnost na tem področju. Ena od vrednot NPOSB 2010-2020 je komplementarnost, kar je prispevalo npr. k uspešnim sinergijam pri krepitvi timov družinske medicine preko projekta referenčnih ambulant družinske medicine, ter pri nadgradnji centrov za krepitev zdravja tudi z dejavnostmi, namenjenimi obvladovanju sladkorne bolezni. Vzpostavljeno je mrežno, participativno vodenje, s ključnimi ljudmi z lastnostmi sistemskih vodij. V koordinativni skupini vlada kultura prijaznega in spoštljivega dialoga, povezovanja, skupnega trdega dela, ki mu je NPOSB 2010-2020 določal skupni fokus. Predstavniki zdravstvenih profesionalnih skupin so se srečali in povezali s svetom vrednot, nalog in pristojnosti ter odgovornosti upravljalcev zdravstvenega sistema in politik, upravljalci pa so v vse ključne odločitve povabili predstavnike profesionalnih skupin, da prispevajo vsebinski delež. Glas predstavnikov oseb s sladkorno boleznijo je bil slišan, mnenja in stališča v dialogih upoštevana, »nič o nas brez nas«.

Uresničevanje ciljev nacionalnega plana je potrebno nenehno spremljati in vrednotiti ter ukrepanje prilagajati novim znanstvenim spoznanjem in izkušnjam glede učinkovitosti posameznih ukrepov.

Za zagotavljanje koordinacije in spremljanja uresničevanja ciljev nacionalnega plana se pri MZ imenuje koordinativna delovna skupina, ki MZ predlaga predvidoma dvoletne akcijske načrte za izvajanje plana in uresničevanje zastavljenih ciljev. Vsako leto bo pripravila poročilo o uspešnosti izvajanja akcijskega načrta v tem letu, ter skupno poročilo ob koncu vsakega akcijskega načrta, ki bo predstavljalo izhodišče za načrtovanje prihodnjih dvoletnih akcijskih načrtov. Ob izteku nacionalnega plana leta 2030 koordinativna delovna skupina pripravi končno poročilo, vključno z oceno izvajanja nacionalnega plana, na osnovi poročila in ocene nato MZ poda predlog Vladi RS za nadaljnje ukrepanje. Ob zaključku NPOSB 2020-2030 se predvidoma izpelje tudi zunanja evaluacija.

V koordinativno delovno skupino bodo imenovani predstavniki ministrstva, predstavniki stroke, civilne družbe in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije ter drugih ministrstev.

Ena ključnih nalog koordinativne delovne skupine je spremljanje in vključevanje v procese znotraj in zunaj zdravstva, ki so pomembni za obvladovanje sladkorne bolezni, kot so na primer: krepitev zdravstvene pismenosti in podpora procesu opolnomočenja posameznikov in organiziranih predstavnikov oseb s sladkorno boleznijo za uspešno samovodenje sladkorne bolezni na ravni posamezne osebe s sladkorno boleznijo, za uspešno sodelovanje v skupnostnem pristopu krepitve zdravja na ravni občin ter za soodločanje o sistemskih ukrepih na nacionalni ravni; usklajevanje in povezovanje zdravstvenega sistema med ravnmi, posameznimi strokami in znotraj zdravstvenega tima ter s sistemom socialnega varstva; spremljanje obvladovanja sladkorne bolezni; gojenje partnerstva; spremljanje izvajanja NPOSB 2020-2030.

Usmeritve do leta 2030:

* zagotavljati in krepiti sistem spremljanja, koordinacije in vrednotenja učinkov izvajanja nacionalnega plana ter poročanja o napredku;
* zagotavljati stalno spremljanje procesov, pomembnih za obvladovanje sladkorne bolezni in ustrezno vključevanje v te procese, kadar je to pomembno za obvladovanje sladkorne bolezni (informacijski sistem v zdravstvu, spremembe zdravstvene zakonodaje...);
* zagotavljati, krepiti in širiti partnerstva za izvajanje nacionalnega plana;
* zagotavljati in krepiti učinkovit sistem obveščanja zainteresirane in širše javnosti o napredku pri obvladovanju sladkorne bolezni;
* vzpostavljati oziroma zagotavljati in krepiti take procese, tudi npr. z uporabo ustreznih pristopov informacijsko komunikacijske tehnologije, ki bodo zagotavljali vrednotenje ekonomskih učinkov ukrepov, razvoj stroškovnega modela za oceno ekonomskega bremena sladkorne bolezni ter premoščali informacijske vrzeli za oceno bremena sladkorne bolezni in da bodo te procese podpirale tudi pravne podlage za zbiranje relevantnih podatkov na nacionalni ravni.

# 18.PARTNERSTVO TEMELJI NA ZAUPANJU IN ISKANJU SPORAZUMNIH REŠITEV

Že v letih priprave NPOSB 2010-2020, to je od leta 2005 do 2009, so se medsebojno brusili vrednote, stališča in odnosi med predstavniki partnerjev in prav oblikovanje močnih skupnih vrednot je bil predpogoj, da je NPOSB 2010-2020 sploh lahko nastal. Zapisane usmeritve so ponovno prestajale soočanje različnosti kultur med partnerji, ko so se pripravljale skupne aktivnosti, kjer je bil eden od partnerjev sicer nosilen, vendar pa je bil zelo pomemben tudi delež ostalih sodelujočih. V desetletju 2010-2020 so partnerji vse pogosteje segali izven meja (do takrat) običajnega delovanja, prevzemali tveganja, iskali rešitve – pogosto v sodelovanju z drugimi partnerji - ter prepoznavali slepe poti. Vključevanje novih partnerjev in medsebojno spoštovanje in zaupanje sta temelj za razvoj in izvedbo prebojnih aktivnosti, ki bodo glede na breme kroničnih bolezni v desetletju 2020-2030 še toliko bolj nujne.

Celovit pristop k obvladovanju sladkorne bolezni kot ene od pomembnejših kroničnih bolezni zahteva sodelovanje različnih resorjev in institucij.

Sodelovanje je potrebno vzpostaviti tako na nacionalni ravni kot na lokalnih ravneh. Na področju preprečevanja sladkorne bolezni se preko medresornih strategij na področju prehrane, preprečevanja debelosti in vzpodbujanja gibanja zagotavlja sodelovanje s tistimi partnerji v drugih resorjih, ki so ključni za vzpostavitev takih razmer, v katerih bo vsak posameznik lahko uresničeval zdrav način življenja. Gre predvsem za partnerje s področja šolstva in športa, socialnih zadev, prometa, urejanja prostora, kmetijstva, znanosti ter gospodarstva in turizem. Pomemben partner pri spremljanju, izvajanju in zagovorništvu NPOSB 2020-2030 so tudi nevladne organizacije. Odlična politična platforma za medresorske ukrepe in aktivnosti je ReNPPTDZ 2015-2025, za delovanje v lokalnih skupnostih pa delovanje centrov za krepitev zdravja s poudarkom na skupnostnem pristopu k zdravju.

Usmeritve do leta 2030:

* zagotavljati in krepiti trajno medresorsko sodelovanje na vseh področjih, ki so pomembna za obvladovanje dejavnikov tveganja za sladkorno bolezen s podporo izvajanja ReNPPTDZ 2015-2025 ter s sodelovanjem s centri za krepitev zdravja v lokalnih skupnostih;
* zagotavljati in krepiti sodelovanje nevladnih organizacij pri spremljanju in izvajanju NPOSB .

Za uspeh nacionalnega plana je nujno sinergistično delovanje vseh partnerjev, ki temelji na skupnih vrednotah in ciljih, zaupanju, dopolnjevanju, iskanju sporazumnih rešitev in deljenju rezultatov.

Nabor potencialnih partnerjev je zelo širok, njihovi interesi pa si včasih lahko nasprotujejo. Ključni partnerji pri obvladovanju sladkorne bolezni so predvsem tisti, ki lahko s svojimi aktivnostmi bistveno prispevajo k zmanjševanju pojavnosti sladkorne bolezni, njenemu zgodnjem odkrivanju in kakovostni obravnavi oseb s sladkorno boleznijo.

V zdravstvu pri preprečevanju sladkorne bolezni in obravnavi oseb s sladkorno boleznijo sodelujejo vse ravni zdravstvenega varstva, vključno z dejavnostjo javnega zdravja, ki ima pomembno vlogo pri ozaveščanju prebivalstva, promocijskih aktivnostih in pri spremljanju sladkorne bolezni in njene obravnave. Izvajalci na primarni, sekundarni in terciarni ravni morajo za celovito oskrbo osebe s sladkorno boleznijo zagotoviti sodelovanje, ki bo aktivno vključevalo bolno osebo in zagotavljalo najboljšo možno oskrbo v smislu kakovosti in učinkovitosti.

Za razvoj stroke, boljšo organiziranost in ustrezno financiranje vseh dejavnosti je ključno sodelovanje vseh relevantnih strokovnih združenj, MZ in plačnika.

Pomemben partner so tudi mediji, ki imajo pomembno vlogo pri ozaveščanju in informiranju široke javnosti.

Usmeritvi do leta 2030:

* prepoznavati motive za sodelovanje med različnimi partnerji, skupne specifične cilje in situacije, v katerih sodelovanje lahko pomeni večjo korist za vse posamezne partnerje;
* zagotavljati in krepiti trajno sodelovanje med partnerji, ki bo temeljilo na skupnih vrednotah in ciljih, dopolnjevanju, zaupanju, iskanju sporazumnih rešitev ter deljenju rezultatov.

Doseganja ciljev nacionalnega plana si ni mogoče predstavljati brez vključevanja oseb s sladkorno boleznijo v načrtovanje in izvajanje vseh aktivnosti na področju obvladovanja sladkorne bolezni.

Osebe s sladkorno boleznijo so tiste, ki jim je nacionalni plan v prvi vrsti namenjen. S svojo izkušnjo so dragocen partner vsem, ki delajo na področju obvladovanja sladkorne bolezni. Kot partnerji sodelujejo tako pri preprečevanju, zgodnjem odkrivanju in zdravljenju sladkorne bolezni ter rehabilitaciji kot pri skrbi za izobraževanje in osveščanje oseb s sladkorno boleznijo, pri krepitvi zdravstvene pismenosti in za podporo procesu opolnomočenja za uspešno samovodenje sladkorne bolezni in pri zagotavljanju medsebojne podpore. Njihovo poslanstvo je tudi v spremljanju ukrepanja za obvladovanje sladkorne bolezni, predlaganju sprememb in ozaveščanju javnosti.

Usmeritev do leta 2030:

* dosledno vključevati osebe s sladkorno boleznijo kot ključne partnerje tako pri načrtovanju kot pri izvajanju aktivnosti za obvladovanje sladkorne bolezni.