

Strokovne osnove za izvajanje javnoozaveščevalnih dogodkov in srečanj na področju sladkorne bolezni

Pripravila: dr. Jelka Zaletel, dr. med. spec. in koordinativna skupina Nacionalnega programa za obvladovanje sladkorne bolezni 2010–2020

Destigmatizacija sladkorne bolezni

Motiviranje k udeležbi na preventivnih pregledih v ADM ter k udeležbi aktivnosti za krepitev zdravja v ZVC/CKZ

Odločno odsvetujemo izvajanje meritev krvnega sladkorja s priročnimi merilniki

Spregovorimo o opolnomočenju

Doseganje ciljnih vrednosti krvnega sladkorja, krvnega tlaka in krvnih maščob

Redni pregledi oči, stopal in delovanja ledvic za bolnike s sladkorno boleznijo tipa 2

1. DESTIGMATIZACIJA SLADKORNE BOLEZNI

Sporočila vseh dogodkov in srečanj naj prispevajo k destigmatizaciji sladkorne bolezni, saj je v Sloveniji zelo razširjeno mišljenje, da »sladkorno dobiš zato, ker si preveč jedel, se premalo gibal in se nasploh zanemarjal«.

S sistematičnim iskanjem dejavnikov tveganja in stanj z velikim tveganjem za kronične bolezni se lahko dogaja tudi medikalizacija vsakdanjega življenja. Stalno spremljanje novih spoznanj na področju medicine je torej nujno, da lahko izvajamo samo tiste ukrepe, ki dejansko izboljšajo dolgoročno kakovost življenja in zdravja ljudi, ne da bi ob tem po nepotrebnem ustvarjali patologijo vsakdanjega življenja.

Odkrivanje mejne bazalne glikemije in motene tolerance za glukozo (stanji s previsokimi vrednostmi nivoja krvnega sladkorja, ki pa še ni v diagnostičnem območju za postavitve diagnoze sladkorne bolezni) v populaciji je priložnost za uspešno preventivno delovanje, saj je z ukrepi zdravega življenjskega sloga sladkorno bolezen tipa 2 možno odložiti oziroma preprečiti. Po drugi strani pa je sladkorna bolezen v Sloveniji še vedno povezana s stigmo, češ da gre za bolezen, ki jo posameznik dobi samo zato, »ker je preveč jedel in se premalo gibal«. Takšno mnenje je lahko prisotno pri komer koli, tudi pri zdravstvenih strokovnjakih in je še posebej škodljivo, ker osebam s previsokim sladkorjem in sladkorno boleznijo vceplja občutek krivde za bolezen. Zato je pri vseh teh stanjih z vidika zdravstvene stroke potrebno stalno izobraževanja na področju razvoja medicine, tudi poznavanje pomena genetske zasnove posameznika za pojav sladkorne bolezni.

Zdravstveni strokovnjaki moramo posameznika znati spremljati tekom daljšega časovnega obdobja, predvidevati možen razvoj njegovega zdravstvenega stanja. Za osebe z mejno bazalno glikemijo in moteno toleranco za glukozo bi bilo torej zelo škodljivo, če bi jim zdravstveni strokovnjaki, pa tudi druge osebe npr. v javnoozaveščevalnih akcijah sporočali, da lahko »samo« s prilagoditvijo

življenjskega sloga sladkorno bolezen tipa 2 zagotovo preprečijo. Dejstvo je, da jih kljub ukrepom velik delež zboli s sladkorno boleznijo tipa 2 in tega ne smejo razumeti kot dokaz svoje lastne neuspešnosti. V tem primeru bo sprejemanje sladkorne boleznijo tipa 2 še toliko težje in dolgotrajnejše, občutek krivde še toliko večji, zaupanje v medicino pa manjše, saj »ni izpolnila obljubljenega in sem vseeno zbolel«.

Sladkorno bolezen v Sloveniji spremlja veliko mitov, morda sta najpogostejša, da »bo sedaj vse drugače, nič več ne bo tako lepo in enostavno kot je bilo prej« ter da »bo treba začeti jesti čisto drugače«. K temu smo s svojim izražanjem nehote prispevali tudi zdravstveni strokovnjaki, pa tudi nespretno izpeljane javnoozaveščevalne akcije, saj radi govorimo o »spreminjanju življenjskega sloga«.

Pojem »življenjski slog« posamezniku pogosto pomeni izraz tistega, s čimer se identificira, kar ga naredi »to, kar je«, tisto, v čemer se res počuti domače. Upor proti spreminjanju »tega, kar nas poseblja« je zato popolnoma naraven. Upor se kaže na različne načine, zdravstveni strokovnjaki pa ga pogosteje kot neposredno izraženo upiranje (»tega se pa ne grem«) zaznamo npr. kot

- posipanje s pepelom in nalaganje krivde nase (»saj vem, da bi moral, sam sem kriv, ker nisem«),
- ukvarjanje z detajli, ki so z vidika ukrepanja nepomembni (»ne morem razumeti, zakaj je bil moj krvni sladkor danes zjutraj 5,6, včeraj pa 6,5, saj nobeno noč nisem ničesar pojedel, to mi raje povejte«),
- pritrjevanje in obljube, ki pa jih potem bolnik ne izpelje (»do naslednjč bom pa res shujšal za 3 kg, obljubim«),
- poneverjanje z namenom, da bi bil s strani zdravnika pohvaljen (»moj merilnik mi je tako pokazal, a vidite, vse meritve so pod 6, res me čudi, da je HbA1c tako visok«) in
- upad interesa, čemur zdravstveni strokovnjaki radi rečemo »nemotiviranost«.

Zdravstvenemu strokovnjaku kot profesionalcu pa to, da pravilno zazna »skrito sporočilo« v bolnikovih izjavah ponudi možnost, da v tej situaciji reagira tako, da bo bolniku v oporo, da mu bo znal pokazati pot naprej. Ker se podobno izražanje lahko zazna tudi v javnoozaveščevalnih akcijah, je zaveza k pozitivnemu govoru res nujno potrebna.

Kakšna pa je ta pot naprej, ko vendar vsi vemo, kako težko se je spremeniti. Sploh spremeniti nekaj, kar počnemo vsak dan. Pa vendar – ko pomislimo na svoje življenje pred desetletjem, postane povsem razvidno, da se je spremenilo marsikaj, tudi v našem vsakdanjem življenju. Za nekatere spremembe smo se odločili sami, za druge je prišel impulz od koga drugega, morda izvirajo iz nekih situacij, ki so trajale dolgo, nekatere spremembe pa so se zgodile »v pravem trenutku« in kljub temu držijo še danes. To pa vendarle kaže, da smo spreminjanja svojih navad že večji. Poleg zdravljenja naj zdravstvo bolniku ponuja tudi to:

- kako spoznati svoje lastne mehanizme za krepitev motivacije za spremembo navad,
- kako motivacijo nadgraditi v aktivnost,
- kako to aktivnost spremljati/meriti, se veseliti napredka in se vzpodbujati ter
- kako upravljati z zdrsi, to je s situacijami, ko načrtovano ni uspelo.

Ta proces ni zvezen in linearen (naravnost proti cilju), temveč nihajoč. Pomembno je, da bolnik kot podpora v spreminjanje navad vključuje svoje socialno okolje, npr. osebe, ki so bolniku blizu, društva bolnikov, pristočasne dejavnosti ter se vključuje v druge verificirane programe (predvsem v

zdravstvenovzgojnih centrih oz. centrih za krepitev zdravja, lahko pa tudi drugje, npr. v lekarnah ali društvih bolnikov, če bodo v prihodnosti obstajali). Podobna sporočila je dobro podkrepiti tudi v javnoozaveščevalnih akcijah, še posebej vključevanje v programe, ki so verificirani, to so zaenkrat tisti, ki potekajo v zdravstvenovzgojnih centrih oz. centrih za krepitev zdravja.

Kot že omenjeno je v Sloveniji sladkorna bolezen še vedno povezana s stigmo, češ da gre za bolezen, ki jo posameznik dobi samo zato, »ker je preveč jedel in se premalo gibal«. Še posebej je sprejemanje sladkorne bolezni tipa 2 lahko težko za osebe, ki so prej imele mejno bazalno glikemijo ali moteno toleranco za glukozo in so po svojih najboljših močeh prilagodile svoje navade gibanja, prehranjevanja in se ukvarjale s telesno težo. Lahko se čutijo prevarane, saj so menile, da lahko »samo« s prilagoditvijo življenjskega sloga sladkorno bolezen tipa 2 zagotovo preprečijo. Dejstvo je, da jih kljub ukrepom velik delež zboli s sladkorno boleznijo tipa 2 in tega ne smejo razumeti kot dokaz svoje lastne neuspešnosti. Pri posameznem bolniku je torej potrebna velika občutljivost pri svetovanju o spremembah navad, saj se morda s temi predlogi ne srečujejo prvič in imajo lahko glede tega svoja mnenja in prepričanja. Stalno spremljanje novih spoznanj na področju medicine je torej resnično nujno, da lahko izvajamo samo tiste ukrepe, ki dejansko izboljšajo dolgoročno kakovost življenja in zdravja ljudi.

Velik problem v zvezi s sladkorno boleznijo predstavlja dejstvo, da je ljudem na voljo veliko virov informacij, med katerimi težko izbirajo tiste, ki so verodostojne. Eden ključnih ciljev Nacionalnega programa za obvladovanje sladkorne bolezni je zato tudi, da ljudem ponuja ključne verodostojne informacije in jim hkrati ponudi zanesljive vire verodostojnih informacij (vloga družinskega/splošnega zdravnika, diplomirane medicinske sestre v ambulanti družinske medicine, diplomirane medicinske sestre in drugi zdravstveni strokovnjaki v zdravstvenovzgojnih centrih/centrih za krepitev zdravja, diabetologa, diplomirane medicinske sestre edukatorke, lekarne, društva). Na voljo so na spletni strani www.obvladajmosladkorno.si.

2. MOTIVIRANJE K UDELEŽBI NA PREVENTIVNIH PREGLEDIH V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE TER K UDELEŽBI AKTIVNOSTI ZA KREPITEV ZDRAVJA V ZDRAVSTVENOVZGOJNIH CENTRIH IN CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA

Eno od ključnih sporočil osebam, ki se sprašujejo, ali imajo morda še neprepoznano sladkorno bolezen, je vzpodbuda, da se udeležijo preventivnega pregleda v ambulanti družinske medicine, ko so nanj povabljeni.

V Sloveniji že od leta 2002 izvajamo redne presejalne preglede zdrave populacije z namenom odkrivanja dejavnikov tveganja za razvoj najpogostejših kroničnih bolezni oziroma ključnih kroničnih bolezni v stadijih, ko te še ne povzročajo težav, med njimi tudi sladkorne bolezni tipa 2. Preventivne preglede izvajajo timi družinske medicine in na te preglede osebe tudi proaktivno vabijo; udeležba pa je nižja kot bi bilo zaželeno. Zato je eno od ključnih sporočil osebam, ki se sprašujejo, ali imajo morda še neprepoznano sladkorno bolezen, vzpodbuda, da se udeležijo preventivnega pregleda, ko so nanj povabljeni. Takrat bodo dobili tudi odgovore, ali imajo morda tudi katero od drugih kroničnih bolezni ter kako jih lahko preprečijo. Predstavljeni jim bodo tudi zanje primerni programi za krepitev zdravega življenjskega sloga, ki se izvajajo v vsakem zdravstvenem domu v zdravstvenovzgojnih centrih in centrih za krepitev zdravja.

3. ODLOČNO ODSVETUJEMO IZVAJANJE MERITEV KRVNEGA SLADKORJA S PRIROČNIMI MERILNIKI

V javnoozaveščevalnih akcijah se izvajanje meritev krvnega sladkorja s priročnimi merilniki in poskus njihove interpretacije, kaj naj bi te številke pomenile, odločno odsvetuje in je strokovno sporno. Za ta namen se uporablja vprašalnik FINDRISC. Tudi vključevanje katerega koli zdravstvenega strokovnjaka (zdravnika ali medicinske sestre) samo po sebi aktivnostim še ne daje verodostojnosti.

Edini strokovno osnovani metodi za diagnostiko sladkorne bolezni ter motene tolerance za glukozo in mejne bazalne glikemije sta določitev koncentracije glukoze na tešče ali tekom oralnega glukoznega tolerančnega testa v vzorcih, odvzetih iz venske krvi, in določene v standardiziranem laboratoriju, le izjemoma iz določitve v naključno vzetem vzorcu. Vedno sta potrebni dve diagnostični določitvi, nikoli na isti dan (glejte strokovne smernice <http://endodiab.si/priporocila/smernice-za-vodenje-sladkorne-bolezni/>). Le v redkih situacijah z izrazito klinično sliko je diagnostika možna na osnovi ene meritve, ko pa je oseba zaradi težav že v kontaktu z zdravstvenim sistemom.

Iz navedenega izhaja, da se tudi v javnoozaveščevalnih akcijah izvajanje meritev krvnega sladkorja s priročnimi merilniki in poskus njihove interpretacije, kaj naj bi te številke pomenile, odločno odsvetuje in **je strokovno sporno**. Merilniki so namreč namenjeni samo za grobo oceno glikemije, ki je določena v kapilarnem vzorcu. Modernim merilnikom je dovoljeno odstopanje glede točnosti meritev za 15 % navzgor in za 15 % navzdol. Kot primer – če je realno določena koncentracija 10 mmol/l, bo merilnik ustrezno točen, če bo pokazal katerokoli vrednost v rangu od 8.5 do 11.5 mmol/l. Merilniki, ki so le nekoliko starejši, so imeli dovoljeno odstopanje natančnosti celo za 20 % navzgor in navzdol. Poleg tega je lahko tudi zelo zavajajoče oz. je nemogoče natančno interpretirati vrednost nivoja krvnega sladkorja naključno tekom dneva. Kot rečeno sta najpogostejši metodi za diagnostiko teh stanj določitev na tešče ali tekom oralnega glukoznega tolerančnega testa.

Kakšna zavajajoča sporočila se lahko zgodijo?

- A. Izmerjena številka na merilniku je 6.0 mmol/l ali manj. V tem primeru z možnostjo odstopanja od normale natančne, realne številke osebi ne moremo povedati, gre le za približno oceno (z napako 15 % v obe smeri). Tudi če bi bila ta številka realna, ne gre za standardizirane pogoje (recimo meritev na tešče), ta ista oseba ima povsem lahko naslednje jutro na tešče določitev glikemije po standardnem postopku v diagnostičnem območju. Torej, pri vrednostih na merilniku pod 6.0 mmol/l osebi ne moremo reči, da nima sladkorne bolezni. Če sama oseba tako napačno sklepa, jo to lahko odvrne od pravih diagnostičnih postopkov, saj lahko zmotno misli, češ da je njen krvni sladkor »normalen«.
- B. Izmerjena številka je 6.1 do 6.9 mmol/l. Ponovno upoštevati možnost odstopanja od realne meritve. Ponovno – ker ne gre za standardizirane pogoje, ima ta oseba kljub temu lahko povsem normalno glikemijo ali pa sladkorno bolezen, če se pravilno uporabijo diagnostični testi. Torej, pri vrednostih na merilniku od 6.1 do 6.9 mmol/l osebi ne moremo reči, da nima sladkorne bolezni. Če sama oseba tako napačno sklepa, jo to lahko odvrne od pravih diagnostičnih postopkov, saj lahko zmotno misli, češ da je njen krvni sladkor »normalen«, ali pa se po nepotrebnem vanjo zaseje strah, »kaj pa če imam previsok krvni sladkor«.
- C. Izmerjena številka je 7.0 mmol/l do 11.1 mmol/l. Ponovno upoštevati možnost odstopanja od realne meritve. Ponovno – ker ne gre za standardizirane pogoje, ima ta oseba kljub temu lahko

povsem normalno glikemijo ali pa sladkorno bolezen, če se pravilno uporabijo diagnostični testi. Torej, pri vrednostih na merilniku med 7.0 mmol/l in 11.1 mmol/l osebi ne moremo reči, da nima sladkorne bolezni, niti da jo ima. Če sama oseba tako napačno sklepa, jo to lahko odvrne od pravih diagnostičnih postopkov, saj lahko zmotno misli, češ da je njen krvni sladkor »normalen«, ali pa se po nepotrebem vanjo zaseje strah, »kaj pa če imam previsok krvni sladkor«.

- D. Izmerjena številka je preko 11.1 mmol/l. Ponovno upoštevati možnost odstopanja od realne meritve. Kadar je izmerjena vrednost precej višja od 11.1 mmol/l, je zelo verjetno, da je glikemija previsoka, če se izključijo napake v postopku (nepravilna izvedba meritev, sladki prsti ipd.). Tudi v tem primeru je diagnozo potrebno postaviti s pomočjo standardnih testov, kamor osebo napotimo. Torej pri vrednostih na merilniku bistveno nad 11.1 mmol/l ima oseba lahko sladkorno bolezen, potrebuje pa ustrezna diagnostična testiranja. Glede na to, da je takšnih posameznikov izjemno malo (običajno imajo že klinično sliko in se zato oglasijo pri zdravniku), za tako majhen izplen ne smemo ogrožati večjega števila ljudi z možnimi negotovostmi in strahovi, ki jim jih vcepi neprimerno uporabljeno merjenje krvnega sladkorja s priročnimi merilniki.

Če se meritve kljub temu izvajajo, je zato edino strokovno podprta interpretacija, da na podlagi izmerjene vrednosti **ne moremo ničesar sklepati**, pri čemer pa lahko izmerjena številka osebo zelo obremeni.

Za namen iavnoozaveščevalnih aktivnosti pa se strokovno podprto lahko uporablja vprašalnik FINDRISC. Že pogovor ob samem izpolnjevanju je vsebinsko poln, saj govori o prehrani, gibanju, telesni teži, genetiki, hkrati pa glede na število zbranih točk usmerja osebo glede na verjetnost, da ima sladkorno bolezen tipa 2. Opredeljuje tudi, kdaj so potrebne določitve glukoze na tešče oziroma oralni glukozni tolerančni test, kar je povsem v skladu s strokovno doktrino.

4. SPREGOVORIMO O OPOLNOMOČENJU

Prilagamo letak in spletno povezavo do kratkega videa, ki ga lahko uporabite (ima slovenske podnapise).

www.eu-patient.eu/globalassets/campaign-patient-empowerment/leaflet/slovenian-pe-campaign-leaflet.pdf

<https://www.youtube.com/watch?v=p3C-uCdETds&feature=youtu.be>

5. DOSEGANJE CILJNIH VREDNOSTI KRVNEGA SLADKORJA, KRVNEGA TLAKA IN KRVNIH MAŠČOB

Bolnik s sladkorno boleznijo tipa 2 lahko optimalno obvaruje svoje zdravje, če z ustreznim načinom gibanja in prehranjevanja ter z zdravljenjem z zdravili, kadar je to potrebno, doseže ciljne vrednosti glede nivoja krvnega sladkorja, enako pomembno pa tudi krvnega tlaka in krvnih maščob oz. holesterola.

6. REDNI PREGLEDI OČI, STOPAL IN DELOVANJA LEDVIC ZA BOLNIKE S SLADKORNO BOLEZNIJO TIPA 2

Reden del oskrbe sladkorne boleznici tipa 2 je tudi vsakoletni pregled oči, stopal ter delovanja ledvic in pogovor ter pregled glede eventuelnih prisotnosti boleznici srca in žilja.

S temi pregledi lahko zaplete sladkorne boleznici odkrijemo takrat, ko je zdravljenje zelo učinkovito in na ta način uspešno preprečujemo najhujše okvare, ki jih povzroča sladkorna bolezen: slepota, amputacija spodnjih udov, popolna odpoved delovanja ledvic, srčna in možganska kap.

Pregled očesnega ozadja se praviloma izvede v centru za diabetično retinopatijo s pomočjo slikanja očesnega ozadja.

Pregled stopal praviloma opravi medicinska sestra v timu, kjer se bolnik tudi sicer vodi zaradi sladkorne boleznici (torej tako v timu družinske medicine kot v diabetološkem timu, kadar je potrebno vodenje na specialistični ravni).

Delovanje ledvic se oceni na podlagi rezultatov pregleda krvi in urina v standardiziranem laboratoriju, ki jih interpretira zdravnik, ki bolnika vodi. Ta ocenjuje tudi, ali obstaja verjetnost za prisotnost boleznici srca in žilja. Na podlagi opravljenih preiskav bolnik prejeme tudi pojasnila glede nadaljnje ustrezne oskrbe, ki se nato izvaja v dogovoru z bolnikom samim.

Uporabljamo **pozitivni govor in privlačen jezik**, torej namesto »preprečujemo slepoto« raje »ohranjamo vid«.

Regijski/lokalni dogodki lahko izpostavljajo dobre prakse, pa tudi specifične probleme. **Povratne informacije** so zelo dragocene tudi za nacionalni nivo, zato se zanje priporočamo.