

Leczenie dietetyczne: klucz do postępowania i prewencji w cukrzycy

Sara F. Morris, MAT, MPH, RD, Judith Wylie-Rosett, EdD, RD

W skrócie

Ze względu na bezpośredni związek między odżywianiem a leczeniem cukrzycy leczenie dietetyczne (LD) prowadzone przez dyplomowanego dietetyka stanowi kluczowy element tradycyjnego postępowania terapeutycznego cukrzycy. Niniejsza praca opisuje LD, prezentuje dowody jego skuteczności w zapobieganiu i leczeniu cukrzycy oraz dostarcza lekarzom informacji na temat kierowania chorych na leczenie dietetyczne.

Związek między cukrzycą a odżywianiem jest dobrze udokumentowany. Połączenie właściwej diety z farmakoterapią odgrywa w tej chorobie duże znaczenie. Chorzy często zwracają się do lekarza pierwszego kontaktu z pytaniami dotyczącymi ogólnego postępowania w cukrzycy, w tym także odżywiania. Przeprowadzone wśród lekarzy ankiety ujawniły, że nie czują się oni pewnie, doradzając chorym w takich sprawach, jak ograniczenie masy ciała i odżywianie.¹ Wyniki badań coraz częściej pokazują, że leczenie dietetyczne (LD) prowadzone przez dyplomowanego dietetyka (DD) lub innego specjalistę w dziedzinie odżywiania stanowi kluczowy element postępowania w cukrzycy i uzupełnienie terapii zalecanej przez lekarzy.

W wydanych w 2009 r. zaleceniach American Diabetes Association (ADA) dotyczących praktyki klinicznej znajduje się stwierdzenie, że „osoby w stanie przedcukrzycowym lub z cukrzycą powinny, w miarę potrzeb, otrzymać indywidualnie dobrane LD, najlepiej pod kontrolą dyplomowanego dietetyka specjalizującego się w odżywianiu w cukrzycy”.² Co więcej, oświadczenie wydane przez ADA, zatytułowane „Nutrition Recommendations and Interventions in Diabetes” podkreśla rolę LD w zapobieganiu cukrzycy, kontroli już występującej oraz zapobieganiu i opóźnieniu występowania powikłań związanych z cukrzycą.³ Włączenie LD do schematu leczenia cukrzycy może poprawić kontrolę choroby i zmniejszyć obciążenie samego lekarza prowadzącego

związane z przekazywaniem choremu informacji na temat odżywiania.

Definicja leczenia dietetycznego

LD definiuje się jako „diagnostykę odżywiania, leczenie i doradztwo służące lepszemu kontroli choroby prowadzone przez dyplomowanego dietetyka lub innego specjalistę w dziedzinie odżywiania”.⁴ American Dietetic Association, organizacja zrzeszająca dyplomowanych dietetyków, określa doradztwo w dziedzinie odżywiania jako „proces wspierający, którego zadaniem jest ustalenie priorytetów, określenie celów i stworzenie indywidualnego planu działania obejmującego uznanie i propagowanie odpowiedzialności chorego za samodzielne podejmowanie właściwych decyzji dotyczących odżywiania”.⁵

Ogólnie LD składa się z wielu spotkań dyplomowanego dietetyka z pacjentem, w trakcie których DD przeprowadza ocenę dotychczasowego odżywiania chorego, diagnozuje, doradza i realizuje inne działania związane z terapią, zgodnie z opracowanym przez American Dietetic Association „MNT Evidence-Based Guide for Practice/Nutrition Protocol”, czyli zgodnie z najlepszymi dowodami dostępnymi specjalistom w dziedzinie odżywiania.⁵ W trakcie spotkań z pacjentem skierowanym do dietetyka przez lekarza prowadzącego DD standaryzuje i dokumentuje ramy postępowania, co stanowi część zalecenia opublikowanego przez American Dietetic Association Nutrition

Care Process (ocena nawyków żywieniowych, diagnostyka żywieniowa, interwencja żywieniowa, monitorowanie odżywiania i ocena).⁶

Elementy LD prowadzonego pod kontrolą dyplomowanego dietetyka w zgodzie z Nutrition Care Process dla dowolnej choroby, której ważny element stanowi odżywianie (nie tylko cukrzycy), wymieniono w tabeli 1.⁷ Początkowo dietetyk ocenia nawyki żywieniowe pacjenta. Ta ocena, w połączeniu z informacjami z testów laboratoryjnych, na temat przyjmowanych leków oraz z innymi danymi uzyskanymi od lekarza prowadzącego, który skierował chorego do dietetyka, pozwala DD na wyodrębnienie takich czynników, jak potrzeby dietetyczne chorego w kontekście obecnej diety, regularność posiłków, ilość i regularność spożywania węglowodanów oraz ogólną jakość diety pacjenta. Następnie DD może ustalić kodowane, standaryzowane rozpoznanie dotyczące odżywiania i dopasować przyszłe indywidualne porady na temat odżywiania do potrzeb danego pacjenta. Te wskazówki będą pomocne w osiągnięciu celów związanych z rozpoznaniem i potrzebami żywieniowymi danego chorego.

Po dokonaniu przeglądu informacji dostarczonych wraz ze skierowaniem przez lekarza prowadzącego oraz poznaniu nawyków żywieniowych pacjenta DD może ustalić na przykład następujące rozpoznanie: „Nierównomierne spożywanie węglowodanów związane z niewłaściwym planowaniem posiłków, na co wskazują spożywane przez pacjenta posiłki główne i przekąski, zawierające od 0 do 150 g węglowodanów”. Interwencja dotycząca odżywiania oparta na takim rozpoznaniu może obejmować edukację chorego dotyczącą właściwego planowania posiłków i spożywania węglowodanów, z zastosowaniem modelu „talerza cukrzycowego”, czyli systemu zamienników węglowodanowych, pomoc w określaniu celów związanych z równomiernym rozłożeniem spożycia

Tabela 1. Leczenie dietetyczne (LD) prowadzone przez dyplomowanych dietetyków (DD)

Wdrażanie postępowania w leczeniu dietetycznym	LD prowadzone przez DD (dla indywidualnych pacjentów)
Skierowanie wybranych chorych do specjalisty w dziedzinie żywienia	Lekarz prowadzący wysyła do DD pisemne skierowanie dotyczące LD w cukrzycy. Skierowanie zawiera informacje dotyczące najnowszych wyników badań laboratoryjnych, przyjmowanych leków oraz innych rozpoznań medycznych.
Ocena odżywiania	DD prowadzi obszerną ocenę odżywiania chorego, opartą na Diabetes Type 1 and 2 Evidence-Based Nutrition Practice Guideline for Adults oraz zestawie dostępnych narzędzi, a także na najnowszej wiedzy, dowodach z badań, danych chorego, dokumentacji medycznej oraz innych źródłach.
Rozpoznanie dietetyczne	Po analizie danych z oceny chorego DD dokonuje wstępnego rozpoznania dotyczącego odżywiania, np. nierównomierne spożywanie węglowodanów (kod diagnostyczny obowiązujący w Stanach Zjednoczonych NI-5.8.4), niewłaściwe rozłożenie w czasie spożywania węglowodanów w ciągu dnia, z dnia na dzień lub wzorzec przyjmowania węglowodanów niezgodny z zalecanymi, na podstawie fizjologii i zależnymi od przyjmowanych leków potrzebami danego chorego.
Interwencja dietetyczna	DD doradza i, wspólnie z chorym, określa interwencję, stosując poznawczy model behawioralny, w tym rozwiązywanie problemów, rozmowy motywacyjne, ustalanie celów oraz samokontrolę.
Monitorowanie i ocena odżywiania	DD monitoruje HbA _{1c} , mikroalbuminurię, BMI, stężenia lipidów w surowicy, realizację celów dotyczących planu odżywiania, aktywność i inne zmiany behawioralne. DD wprowadza zmiany do LD (np. cele edukacyjne chorego, interwencję żywieniową oraz doradztwo) w trakcie kolejnych wizyt, opierając się na wynikach dotychczasowego leczenia i ocenie przeprowadzanej w trakcie każdej z wizyt.
Dokumentacja dotycząca odżywiania (dotyczy wszystkich etapów leczenia dietetycznego)	DD dokumentuje wstępną ocenę LD, rozpoznanie dotyczące odżywiania i podejmowane interwencje, dzieli się dokumentacją z lekarzem prowadzącym, zachowuje kopie we własnym archiwum.
Systemy zarządzające wynikami leczenia	Na podstawie dokonanej przez DD analizy, krytycznej oceny i przeglądu danych z medycznej dokumentacji chorych oraz danych uzyskanych od innych specjalistów opieki zdrowotnej DD gromadzi informacje dotyczące wyników leczenia poszczególnych chorych i populacji, analizuje i dzieli się nimi z odpowiednią grupą/działem zajmującym się poprawą jakości leczenia, a następnie, na podstawie uzyskanych wyników, wprowadza poprawki do zaleceń związanych z LD.

Przedruk za zgodą z poz. piśm. 7.

węglowodanów w ciągu dnia, a następnie prowadzenie rozmów motywujących i rozwiązywanie problemów w celu ominięcia barier, jakie mogą stać na drodze pacjenta w podjęciu właściwego odżywiania.^{8,9}

W ramach monitorowania i oceny odżywiania DD śledzi wyniki badań laboratoryjnych, takie jak HbA_{1c} i stężenie lipidów w surowicy, oraz czynniki związane ze stylem życia, takie jak spożywanie posiłków. W zależności od liczby spotkań, jakie DD odbywa z chorym, czynniki te stosuje się do oceny skuteczności postępowania pod względem osiągnięcia zamierzonych celów. Rozpoznanie i interwencje mogą następnie podlegać rewizji na podstawie dotychczasowych wyników postępowania związanego ze zmianami w odżywianiu. Zatem leczenie dietetyczne w chorobach związanych z odżywianiem, takich jak cukrzyca, niekoniecznie jest procesem liniowym. Doradztwo w LD jest indywidualizowane i dobrane do klinicznych i związanych z trybem życia potrzeb danego pacjenta.

Leczenie dietetyczne nie jest jednoznaczne z treningiem dotyczącym samodzielnej kontroli cukrzycy przez chorego (diabetes self-management training, DSMT). DSMT jest programem edukacyjnym i treningowym pomagającym chorym w kontroli cukrzycy, natomiast LD składa się z bardziej zindywidualizowanego rozpoznania, leczenia i doradztwa związanych z odżywianiem.⁷

Zgodnie z opublikowanym w 2009 r. przez American Dietetic Association White Paper on Nutrition Services, w którym przedstawiono różnice między DSMT a LD, program DSMT akredytowany przez Medicare (amerykański system opieki zdrowotnej obejmuje osoby powyżej 65 r.ż.), obejmuje godzinę indywidualnej oceny i 9 godzin zajęć grupowych.⁷ Jednym z obszarów objętych DSMT jest „włączenie postępowania związanego z modyfikacją odżywiania do stylu życia”. Inne, takie jak „stosowanie leków bezpiecznie i maksymalnie skutecznie”, są mniej związane z samym odżywianiem.

Leczenie dietetyczne chorych na cukrzycę prowadzone jest w trakcie wielu sesji z dyplomowanym dietetykiem, który zapewnia „intensywne doradztwo w dziedzinie odżywiania i schemat terapeutyczny, w dużym stopniu polegający na kontroli i śledzeniu sygnałów od chorego, pomagający chorym w zmianie z czasem nawyków żywieniowych”.⁷ Co więcej, choć leczenie dietetyczne chorych na cukrzycę może być prowadzone wyłącznie przez licencjonowanego/dyplomowanego dietetyka lub specjalistę w dziedzinie żywienia, DSMT może być prowadzony przez dyplomowaną pielęgniarkę, dietetyka lub farmaceutę.⁷

W niektórych przypadkach najskuteczniejsze wydaje się odbycie przez pacjenta treningu DSMT, po którym zostanie wdrożone leczenie dietetyczne. Inni chorzy mogą otrzymać DSMT i LD jednocześnie. Profesjonalne organizacje, takie jak ADA, American Dietetic Association oraz Centers for Medicare & Medicaid Services różnią DSMT i LD oraz możliwość uzupełniania się obu programów.

Skuteczność LD w leczeniu i prewencji cukrzycy: podsumowanie aktualnego piśmiennictwa

Badania wykazały, że leczenie dietetyczne jest skuteczne zarówno w cukrzycy typu 1, jak i typu 2. American Dietetic Association dokonało przeglądu 18 badań, które obejmowały prowadzenie leczenia dietetycznego przez dyplomowanego dietetyka jako element leczenia cukrzycy typu 1 lub 2.

Osiem kontrolowanych badań randomizowanych, ujętych w przeglądzie, wykazało korzystny wpływ LD w postępowaniu w cukrzycy, co oceniano na podstawie poprawy wartości HbA_{1c}.¹⁰ Opierając się na tym przeglądzie, American Dietetic Association deklaruje silne poparcie dla stosowania leczenia dietetycznego przez dyplomowanych dietetyków w cukrzycy typu 1 i 2. Wyniki tego przeglądu wskazują też, że największą rolę LD może odegrać

wtedy, gdy zostanie podjęte zaraz po rozpoznaniu cukrzycy.¹⁰

Wybrane badania poświęcone cukrzycy, w których element postępowania stanowiło LD, skutecznie wpływające na czynniki metaboliczne i behawioralne, zebrano w tabeli 2 zaadaptowanej z pracy Pastors i wsp.¹¹⁻²⁶ Badania różnią się pod względem projektu i długości trwania (od 3 miesięcy do 9 lat). Niektóre przeprowadzono, zanim rola leczenia dietetycznego w cukrzy-

Tabela 2. Zebrane dane na temat leczenia dietetycznego w cukrzycy¹¹⁻²⁶

Piśmiennictwo	Czas trwania badania	Liczba uczestników	Wynik
Randomizowane badania kontrolowane			
Tylko LD			
UKPDS Study Group, 1990 ¹²	3 miesiące	3042 chorych z nowo rozpoznaną cukrzycą typu 2	U 2595 chorych, którzy otrzymali intensywne leczenie dietetyczne (z czego 447 początkowo nieskuteczne zmiany w diecie), HbA _{1c} zmalało o 1,9% (z 8,9 do 7%) w ciągu 3 miesięcy przed randomizacją
Franz i wsp., 1995 ¹⁵	6 miesięcy	179 chorych na cukrzycę typu 2, 62 w grupie porównawczej, czas trwania cukrzycy: 4 lata	Wartość HbA _{1c} po 6 miesiącach zmniejszyła się o 0,9% (z 8,3 do 7,4%) po objęciu opieką dotyczącą stosowania zalecanej diety, wartość HbA _{1c} zmniejszyła się o 0,7% (z 8,3 do 7,6%) w grupie objętej podstawową opieką dietetyczną i pozostała bez zmian w grupie porównawczej bez interwencji w postaci korekty odżywiania (z 8,2 do 8,4%)
Kulkarni i wsp., 1998 ¹⁴	6 miesięcy	54 chorych z nowo rozpoznaną cukrzycą typu 1	Wartość HbA _{1c} po 3 miesiącach zmniejszyła się o 1,0% (z 9,2 do 8,2%) po objęciu opieką dietetyczną opartą na zaleceniach i 0,3% (z 9,5 do 9,2%) w grupie objętej podstawową opieką dietetyczną
LD w połączeniu z DSMT			
Glasgow i wsp., 1992 ¹⁵	6 miesięcy	162 chorych na cukrzycę typu 2 >60 r.ż	Zmniejszenie HbA _{1c} z 7,4 do 6,4% w ramieniu, w którym chorzy przechodzili z grupy kontrolnej do objętej leczeniem, natomiast w ramieniu, w którym chorzy przechodzili z grupy objętej leczeniem do kontrolnej stwierdzono pogorszenie wartości HbA _{1c} . Grupa leczona objęta była opieką specjalistów z wielu dziedzin, w tym dietetyka prowadzącego LD
Sadur i wsp., 1999 ¹⁶	6 miesięcy	185 dorosłych pacjentów z cukrzycą	97 chorych pozostawało pod opieką specjalistów z wielu dziedzin, 88 – lekarzy pierwszego kontaktu, wartość HbA _{1c} zmniejszyła się o 1,3% w pierwszej grupie w porównaniu do 0,2% w drugiej. Grupa leczona objęta była opieką specjalistów z wielu dziedzin, w tym DD prowadzącym LD
Badania obserwacyjne			
Badanie przekrojowe			
Delahanty i Halford, 1993 ¹⁷	9 lat	623 chorych na cukrzycę typu 1	U chorych przestrzegających planów odżywiania w >90% wartość HbA _{1c} była mniejsza średnio o 0,9% niż u chorych, którzy przestrzegali swojego planu odżywiania w <45%.
Opinia ekspertów			
DCCT Research Group, 1993 ¹⁸			Grupa badawcza Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) rozpoznała rolę DD w edukacji chorych na temat diety i przestrzegania zasad dobrego odżywiania w celu uzyskania docelowych wartości HbA _{1c} . DD był ważnym członkiem grupy
Franz i wsp., 1994 ¹⁹			DCCT podkreśliła, że DD i dyplomowane pielęgniarki pełnią wyjątkowo ważną rolę w leczeniu i edukacji chorych

Tabela 2. Zebrane dane na temat leczenia dietetycznego w cukrzycy¹¹⁻²⁶ (cd)

Piśmiennictwo	Czas trwania badania	Liczba uczestników	Wynik
Przegląd kart pacjentów			
Johnson i Valera, 1995 ²⁰	6 miesięcy	19 chorych na cukrzycę typu 2	Po 6 miesiącach stężenia glukozy we krwi obniżyły się o 50% u 76% poddanych leczeniu dietetycznemu prowadzonemu przez DD. Średnia całkowita utrata masy ciała wyniosła ok. 2,5 kg
Johnson i Thomas, 2001 ²¹	Rok	162 dorosłych chorych	Leczenie dietetyczne doprowadziło do zmniejszenia HbA _{1c} o 20%, redukując średnią wartość do <8% w porównaniu z osobami, u których LD nie wdrożono – wartość HbA _{1c} zmniejszyła się o 2%
Retrospektywny przegląd kart pacjentów			
Christensen i wsp., 2000 ²²	3 miesiące	102 chorych (15 na cukrzycę typu 1 i 85 na cukrzycę typu 2 trwającą >6 miesięcy)	Wartości HbA _{1c} zmniejszyły się o 1,6% (z 9,3 do 7,7%) po skierowaniu chorego do DD
Metaanalizy badań klinicznych			
Brown i wsp., 1996, 1990 ^{23,24}		89 badań	Interwencja polegająca na edukacji chorych i wyniki w postaci obniżenia masy ciała. LD miało statystycznie istotny wpływ na obniżenie masy ciała i kontrolę metaboliczną
Padgett i wsp., 1988 ²⁵		7451 chorych	Edukacja chorych oraz interwencja psychospołeczna w postępowaniu w cukrzycy (w tym LD, samodzielne monitorowanie stężenia glukozy we krwi, ćwiczenia i wypoczynek). Wykazano, że największy wpływ miała edukacja dotycząca odżywiania
Norris i wsp., 2001 ²⁶		72 badania	W krótkich (trwających <6 miesięcy) badaniach wykazano pozytywny wpływ treningu poświęconego samodzielnej kontroli choroby opartej na wiedzy, częstości i dokładności samodzielnego monitorowania stężenia glukozy we krwi, zgłaszanych przez chorych nawyków żywieniowych oraz kontroli glikemii

LD – leczenie dietetyczne, DD – dyplomowany dietetyk; DSMT – trening samodzielnego monitorowania cukrzycy przez chorych
Przedruk za zgodą z poz. piśm. 11.

cy była tak dobrze zdefiniowana jak dziś. Wszystkie wymienione badania obejmowały co najmniej jedną grupę, w której dyplomowany dietetyk prowadził doradztwo indywidualne, przy czym liczba spotkań z dietetykiem wynosiła od dwóch sesji w trakcie całego badania do 1 sesji raz w miesiącu, przez 6 lub więcej miesięcy. Badania wykazały poprawę wartości HbA_{1c} o 0,9-1,9% w grupach leczonych dietetycznie i ogólnie wykazały większą poprawę HbA_{1c} w porównaniu z grupami, w których prowadzono mniej intensywną lub jedynie podstawową edukację w dziedzinie odżywiania.¹¹ Podsumowując, Pastors i wsp. twierdzą, że „kontrolowane badania randomizowane obejmujące leczenie dietetyczne udokumentowały spadki [HbA_{1c}] wynoszące ~1% w nowo rozpoznanej cukrzycy typu 1, 2% w nowo rozpoznanej cukrzycy typu 2 i 1% w cukrzycy typu 2 trwającej średnio 4 lata”.¹¹

Wykazano także, że LD jest skuteczne w zapobieganiu cukrzycy typu 2. Choć

uważa się, że nie można zapobiec cukrzycy typu 1, zachorowanie na cukrzycę typu 2 można opóźnić lub mu zapobiec, wdrażając zmiany w trybie życia, w tym także w odżywianiu. Na podstawie przeglądu siedmiu badań, w których wdrożono leczenie dietetyczne, oraz 16 badań, w których wdrożono znaczne zmiany w stylu życia, w tym leczenie dietetyczne, American Dietetic Association postawiło wniosek, że LD jest „skuteczne w redukcji częstości występowania cukrzycy typu 2”.¹⁰

W tym samym przeglądzie wykazano, że farmakoterapia również ogranicza częstość występowania cukrzycy typu 2. Stwierdzono jednak, że we wszystkich oprócz jednego z siedmiu analizowanych badań zmiany trybu życia były skuteczniejsze niż farmakoterapia w ograniczaniu częstości występowania cukrzycy.¹⁰ W przypadku farmakoterapii należy zauważyć, że choć w zaleceniach ADA dotyczących praktyki klinicznej znajdują się rekomendacje stosowania leków w terapii

pewnych powikłań cukrzycy, popiera się też wdrażanie LD i zmiany trybu życia jako alternatywę lub postępowanie uzupełniające farmakoterapię.²

Warto zwrócić uwagę na Diabetes Prevention Program przedstawiony w 2002 r.²⁷ W tym randomizowanym badaniu kontrolowanym, obejmującym 1079 osób w wieku 25-84 lat, u osób poddanych intensywnej zmianie trybu życia obejmującej LD wykazano 58% redukcję częstości występowania cukrzycy w ciągu 3 lat.

Opierając się na wynikach tej interwencji prewencyjnej, rozpoczęto badanie Look AHEAD (Action for Health in Diabetes), którego celem jest ocena wpływu podobnych zmian w stylu życia na leczenie 5145 mężczyzn i kobiet z już rozpoznaną cukrzycą typu 2.²⁸ Choć planuje się przedłużenie tego badania do 11,5 roku, badacze opublikowali niedawno wyniki zgromadzone po roku od jego rozpoczęcia wskazujące, że pacjenci z grupy, w której wdrożono intensywne zmiany w stylu

życia, stracili średnio 8,6% masy ciała, w porównaniu z 0,7% w grupie kontrolnej.²⁸ Intensywne zmiany w stylu życia obejmowały obszerne doradztwo dotyczące odżywiania prowadzone przez dyplomowanych dietetyków. Grupa kontrolna objęta jest podstawową lub typową opieką przewidzianą w standardach postępowania w cukrzycy. W pierwszym roku w grupie doświadczalnej wykazano także istotne zmniejszenie wartości HbA_{1c}, skurczowego i rozkurczowego ciśnienia oraz stężenia triglicerydów w porównaniu z grupą kontrolną.²⁸

Liczba dowodów wskazujących na skuteczność LD w leczeniu, a teraz także w zapobieganiu cukrzycy typu 2 dorosłych rośnie. Liczba badań poświęconych ocenie skuteczności LD u dzieci i młodych dorosłych nadal jest jednak niewielka. Diabetes Control and Complications Trial, którego wyniki opublikowano w 1993 r., obejmowało uczestników w wieku 13-19 lat.²⁹ To randomizowane badanie kontrolowane wykazało spadek o 34-76% powikłań cukrzycy typu 1 w grupie, która była poddana zarówno intensywnemu leczeniu insuliną, jak i odbywała comiesięczne spotkania z dyplomowanym dietetykiem.

Dopiero w ciągu ostatnich 10 lat zwrócono uwagę na wzrost częstości występowania cukrzycy typu 2 wśród dzieci i młodzieży. Obecnie trwają badania potwierdzające wzrost częstości i rozpowszechnienie cukrzycy typu 2.^{30,31} Zatem pojawia się konieczność rozpoznania najskuteczniejszych metod leczenia i zapobiegania cukrzycy typu 2 u dzieci i młodzieży. Już teraz, opierając się na dostępnych dowodach z badań z udziałem dorosłych chorych na cukrzycę typu 2, wpływ LD na zapobieganie i leczenie tej choroby u dzieci jest obiecujący.

Leczenie dietetyczne a system ubezpieczeń zdrowotnych

Chociaż ADA i American Dietetic Association są zgodne, że chorzy w stanie przedcukrzycowym oraz z cukrzycą już rozpoznaną powinni być kierowani na leczenie dietetyczne, lekarze pierwszego kontaktu nie są pewni, jak powinni postępować w takim przypadku.

Rządowy system ubezpieczeń Medicare obejmuje Amerykanów w wieku >65 lat, niektóre osoby niepełnosprawne <65 lat oraz ludzi w dowolnym wieku ze schyłkową niewydolnością nerek.³² Od 2000 r. Medicare pokrywa także leczenie dietetyczne chorych na cukrzycę typu 1, typu 2, cukrzycę ciążową, z chorobą nerek niewymagającą dializ oraz osób po przeszczepieniu nerki, którym przysługuje ubezpieczenie Medicare.⁴

Medicare na ogół stanowi standard dla innych instytucji ubezpieczeniowych, zatem wiele prywatnych i stanowych planów ubezpieczeniowych także opłaca koszty leczenia dietetycznego prowadzonego w ramach postępowania w cukrzycy.

W rzeczywistości w 2009 r. w 46 stanach oraz w Dystrykcie Kolumbii obowiązywały prawa wymagające, aby plany ubezpieczeniowe w nich dostępne obejmowały pokrywanie kosztów leczenia cukrzycy, choć zakres usług finansowanych przez nie znacznie się różni między poszczególnymi stanami.³³

Mimo że Medicare i inne firmy ubezpieczeniowe pokrywają koszty badań przesiewowych w cukrzycy u chorych w stanie przedcukrzycowym, obecnie Medicare nie pokrywa leczenia dietetycznego u tych osób.³⁴ Sukcesem badania Diabetes Prevention Program było wykazanie skuteczności i opłacalności interwencji związanych ze zmianami stylu życia, w tym LD, w zapobieganiu lub opóźnieniu wystąpienia cukrzycy typu 2.^{27,35} Dziś, gdy jesteśmy świadkami reformy amerykańskiego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, jest możliwe, że ujęcie w takim ubezpieczeniu leczenia dietetycznego osób w stanie przedcukrzycowym, uznanego za postępowanie prewencyjne, stanie się powszechniejsze.

Należy zauważyć, że objęcie przez Medicare leczeniem dietetycznym chorych na cukrzycę wymaga skierowania od lekarza. Według przepisów prawnych kierujących działalnością Medicare chorzy, którzy otrzymali takie skierowanie, mogą uzyskać 3 godziny indywidualnych wizyt u dyplomowanego dietetyka w pierwszym roku leczenia i po 2 godziny rocznie w każdym następnym roku.^{4,5,7} Oprócz LD Medicare pokrywa także koszty DSMT, bez zmniejszania korzyści żadnej z tych interwencji.⁷

Chorzy nieobjęci ubezpieczeniem Medicare także powinni otrzymywać skierowania na leczenie dietetyczne, ponieważ wiele prywatnych firm ubezpieczeniowych pokrywa koszty takiego leczenia zarówno w cukrzycy, jak i w innych chorobach.³⁶ Aby zagwarantować chorym LD, zapewnione przez firmę ubezpieczeniową, American Dietetic Association udziela lekarzom następujących wskazówek:³⁶

- Upewnij się, że na formularzu skierowania umieszczono rozpoznanie i kod rozpoznania cukrzycy
- Dołącz do skierowania najnowsze wyniki badań laboratoryjnych oraz listę przyjmowanych leków
- Udokumentuj potrzebę poddania chorego leczeniu dietetycznemu w karcie chorego

- Zachęć chorego, aby ustalił datę spotkania z DD w miejscowym szpitalu, klinice lub prywatnym gabinecie i pomóż w zlokalizowaniu DD, jeśli chory nie jest pewny, jak tego dokonać
- Daj choremu kolejne skierowanie i dostarcz odpowiednią dokumentację medyczną, jeśli będzie wymagał dodatkowych godzin leczenia dietetycznego. Aby pomóc choremu w zlokalizowaniu ośrodka prowadzącego leczenie dietetyczne, lekarze mają dostęp do sekcji „Find a Nutrition Professional” na stronie internetowej American Dietetic Association, www.eatright.org.

Niektórzy specjaliści do spraw odżywiania posiadają oprócz dyplomu dietetyka certyfikat edukatora diabetologicznego (certified diabetes educator, CDE). Takie osoby są „specjalistami opieki zdrowotnej o zdefiniowanej roli nauczycieli w dziedzinie cukrzycy, ale nie tymi, którzy mogą spełniać związane z leczeniem cukrzycy funkcje jako część lub w trakcie innych, zwykłych i związanych z ich zajęciem obowiązków”.³⁷ Mogą nimi być pielęgniarki, lekarze, dietetycy oraz inni specjaliści opieki zdrowotnej. Bez względu na ich specjalizację, aby otrzymać certyfikat CDE, te osoby muszą mieć przynajmniej dwuletnie praktyczne doświadczenie zawodowe, odbyć 1000 godzin zajęć związanych z nauczaniem chorych samodzielnego leczenia w cukrzycy (diabetes self-management education, DSME) oraz zdać egzamin akredytacyjny.

DSME jest synonimem DSMT. Zatem zakres edukacji poświęconej samodzielnemu leczeniu chorych na cukrzycę obejmuje nie tylko wiedzę na temat odżywiania, ale także na temat skutków działania leków przeciwcukrzycowych, samodzielnego monitorowania stężenia glukozy we krwi oraz podawania insuliny.^{6,37}

Różnicę między DSMT/DSME a LD wyjaśniono wcześniej. Obie metody postępowania wzajemnie się uzupełniają, ale różnią pod względem zakresu. Zatem, choć specjalista opieki zdrowotnej z certyfikatem CDE może doradzać choremu w zakresie niektórych aspektów odżywiania w cukrzycy, jedynie dyplomowany dietetyk może prowadzić intensywne leczenie dietetyczne.

Najbardziej pożądane jest kierowanie chorych na cukrzycę wymagających leczenia dietetycznego do dyplomowanych dietetyków z certyfikatem CDE, ponieważ tacy specjaliści są nie tylko ekspertami w dziedzinie odżywiania w cukrzycy, ale przeszli też szkolenie w dziedzinie edukacji chorych na temat niektórych niezwiązanych z odżywianiem aspektów postępowania w cukrzycy. W rzeczywistości

specjaliści, do których kierujemy chorych wymagających leczenia dietetycznego, muszą co najmniej posiadać dyplom dietetyka.

Podsumowanie

Leczenie dietetyczne jest skuteczną i coraz bardziej dostępną metodą zapobiegania cukrzycy typu 2 i leczenia cukrzycy typu 1 i typu 2. Jest zalecanym przez Institute of Medicine, American Dietetic Association i ADA elementem postępowania w cukrzycy, a jego koszty są pokrywane przez Medicare. Prowadzenie LD przez dyplomowanych dietetyków, będących ekspertami w dziedzinie indywidualnego poradnictwa dotyczącego odżywiania, poprawi jakość doradztwa oferowanego chorym i zmniejszy obciążenie lekarzy pod tym względem. Lekarze pierwszego kontaktu powinni kierować chorych z objawami przedcukrzycowymi i cukrzycą na leczenie dietetyczne prowadzone przez dyplomowanego dietetyka, co pozwoli na zapewnienie im chorym jak najlepszej opieki.

Clinical Diabetes, Vol. 28, No. 1, 2010, p. 12.
Medical Nutrition Therapy: A Key to Diabetes Management and Prevention.

Piśmiennictwo

- Gans KM, Ross E, Barner CW, Wylie-Rosett J, McMurray J, Eaton C: REAP and WAVE: new tools to assess/discuss nutrition with patients. *J Nutr* 133: 556S–562S, 2003
- American Diabetes Association: Executive summary: standards of medical S12, 2009
- Bantle JP, Wylie-Rosett J, Albright A, Apovian CM, Clark NG, Franz MJ, Hoogwerf BJ, Lichtenstein AH, Mayer-Davis E, Mooradian AD, Wheeler ML: Nutrition recommendations and interventions for diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 31 (Suppl. 1): S61–S78, 2008
- U.S. Department of Health and Human Services: Final MNT regulations. CMS-1169-FC. Federal Register, 1 November 2001. 42 CFR Parts 405, 410, 411, 414, and 415
- American Dietetic Association: Comparison of the American Dietetic Association (ADA) Nutrition Care Process for nutrition education services and the ADA Nutrition Care Process for medical nutrition therapy (MNT) services [article online]. Available from www.eatright.org/advocacy/mnt. Accessed 6 November 2009
- Lacey K, Pritchett E: Nutrition care process and model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. *J Am Diet Assoc* 103: 1061–1072, 2003
- Daly A, Michael P, Johnson EQ, Harrington CC, Patrick S, Bender T: Diabetes White Paper: Defining the delivery of nutrition services in Medicare medical nutrition therapy vs Medicare diabetes self-management training programs. *J Am Diet Assoc* 109:528–539, 2009
- Camelon KM, Hadell K, Jansen PT, Ketonen KJ, Kohtamaki HM, Makimattila S, Törmälä ML, Valve RH: The Plate Model: a visual method of teaching meal planning. *J Am Diet Assoc* 98:1155–1158, 1998
- Diabetes Care and Education Dietetic Practice Group: American Dietetic Association Guide to Diabetes Medical Nutrition Therapy and Education. Ross TA, Boucher JL, O'Connell BS, Eds. Chicago, American Dietetic Association, 2005
- Diabetes 1 and 2 Evidence Analysis Project: American Dietetic Association Evidence Analysis Library Web site. Available from <https://www.adaevidencelibrary.com/topic.cfm?cat=1615>. Accessed 6 November 2009
- Pastors JG, Warshaw H, Daly A, Franz M, Kulkarni K: The evidence of medical nutrition therapy in diabetes management. *Diabetes Care* 25:608–613, 2002
- UKPDS Study Group: Response of fasting plasma glucose to diet therapy in newly presenting type II diabetic patients. *Metabolism* 39:905–912, 1990
- Franz MJ, Monk A, Barry B, McClain K, Weaver T, Cooper N, Upham P, Bergenstal R, Mazze RS: Effectiveness of medical nutrition therapy provided by dietitians in the management of non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized, controlled clinical trial. *J Am Diet Assoc* 95:1009–1017, 1995
- Kulkarni K, Castle G, Gregory R, Holmes A, Leontos C, Powers M, Snetselaar L, Splett P, Wylie-Rosett J: Nutrition practice guidelines for type 1 diabetes mellitus positively affect dietitian practices and patient outcomes. *J Am Diet Assoc* 98: 62–70, 1998
- Glasgow RE, Toobert DJ, Hampson SE, Brown JE, Lewinsohn PM, Donnelly J: Improving self-care among older patients with type II diabetes: the „sixty-something...” study. *Patient Educ Couns* 19:61–74, 1992
- Sadur CN, Moline N, Costa M, Michalik D, Mendlowitz D, Roller S, Watson R, Swain BE, Selby JV, Javorski WC: Diabetes management in a Health Maintenance Organization. *Diabetes Care* 22: 2011–2017, 1999
- Delahanty LM, Halford BH: The role of diet behaviors in achieving improved glycemic control in intensively treated patients in the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes Care* 16: 1453–1458, 1993
- DCCT Research Group: Expanded role of the dietitian in the Diabetes Control and Complications Trial: implications for practice. *J Am Diet Assoc* 93: 758–767, 1993
- Franz M, Callahan T, Castle G: Changing roles: educators and clinicians. *Clinical Diabetes* 12:53–54, 1994
- Johnson EQ, Valera S: Medical nutrition therapy in non-insulin-dependent diabetes mellitus improves clinical outcomes. *J Am Diet Assoc* 95:700–701, 1995
- Johnson EQ, Thomas M: Medical nutrition therapy by registered dietitians improves HbA_{1c} levels (Abstract). *Diabetes* 50 (Suppl. 2):A21, 2001
- Christensen NK, Steiner J, Whalen J, Pfister R: Contribution of medical nutrition therapy and diabetes self-management education to diabetes control as assessed by hemoglobin A_{1c}. *Diabetes Spectrum* 13: 72–75, 2000
- Brown SA: Studies of educational interventions and outcomes in diabetic adults: a meta-analysis revisited. *Patient Educ Couns* 16:189–215, 1990
- Brown SA, Upchurch S, Anding R, Winter M, Ramirez G: Promoting weight loss in type II diabetes. *Diabetes Care* 19:613–624, 1996
- Padgett D, Mumford E, Hynes M, Carter R: Meta-analysis of the effects of educational and psychosocial interventions on management of diabetes mellitus. *J Clin Epidemiol* 41:1007–1030, 1988
- Norris SL, Engelgau MM, Venkat Narayan KM: Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 24:561–587, 2001
- Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM; the Diabetes Prevention Program Research Group: Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 346:393–403, 2002
- Wadden TA, West DS, Neiberg RH, Wing RR, Ryan DH, Johnson KC, Foreyt JP, Hill JO, Trencle DL, Vitolins MZ; the Look AHEAD Research Group: One-year weight losses in the Look AHEAD study: factors associated with success. *Obesity* 17:713–722, 2009
- DCCT Research Group: The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 329: 977–986, 1993
- Mayer-Davis EJ, Bell RA, Dabelea D, D'Agostino R, Imperatore G, Lawrence JM, Liu L, Marcovina S; The SEARCH for Diabetes in Youth Study Group: The many faces of diabetes in American youth: type 1 and type 2 diabetes in five race and ethnic populations. *Diabetes Care* 32:S99–S101, 2009
- Fagot-Campagna A, Venkat Narayan KM, Imperatore G: Type 2 diabetes in children [Editorial]. *BMJ* 322:377–378, 2001
- U.S. Department of Health and Human Services Centers for Medicare & Medicaid Services: Medicare eligibility tool [online]. Available from <http://www.medicare.gov/MedicareEligibility/>. Accessed 6 November 2009
- National Conference of State Legislatures: State laws mandating diabetes health coverage [article online]. Available from <http://www.ncsl.org/programs/health/diabetes.htm>. Accessed 20 September 2009
- Centers for Medicare and Medicaid Services Medicare Learning Network: MLN matters, No. SE0660 [publication online]. Available from <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0660.pdf>. Accessed 6 November 2009
- DPP Research Group: Costs associated with the primary prevention of type 2 diabetes mellitus in the Diabetes Prevention Program. *Diabetes Care* 26: 36–47, 2003
- American Dietetic Association: Referrals to MNT . . . as easy as 1-2-3 [article online]. Available from http://www.eatright.org/ada/files/0109_Referrals_1-2-3_MNT_Flyer2.pdf. Accessed 6 November 2009
- National Certification Board for Diabetes Educators: 2009 Certification Handbook for Diabetes Educators [publication online]. Arlington Heights, Ill., National Certification Board for Diabetes Educators, 2009. Available from <http://www.ncbde.org/documents/HB2009Final.pdf>. Accessed 6 November 2009

Sara F. Morris, MAI, MPH, RD, jest adiunktem w Department of Nutrition, University of North Carolina w Chapel Hill. Judiüb Wylie-Rosett, EdD, RD, jest profesorem i kierownikiem Division of Behavioral and Nutritional Research, Department of Epidemiology and Population Health, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, N.Y.