

الخطة الخليجية التنفيذية لمكافحة السكري

2020 – 2025م

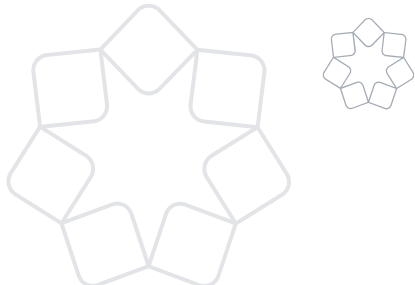
إعداد وتنفيذ:

أعضاء اللجنة الخليجية لمكافحة السكري.

مراجعة:

وحدة اللجان الفنية – مجلس الصحة لدول مجلس التعاون.

الدولة	أعضاء اللجنة الخليجية لمكافحة السكري
الإمارات العربية المتحدة	د/ بثينة بن بليلة - رئيسة قسم الأمراض غير السارية
مملكة البحرين	د/ عبير الصوير – استشاري طب العائلة والسكري والأمراض المزمنة
المملكة العربية السعودية	د/ فاطمة آل صليل - مديرة البرنامج الوطني لمكافحة داء السكري
سلطنة عمان	د/ ندى السمرى – رئيسة قسم مكافحة الأمراض غير المعدية
دولة الكويت	د/ دلال الهاجري – استشاري طب عائلة
دولة قطر	د/ خلود المطاوعة - رئيسة قسم مكافحة الأمراض غير الانتقالية
جمهورية اليمن	د/ عبدالله المطري – عميد كلية الطب والعلوم الصحية



الملاحظات:

1. تستمد الخطة الخليجية التنفيذية عناصر من الخطط والجداول المختلفة التي وضعت أثناء اجتماعات اللجنة الخليجية المشتركة للسكري، لذا يجب أن ينظر إلى هذه الخطة التنفيذية بمنأى من الخطوط العريضة التي تم صياغتها، بالإضافة إلى جداول المتابعة والتي تظهر التقدم المحرز في كل دولة لتنفيذ هذه الخطة.
2. تعتبر هذه الوثيقة خطة استرشادية شاملة للخمس سنوات القادمة ولائحة تنفيذية للخطة العامة، وعلى كل دولة وضع خططها الوطنية (Operational Action Plans) في إطار العناصر التي شملتها هذه الخطة وفي إطار زمني محدد (Time bound) عادة سنويا Annual أو لمدة سنتين Biannual بحيث تعبر هذه الخطة عن المستوى الأعلى الأمثل للمعايير والبنى التحتية المطلوبة من كل دولة. ونظراً لتباين الحجم الجغرافي والموارد المتاحة فيوصى بمراعاة النسبة والتناسب في ذلك.

الرؤية:

حماية المجتمع الخليجي من داء السكري ومضاعفاته كمسؤولية مشتركة بين جميع فئات المجتمع.

الرسالة:

تعزيز الوعي الصحي لدى المجتمع الخليجي عن داء السكري وعوامل الاختطار المؤدية له وتعضيد برامج الاكتشاف المبكر والرعاية الصحية المتكاملة بمستوياتها الثلاثة وفقاً للأسس والطرق العلمية المبنية على البراهين وذلك من خلال الاستخدام الأمثل للموارد لخفض معدلات المرض والوفيات والإعاقة بسبب السكري ومضاعفاته بمشاركة المؤسسات الحكومية والأهلية ضمن مفهوم الشراكة في صحة المجتمع.

الأهداف:

تشمل الخطة الخليجية 8 أهداف تعمل على تحقيق الرؤية المذكورة أعلاه:

الهدف 1: الوقاية الأولية.

الهدف 2: الوقاية الثانوية من داء السكري.

الهدف 3: تحسين جودة الخدمات الصحية بمستوياتها الثلاثة المقدمة لمرضى داء السكري ومضاعفاته.

الهدف 4: ضمان تقديم واستمرارية الخدمات العلاجية والوقائية لداء السكري في ظل الطوارئ والجوائح.

الهدف 5: تدعيم وسائل المراقبة والمتابعة والتقييم الخاصة بداء السكري.

الهدف 6: إجراء وتدعيم وسائل البحوث والدراسات الخاصة بداء السكري.

الهدف 7: تمكين المرضى المصابين وأسرهم للمساهمة في التحكم بالسكري ومضاعفاته.

الهدف 8: تفعيل المشاركة المجتمعية لمكافحة داء السكري.

الهدف 1: الوقاية الأولية

الغاية:

- تقليل نسبة انتشار عوامل الاختطار التي تؤدي إلى الإصابة بداء السكري في المجتمع الخليجي خلال السنوات الخمس القادمة وذلك حسب الغايات والمؤشرات العالمية الخاصة بمنظمة الصحة العالمية لمكافحة الأمراض غير السارية.
- الكشف المبكر عن حالات داء السكري والمتلازمة الاستقلابية وعوامل الاختطار الأخرى.
- خفض نسبة تعاطي الكحول على نحو ضار بمقدار 10%.
- خفض نسبة الخمول البدني بمقدار 10%.
- خفض نسبة مدخول الملح/الصوديوم بمقدار 30%.
- خفض نسبة تعاطي التبغ بمقدار 30%.
- خفض نسبة ارتفاع ضغط الدم بمقدار 25%.
- جعل نسبة زيادة الإصابة بالداء السكري/ البدانة صفر%.

المؤشرات:

1. معدل انتشار الوزن الزائد: مؤشر كتلة الجسم 25 – 29.9 كغم/م² والسمنة المفرطة. مؤشر كتلة الجسم ≤ 30 كغم/م².
2. معدل انتشار السمنة الوسطية محيط الخصر إلى الورك (Waist to hip ratio) محيط الخصر (Waist circumference) حسب الجدول المرفق.

Table A1 World Health Organization cut-off points and risk of metabolic complications

Indicator	Cut-off points	Risk of metabolic complications
Waist circumference	>94 cm (M):> 80cm (W)	Increased
Waist circumference	>102 cm (M):> 88cm (W)	Substantially Increased
Waist - hip ratio	>0.90 cm (M):> 0.85cm (W)	Substantially Increased

M, men – W, women

3. نسبة أفراد المجتمع البالغون وأطفال المدارس الذين يمارسون النشاط البدني حسب تعريف منظمة الصحة العالمية في منهجية نظام المراقبة التدريجي للأمراض المزمنة (Stepwise Surveillance System).
4. معدلات انتشار التبغ بين البالغين +18 سنة وبين الشباب 13-15 سنة باستخدام (Global Youth Tobacco Survey).
5. نسبة الأماكن المغلقة الخالية من دخان التبغ.
6. نسبة انتشار السكري في المجتمع من النوع الثاني معدلًا حسب (Age-adjusted to the World Standard Population of Segi, see WHO publications).
7. البدء ببرنامح الكشف المبكر لحالات داء السكري والمتلازمة الاستقلابية وعوامل الاختطار.

مؤشرات آليات التطبيق	آليات التطبيق	الاستراتيجيات
- نسبة أفراد المجتمع الذين هم على دراية بعوامل الاختطار من إجمالي المبحوثين ونسبهم بعد تطبيق البرنامج التثقيفي. - عدد البرامج والحملات المنفذة في كل مجال. - عدد الأنشطة التي تم تنفيذها في الأسبوع الخليجي للسكري. - إدراج داء السكري ضمن المواد العلمية في المناهج الدراسية من عدمه.	1-1-1 تنفيذ برامج وحملات توعوية ميدانية وإعلامية حول عوامل الاختطار ووسائل تجنبها (مع مراعاة أن تكون هذه البرامج مكمله لبرامج مكافحة أمراض القلب والأوعية الدموية). 2-1-1 إطلاق وتفعيل الأسبوع الخليجي لداء السكري (بشهر نوفمبر من كل عام). 3-1-1 توعية الطلاب والأهل في المدارس حول مرض السكري وعوامل الاختطار المتعلقة به.	1-1 رفع الوعي الصحي حول عوامل الاختطار المؤدية للإصابة بداء السكري.
- وجود وثيقة الاستراتيجية الوطنية حول التغذية والنشاط البدني والصحة. - مدى تطبيق عناصر تلك الاستراتيجية الوطنية حول الغذاء والنشاط البدني والصحة.	1-2-1 وضع وتطبيق الاستراتيجية الوطنية حول التغذية والنشاط البدني والصحة (على ضوء منظمة الصحة العالمية والخطة الخليجية للتغذية). 2-2-1 إدراج النشاط البدني وتكثيفه كمادة أساسية إلزامية في المدارس.	2-1 التشجيع على التغذية الصحية وممارسة النشاط البدني بين مختلف فئات المجتمع.

الاستراتيجيات	آليات التطبيق	مؤشرات آليات التطبيق
	3-2-1 تنفيذ حملات لتشجيع ممارسة رياضة المشي في المجتمع. 4-2-1 تشجيع إنشاء المزيد من مضامير المشي والحدائق العامة ضمن مسافة معقولة من القاطنين في المنطقة.	- عدد حصص النشاط البدني في المدارس. - عدد حملات التوعية بالنشاط البدني. - عدد مضامير المشي لكل 10,000 من السكان. - عدد الحدائق العامة للمشبي لكل 10,000 من السكان.
3-1 سن التشريعات التي تعمل على خفض عوامل الاختطار مثل: (قوانين توسيم الأغذية والمشروبات والإعلان عن الوجبات السريعة وقوانين مكافحة التدخين، وغيرها).	1-3-1 وضع التشريعات اللازمة.	- عدد التشريعات التي تعمل على مكافحة عوامل الاختطار. - مدى التزام كل دولة بتطبيق اتفاقية منظمة الصحة العالمية لمكافحة التبغ. - مدى الالتزام بالقوانين في حال وجودها.
4-1 الرصد المبكر للسكري (النوع الثاني) والمتلازمة الاستقلابية بين الأفراد ذوي الاختطار العالي (تضع كل دولة المعايير المناسبة حسب الموارد المتاحة لها).	1-4-1 تنفيذ برامج تعليمية وبشكل دوري لجميع طاقم الرعاية الصحية حول (Heath care professional) حول أعراض وعلامات الإصابة. 2-4-1 تطبيق برنامج متكامل للكشف المبكر للسكري والمتلازمة الاستقلابية وعوامل الاختطار الأخرى (يترك لكل دولة تحديد إما systematic opportunistic screening or screening).	- عدد البرامج التعليمية التي تم تنفيذها. - وجود سجل للاكتشاف المبكر للسكري والمتلازمة الاستقلابية وعوامل الاختطار. - عدد الحالات المكتشفة للسكري والمتلازمة الاستقلابية من الفحص المبكر (عدد مطلق). - نسبة الحالات المكتشفة من العدد المستهدف.
5-1 العناية بالأصحاء لتقليل عوامل الاختطار بينهم.	1-5-1 استحداث عيادات الأصحاء (Well-being clinics) ودلائل إكلينيكية للكشف المبكر عن عوامل الاختطار.	- عدد عيادات الأصحاء. - وجود الدلائل الإكلينيكية.

الهدف2: الوقاية الثانوية من داء السكري.

الغاية:

الكشف المبكر عن مضاعفات داء السكري لدى المصابين.

المؤشرات:

وجود برامج للكشف المبكر عن مضاعفات داء السكري.

مؤشرات آليات التطبيق	آليات التطبيق	الاستراتيجيات
- وجود برامج للكشف المبكر عن مضاعفات داء السكري. - نسبة / عدد مرضى السكري الذين تمت متابعتهم. - نسبة / عدد مرضى السكري الذين حققوا النتائج المطلوبة للعناية بمرض السكري. - نسبة / عدد الحالات المكتشفة لمضاعفات داء السكري.	1-1- تحسين/ استحداث برامج للكشف المبكر عن مضاعفات داء السكري. 2-1- إدراج مؤشرات الأداء الخاصة بعملية متابعة داء السكري. 3-1- إدراج مؤشرات لمضاعفات داء السكري ضمن المؤشرات الدورية.	1-2 الرصد المبكر لمضاعفات داء السكري لدى المصابين

الهدف3: تحسين جودة الخدمات الصحية بمستوياتها الثلاثة المقدمة لمرضى داء السكري ومضاعفاته.

الغاية:

1. تفعيل دور مراكز الرعاية الأولية في رعاية المصابين بداء السكري (ضمن عيادات السكري).

2. تحسين مستوى السيطرة على نسبة السكر والمؤشرات الحيوية الأخرى في الدم.

3. تقليل معدل حدوث مضاعفات داء السكري الحادة والمزمنة:

- أمراض القلب والأوعية الدموية.

- السكتة الدماغية.

- حالات العمى.

- الفشل الكلوي.



- حالات بتر الأطراف.
- 4. تدعيم الخدمات المخبرية اللازمة للداء السكري.
- 5. توفير الأدوية الأساسية (الوقائية والعلاجية) المبنية على البراهين العلمية.
- 6. تنظيم العلاقة بين مستويات الرعاية الثلاث لمرض السكري.

المؤشرات:

1. وجود عيادات السكري في الرعاية الصحية الأولية.
2. نسبة المرضى المراجعين في عيادات الرعاية الأولية مقارنة بالمراجعين في الرعاية الثانوية والتخصصية.
3. نسبة ضبط الجلوكوز وضغط الدم والدهون والمؤشرات الحيوية الأخرى لدى المصابين بداء السكري (حسب المعايير العالمية الصادرة من الجمعية الأمريكية للسكري ADA standards).
4. نسب حالات الجلطة القلبية، السكتة الدماغية، العمى، الفشل الكلوي التام وحالات بتر الأطراف (بتر بسيط وبتر رئيسي).
5. نسب المرضى الذين يتم الكشف على وجود المضاعفات المذكورة أعلاه لديهم.
6. نسبة المرضى الذي يتم علاجهم من المضاعفات المذكورة أعلاه.
7. إتاحة الخدمات المخبرية اللازمة لعلاج السكري بكل يسر للرعاية الأولية.
8. إتاحة الأدوية الأساسية (الوقائية والعلاجية المبنية على البراهين العلمية) في الرعاية الأولية.

مؤشرات آليات التطبيق	آليات التطبيق	الاستراتيجيات
- نسبة تغطية الرعاية الأولية والثانوية بالفرق المذكورة من المستهدف.	1-1-3 استكمال فريق السكري في الرعاية الأولية والثانوية (طبيب سكري + ممرض + متدرب + أخصائي/فني تغذية، أخصائي قدم أو ممرض مدرب في فحص قدم السكري).	1-3 توفير الموارد البشرية المؤهلة في مجال داء السكري.
- نسبة المدربين سنوياً من إجمالي المستهدف لجميع الفئات الصحية.	1-2-3 استحداث برامج تدريبية في مجال رعاية داء السكري وعوامل الاختطار لكل العاملين مثل دبلوم داء السكري للأطباء.	2-3 رفع كفاءة العاملين الصحيين في الرعاية الصحية الأولية في مجال داء السكري (مع)

مؤشرات آليات التطبيق	آليات التطبيق	الاستراتيجيات
- عدد المدربين من كل فئة العاملين الصحيين بكافة الفئات. - عدد الكادر التمريضي في الرعاية الصحية. - نسبة الأطباء الحاصلين على دبلوم داء السكري	2-2-3 مشروع تدريبي خليجي لعلاج داء السكري للعاملين الصحيين بكافة الفئات. 3-2-3 دورات تدريبية معتمدة في مجال التثقف الصحي لداء السكري بشهادة معتمدة (Diabetes Educator Course).	توفير الدوافع المناسبة لتشجيع الالتحاق بهذه الدورات).
- عدد ندوات التعليم الطبي المستمر مثل الندوات، ورش عمل، والمؤتمرات المحلية والإقليمية والدولية في مجال داء السكري.	3-1-3 إيجاد فرص التعليم الطبي المستمر سنوياً على شكل ندوات، ورش عمل، مؤتمرات).	3-3 توفير فرص التعليم الطبي المستمر لجميع العاملين الصحيين في مجال داء السكري.
- نسبة وجود هذه العيادات إلى العدد المستهدف.	1-4-3 استحداث أو استكمال عيادات للسكري وضغط الدم في الرعاية الأولية تعمل بطبيب عام/عائلة وممرضة متدربة.	4-3 تطوير البنية التحتية لمراكز الرعاية الأولية لجعلها أكثر ملائمة لعلاج داء السكري.
- وجود وحدات السكري في المستشفيات المرجعية. - عدد عيادات القدم السكري لكل 100,000 من السكان. - عدد المراكز المتخصصة مستوى ثالث لكل 100,000 من السكان.	1-5-3 إنشاء وحدات داء السكري في المستشفيات المرجعية. 2-5-3 إنشاء مراكز تخصصية (مستوى ثالث) في مجال علاج السكري ومضاعفاته وتأهيل المرضى.	5-3 تطوير خدمات الرعاية الثانوية والتخصصية في مجال رعاية داء السكري.
- وجود دليل عمل محدث للممارسة الإكلينيكية. - نسبة الوحدات الطبية العلاجية المتقدمة بالدليل الإكلينيكي الموضوع. - اتباع المختبرات للمعايير التشخيصية التي ينص عليها الدليل أعلاه. - وجود دليل للإرشادات التغذوية.	1-6-3 إيجاد وتحديث أدلة العمل للعاملين الصحيين في مجال داء السكري بشكل دوري. 1-6-3 استحداث دليل للإرشادات التغذوية الملائمة (حسب الخطة الخليجية للتغذية).	6-3 وجود معايير ثابتة ومشاركة مبنية على البراهين والأدلة العلمية ومواكبة للمستجدات على الساحة العالمية.

مؤشرات آليات التطبيق	آليات التطبيق	الاستراتيجيات
- متابعة تطبيق الأدلة العلمية من خلال التدقيق الدوري.		
- وجود هذه المستلزمات في مراكز الرعاية الأولية ومؤسسات الرعاية الثانية والتخصصية بالنسبة للمستهدف.	7-3 إيجاد أو استكمال المستلزمات التشخيصية والمخبرية في مراكز الرعاية الأولية ومؤسسات الرعاية الثانية والتخصصية لمرضى داء السكري. - الهيموجلوبين الجليكوزي (HbA1c). - Point Of Care HbA1c. - الشوكة الرنانة (122). - (Monofilament) الشعرة الأحادية. - Biothesiometer. - مواد الكشف عن الزلال البولي الدقيق (Micro-albuminuria). - - (Urine analysis) التحليل البولي. - (Serum Lipids) فحص الدهون. - (12 Lead ECG) فحص تخطيط القلب. - إيجاد التردد الصوتي الشرياني Arterial doppler. - كاميرا رقمية لفحص قاع العين (Digital fundus camera). - الزلال البولي خلال 24 ساعة. - فحص وظائف الكلى (RFT)، eGFR.	
- وجود قرار وزاري بتوفير هذه الأدوية في المراكز الأولية. - وجود دليل مبسط للحالات التي يصرف لها الأدوية اللازمة. - مدى توفر الأدوية بصفة مستمرة وبنفس النوعية نسبة إلى المطلوب.	1-8-3 سن سياسة توفير هذه الأدوية في المراكز الأولية. 2-8-3 وضع آلية الصرف للمرضى المعنيين.	8-3 توفير أدوية علاج داء السكري والمتلازمة الاستقلابية في جميع مراكز الرعاية الأولية.

مؤشرات آليات التطبيق	آليات التطبيق	الاستراتيجيات
- نسبة المفحوصين لهذه المضاعفات من مرضى داء السكري سنوياً. - نسبة السيطرة والتحكم بالمضاعفات المذكورة مقارنة بالمعدلات العالمية عن طريق مؤشرات الأداء الخاصة بداء السكري.	1-9-3 إنشاء آلية للكشف المبكر لفحص جميع مرضى داء السكري بشكل دوري (سنوياً على الأقل) ويشمل على:	9-3 وضع وتدعيم آليات الكشف المبكر لمضاعفات داء السكري.
	- الدهون المختلفة والمؤشرات الحيوية الأخرى في الدم. - تقييم الصحة النفسية. - الفحص الدوري للأسنان. - فحص القدم. - فحص قاع العين. - فحص الزلازل البولي (الدقيق). - الكشف عن معدل الخطورة للإصابة بأمراض القلب والشرابين (CVD RISK ASSESSMENT TOOL).	
- وجود البرنامج الإلكتروني الموحد.	1-10-3 استحداث البرنامج الإلكتروني الموحد وربطه بين المستويات الثلاثة.	10-3 برنامج إلكتروني موحد لمتابعة داء السكري بالرعاية الصحية الأولية وربطه بالرعاية الثانوية.
- وجود دليل يوضح تفاصيل نظام الإحالة على كل مستوى. - وجود نموذج للإحالة. - وجود نظام (مفعل) ونموذج للتغذية المرتجعة.	1-11-3 سن سياسة واضحة لنظام الإحالة من الرعاية الأولية إلى الرعاية الثانوية والتخصصية (يكتفى بالنظام الحالي إذا كان فعالاً). 2-11-3 إعداد نموذج الإحالة من مستوى إلى آخر. 3-11-3 إيجاد نظام ونموذج التغذية المرتجعة (Feedback system) من الرعاية الأولية إلى الرعاية الثانوية والتخصصية.	11-3 إيجاد نظام إحالة فعال بين مستويات الرعاية الثلاثة لمرضى السكري.

الهدف 4: ضمان تقديم واستمرارية الخدمات العلاجية والوقائية لداء السكري في ظل الطوارئ والجوائح.

الغاية:

استمرار تقديم الخدمات العلاجية والوقائية خلال الطوارئ والجوائح.

المؤشر:

دليل خليجي موحد لاستمرارية الأعمال (داء السكري) خلال الجائحة.

مؤشرات آليات التطبيق	آليات التطبيق	الاستراتيجيات
- وجود الدليل. - تطبيق ومتابعة مؤشرات الأداء. - نسبة المؤشرات المطبقة.	1-1-4 استحداث دليل خليجي موحد لاستمرار الخدمات العلاجية والوقائية لداء السكري. 2-1-4 وضع مؤشرات لمتابعة تطبيق الدليل.	1-4 استمرارية ضمان تقديم الخدمات العلاجية والوقائية لداء السكري

الهدف 5: تدعيم وسائل المراقبة والمتابعة والتقييم الخاصة بداء السكري.

الغاية:

1- وجود خطة وطنية منبثقة من الخطة الخليجية لداء السكري.

2- تطبيق الخطة الوطنية.

3- إنشاء قاعدة بيانات خاصة بداء السكري.

المؤشرات:

1. وجود قاعدة بيانات شاملة تمكن من توفير البيانات اللازمة للتقييم.

2. وجود نموذج لمتابعة مؤشرات الأداء الخاصة بتنفيذ الخطة الوطنية.

مؤشرات آليات التطبيق	آليات التطبيق	الاستراتيجيات
- وجود الخطة الوطنية.	1-1-5 استحداث / تحديث الخطة الوطنية.	1-5 استحداث أو تحديث خطة وطنية لداء السكري تتماشى

مؤشرات آليات التطبيق	آليات التطبيق	الاستراتيجيات
متابعة تطبيق الخطة وفقا لمؤشرات الأداء.	2-1-5 وضع مؤشرات لمتابعة تنفيذ الخطة الوطنية.	مع الخطة الخليجية لداء السكري.
وجود نظام معلوماتي لمؤشرات الأداء.	1-2-5 إيجاد وتطبيق نظام معلوماتي لجمع البيانات الخاصة بكل مؤسسة حول جميع المؤشرات التي تسهم في تقييم مدى تطبيق هذه الخطة.	2-5 إيجاد قاعدة بيانات شاملة تمكن القائمين على البرامج من تقييم مؤشرات الأداء.
وجود آلية التقييم السنوي	1-3-5 وضع آلية للتقييم السنوي وإجراؤه بصفة دورية	3-5 التقييم السنوي لتطبيق الخطة.
وجود سجل وطني.	1-4-5 إنشاء سجل وطني للنوع الثاني	4-5 اعتماد نظام تسجيل وطني للنوع الثاني من داء السكري.

الهدف 6: إجراء وتدعيم وسائل البحوث والدراسات الخاصة بداء السكري.

الغاية:

1. إيجاد بحوث صحية تساعد على التخطيط والتقييم الصحي مبنية على براهين علمية.
2. إيجاد بيانات تساهم في جعل داء السكري من أولويات أصحاب القرار في دول المجلس.

المؤشرات:

1. وجود البحوث الصحية المذكورة.
2. السكري من أولويات أصحاب القرار في دول المجلس من عدمه.

مؤشرات آليات التطبيق	آليات التطبيق	الاستراتيجيات
وجود الدراسة	1-1-6 استخراج دراسة عن عبء اقتصاديات داء السكري من خلال دراسة جدوى الاستثمار في الأمراض غير السارية.	1-6 دراسة اقتصاديات داء السكري وعبء المرض بشكل دوري

الهدف 7: تمكين المرضى المصابين وأسرهم للمساهمة في التحكم بالسكري ومضاعفاته.

الغاية:

1. تحسين النمط المعيشي والسلوكي العام.
2. تحسين جودة الحياة ونوعيتها للمصابين بداء السكري.
3. وضع المريض كمحور رئيسي للخدمات المقدمة.

المؤشرات:

1. مدى رضى المرضى بجودة الخدمات المقدمة لهم.
2. مدى إشراك المريض في تحمل مسؤولية علاجه من أجل تحسين جودة حياته.
3. مدى تأثير هذه البرامج في السيطرة على داء السكري وعوامل الاختطار المصاحبة له.

مؤشرات آليات التطبيق	آليات التطبيق	الاستراتيجيات
- عدد البرامج المنفذة. - عدد المرضى المشاركين من ضمن المسجلين. - عدد المرضى الملتزمين بالبرامج المنفذة. - عدد المرضى المستفيدين.	1-1-7 تنفيذ برامج تثقيفية فردية وجماعية للمصابين وأسرهم ضمن خدمات عيادات السكري مثل برامج تغيير السلوكيات، ومعالجة داء السكري ومضاعفاته. 2-1-7 توفير أجهزة وأشرطة قياس السكر للمصابين بالسكري (للمرضى المعتمدين على علاج الأنسولين بالدرجة الأولى). 3-1-7 توفير حساسات (المستشعر) السكرية للمرضى. 4-1-7 توفير كتيب المراقبة الذاتية للمصاب بالسكري. 5-1-7 استلام مرضى السكري خطط سنوية والالتزام بها.	1-7 مشاركة المصابين بالسكري أسرهم في تحمل مسؤوليات العلاج ومراقبة أداء الخدمات

الهدف 8: تفعيل المشاركة المجتمعية لمكافحة داء السكري:

الغاية:

1. مشاركة المؤسسات الحكومية والأهلية في تحمل المسؤولية الوطنية حول داء السكري.
2. تنفيذ البرامج المختصة.

المؤشرات:

1. تنفيذ برامج مشتركة بين الجهات ذات العلاقة.
2. مدى تخصيص المؤسسات الحكومية والأهلية والمجتمعية مواردها في مجال داء السكري.

مؤشرات آليات التطبيق	آليات التطبيق	الاستراتيجيات
- وجود قرار سياسي بإنشاء اللجنة. - وجود اللجنة. - عدد البرامج والأنشطة المنفذة ضمن المشاركة مع المؤسسات الأخرى. - عدد ذوي التأثير المشاركين في تثقيف المرضى.	1-1-8 وضع برامج وأنشطة مشتركة بين الجهات ذات العلاقة. 2-1-8 إصدار قرار من السلطات العليا المختصة بإنشاء اللجنة. 3-1-8 توظيف وتثقيف أصحاب التأثير في المجتمع لدعم مرضى السكري في الإدارة الذاتية لصحتهم.	1-8 إنشاء لجنة وطنية عليا لمكافحة داء السكري

مؤشرات الأداء الخاصة بمتابعة داء السكري ومضاعفاته

Quality indicators for diabetes care recommended for GCC

Level	Indicator
-------	-----------

Process measures	Percentage of patients with diabetes with one or more HbA1c tests annually
	Percentage of patients with diabetes with at least one LDL cholesterol test annually
	Percentage of patients with diabetes with at least one test for albuminuria annually
	Percentage of patients with diabetes with at least one test for eGFR annually
	Percentage of patients with diabetes who received a dilated eye examination for diabetic retinopathy screening annually
	Percentage of patients with diabetes receiving at least one comprehensive foot examination annually
	Percentage of patients with diabetes whose smoking status was ascertained and documented annually
	Percentage of patients with diabetes who received an influenza vaccine annually
	Percentage of patients with diabetes who were screened for depression by appropriate standardized depression screening tool (PHQ-9) annually
Outcome measures	Percentage of patients with diabetes with most recent HbA1c level less than 7.0%
	Percentage of patients with diabetes with most recent LDL cholesterol <100 mg/dl
	Percentage of patients with diabetes with most recent eGFR <60 mL/min/1.73m ² or
	Percentage of patients with diabetes with albuminuria >30 mg/g
	Percentage of patients with diabetes with most recent blood pressure <140/90

Impact and terminal Measures	Incidence of dialysis and/or transplantation (renal replacement therapy) in patients with diabetes.
	Annual incidence of blindness due to diabetic retinopathy/total annual incidence of blindness.
	Annual incidence of non-traumatic (medical) amputations, above the ankle in persons with diabetes.
	Annual incidence of stroke in patients with diabetes.
	Annual Incidence of myocardial infarction in patients with diabetes.

References:

- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 2020; 43 (suppl. 1).

- Rothe, U., Manuwald, U., Kugler, J. et al. Quality criteria/key components for high quality of diabetes management to avoid diabetes-related complications. J Public Health (Berl.) (2020).
- Dalia Badawi, Shadi Saleh, Nabil Natafqi, Yara Mourad, Kazem Behbehani,. Quality of Type II Diabetes Care in Primary Health Care Centers in Kuwait: Employment of a Diabetes Quality Indicator Set (DQIS). PLoS One 2015; 10(7).
- NQF, The National Quality forum. NATIONAL VOLUNTARY CONSENSUS STANDARDS FOR ADULT DIABETES CARE: A CONSENSUS REPORT.
http://www.qualityforum.org/Publications/2002/10/Diabetes_full.aspx. Accessed Sept 2020.